



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum
Nacional de Reforma Urbana, apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro
Organizador

Rio de Janeiro
2020

As metrópoles e a COVID-19 : dossiê nacional
[livro eletrônico] / Luiz Cesar de
Queiroz Ribeiro, organizador. -- 1. ed. --
Rio de Janeiro : Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro,
2020.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-00-07813-8

1. Coronavírus (COVID-19) - Pandemia
2. Coronavírus (COVID-19) - Prevenção 3. Direitos
humanos 4. Moradias - Brasil 5. Periferias urbanas
6. Planejamento urbano - Brasil 7. Políticas
públicas - Brasil 8. População - Aspectos sociais
9. Regiões metropolitanas - Brasil 10. Saúde
pública - Brasil I. Ribeiro, Luiz Cesar de Queiroz.

20-42379

CDD-307.760981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : COVID-19 : População : Condições sociais :
Sociologia urbana 307.760981

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427

SUMÁRIO

O combate à pandemia COVID-19 nas periferias urbanas, favelas e junto aos grupos sociais vulneráveis: propostas imediatas e estratégias de ação na perspectiva do direito à cidade e da justiça social.....	3
O paradoxo da COVID-19 nas periferias: a retomada da cultura associativa como forma de resistência à necropolítica.....	21
O universo dos invisíveis: a COVID-19 e o mercado de trabalho.....	30
Região Metropolitana de Belém: territórios precários, condições de infraestrutura, moradia e a COVID-19	35
Análise da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH)	74
A evolução tardia da COVID-19 na Região Metropolitana de Curitiba	95
A COVID-19 nas periferias de Fortaleza	140
Panorama e contexto da Região Metropolitana de Goiânia	227
Região Metropolitana de Maringá (PR).....	251
O enfrentamento da COVID-19 nos territórios populares: monitoramento de violações de Direitos Humanos na Região Metropolitana de Natal.....	276
O enfrentamento da COVID-19 nos territórios populares: monitoramento das políticas de enfrentamento da pandemia Relatório Parcial – Paraíba, João Pessoa e Campina Grande	306
A pandemia de COVID-19 no Rio Grande do Sul e na metrópole de Porto Alegre.....	337
A pandemia de COVID-19 na RMRJ: impactos e desafios em uma ordem urbana marcada por desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais.....	389
A pandemia da COVID-19 em uma cidade pobre e periférica: desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais, governança e políticas de enfrentamento em Salvador e em sua Região Metropolitana.....	439
A pandemia da COVID-19 no município e na Região Metropolitana de São Paulo: desigualdades socioespaciais, vulnerabilidades e padrão de disseminação na Macrometrópole Paulista.....	476
Análise da Região Metropolitana da Grande Vitória.....	576

O Combate à Pandemia
Covid-19 nas Periferias
Urbanas, Favelas e
Junto aos Grupos
Sociais Vulneráveis:
propostas imediatas e
estratégias de ação na
perspectiva do direito à
Cidade e da justiça
social

Introdução

Diante da pandemia do Covid-19, o Brasil e o mundo passam por uma gravíssima crise sanitária, econômica, política e social, com brutal piora nas condições de vida do povo, sobretudo dos mais pobres. Nesse contexto, o governo Bolsonaro mostra grande incompetência para coordenar as ações imediatas e urgentes de enfrentamento da pandemia, tanto do ponto de vista do impacto imediato sobre a saúde da população quanto no médio prazo, ao não investir nas garantias mínimas da subsistência do povo diante da recessão econômica que se anuncia. Pior do que isso, o governo reafirma sua face mais cruel: ataca os direitos, despreza a ciência e os órgãos de pesquisa, aumenta o autoritarismo e engana o povo, expondo a todos ao risco da morte iminente. A Medida Provisória 927/20 (que permite alterar os contratos de trabalho durante a pandemia) é mais um exemplo dos interesses que de fato orientam esse governo: garantir a expansão das riquezas de uma minoria privilegiada pela retirada de direitos das classes trabalhadoras. Foi assim na reforma da previdência no ano passado, e segue assim agora, mesmo em meio a uma crise que torna nossa população ainda mais vulnerabilizada.

As ações do Ministério da Saúde, que desde o início do governo se notabilizaram por atacar o serviço público, extinguindo o programa Mais Médicos e reduzindo o Programa Saúde da Família, ficam ainda mais comprometidas com a demissão do ministro que, quando confrontado com a emergência da pandemia, buscou apoiar-se no SUS que tentava destruir e passou a defender timidamente o isolamento social, única alternativa reconhecida pela experiência internacional para diminuir a velocidade de propagação da doença e diminuir a demanda pelos equipamentos hospitalares escassos.

Tendo em vista a incompetência e inação do governo federal, as instituições que assinam este documento propõem diretrizes concretas para o enfrentamento da pandemia no curto e no médio prazo, com uma completa mudança na política econômica e social

A dignidade humana é um imperativo ético que se torna ainda mais evidente em momentos de extrema fragilidade, e talvez seja nesses momentos que temos a oportunidade de fazê-lo valer de forma permanente e de rever princípios e valores que têm caracterizado a sociedade brasileira como uma das mais desiguais do mundo. É ainda fundamental ressaltar que nesse contexto em que são necessárias medidas drásticas para conter a circulação de pessoas, uma carga ainda maior de trabalho doméstico e de cuidado com as crianças, idosos e doentes recai sobre as mulheres, principalmente as mulheres negras. Esse quadro é ainda mais preocupante se considerarmos que parte significativa dessas mulheres estão excluídas do mercado de trabalho, sobretudo daquele trabalho que possa ser realizado de forma remota em casa e manter alguma forma de remuneração, pois esse tipo de trabalho está usualmente associado às profissões que exigem mais anos de estudo, o que, devido à desigualdade sócio-racial no Brasil, privilegia pessoas brancas.

Portanto, a população negra e afro brasileira e as que vivem em favelas e regiões periféricas sofrerão de forma muito mais grave os impactos da pandemia, em sua drástica combinação com o aumento da fome. As medidas relacionadas aos assentamentos informais têm que ser acompanhadas e articuladas a medidas de proteção social e econômica que precisam ser implementadas no País e que vão muito além de programas de renda mínima.

Os mais pobres, e entre estes a população negra e afrodescendente, são os mais afetados, basicamente pelos seguintes fatores:

- são os que têm maior dificuldade para se isolar, em função das moradias superlotadas, ficando mais expostos ao contágio;
- são os que correm maiores riscos de morte nos casos de contaminação, devido ao menor acesso aos serviços de saúde e pela frequência maior de doenças pré-existentes e debilidades de saúde em geral; e
- são os que mais sofrem as consequências econômicas agravadas pela pandemia.

Apesar do seu impacto desigual, a pandemia deixou claro aquilo que profissionais de saúde e movimentos sociais denunciam há décadas: a necessidade de termos um sistema de saúde pública abrangente e universal com alto nível de qualidade, e mostrou a importância de todos terem acesso ao saneamento ambiental.

A pandemia também deixa clara a necessidade de repensarmos o modelo de desenvolvimento que tem sido implementado no mundo globalizado, ambientalmente insustentável, socialmente desigual e produtor de desastres que cada vez mais recorrentes e com consequências globais, especialmente em países periféricos e cada vez mais dependentes, como o Brasil.

Diante deste quadro, é importantíssimo que as experiências de enfrentamento da pandemia sejam compartilhadas entre as comunidades e entre os governos locais dos municípios de todo o país. O grande desafio é tomar medidas rapidamente e em escala, garantindo também que as ações sejam contextualmente apropriadas, já que a propagação de casos da doença acontece de forma acelerada, deixando pouco espaço para planejamento adicional. Historicamente, os assentamentos informais e seus moradores têm sido estigmatizados, culpados e sujeitos a regras e regulamentos que são inacessíveis ou inviáveis de serem seguidos. As respostas à Covid-19 não devem repetir nem reforçar esses erros, abrindo margem para ações autoritárias sobre populações que já vivem sob formas variadas de violência. Assim, é necessário colaborar com os moradores locais que são conhecedores da sua realidade e confiar neles, que são agentes estratégicos para a administração de suas comunidades.

Além disso, é importante garantir a proteção das defensoras e defensores de direitos humanos nos territórios, especialmente aqueles sob ameaça, visto que sua situação de vulnerabilidade se agrava no cenário da pandemia. Garantir sua atuação nas comunidades, entidades e/ou nos movimentos sociais que integram é essencial, sobretudo em tempos de pandemia, para a (auto-)organização das periferias, favelas e comunidades na defesa de seus direitos.

Ressalta-se que as propostas apresentadas neste documento são voltadas prioritariamente para os habitantes dos territórios populares, nas periferias, nos assentamentos informais, nas ocupações, para a população em situação de rua, e outros grupos sociais vulneráveis.

Assim sendo, para enfrentar os efeitos do Covid-19, defendemos a adoção das seguintes medidas imediatas e estruturais, que poderão ser implementadas e testadas ao longo das próximas semanas pelas autoridades competentes, em articulação com a sociedade civil e as comunidades.

1. Elaboração de Planos Emergenciais pelos Governos da União, do Distrito Federal, dos Estados e Municípios.

O poder público deve traçar urgentemente estratégias e planos de ação específicos e intersetoriais, com recursos para sua execução, destinados às periferias urbanas e populações vulneráveis, em articulação com lideranças locais, movimentos sociais e com especialistas em saúde, saneamento,

habitação, educação e agências governamentais de todos os níveis; considerar as diferenças entre as grandes regiões do país; garantir acesso a todos os dados disponíveis para cruzamento e identificação das populações periféricas e em situação de vulnerabilidade.

É indispensável a todo território nacional em quarentena o estabelecimento do acesso à internet de forma gratuita e para todos os brasileiros, uma vez que ela é indispensável para a obtenção de bens e serviços essenciais à vida sem sair de casa.

Criação de estratégias de denúncia e proteção de violência doméstica, principalmente contra a mulher, idosos, criança e adolescentes.

Elaboração de plano emergencial para as Regiões Metropolitanas, com a instituição de grupo de trabalho e coordenação entre governos estaduais, prefeituras e arranjos de gestão metropolitana para adoção de medidas embasadas na solidariedade territorial entre todos municípios metropolitanos. Entre outras medidas, tais planos devem prever a coordenação entre as políticas estaduais e municipais de quarentena e as políticas de mobilidade metropolitana; auxílios específicos para municípios mais frágeis e/ou com maior população vulnerável, evitando deslocamentos e sobrecarga de demanda nos principais centros; a destinação de recursos para sua execução.

Criação de programa de testagem e monitoramento da localização dos focos de infecção, com apoio das universidades e institutos de pesquisa.

2. Garantia ao Acesso de Equipamentos e Serviços de Higiene e Alimentação

Distribuição gratuita e emergencial de água potável e de kits de higienização e limpeza (sabão, álcool em gel, água sanitária) em quantidades suficientes para cada morador/a das comunidades.

Organização de mutirões (envolvendo poder local, Sistema S, centrais de abastecimento e produtores da agricultura familiar e agroecológica) para distribuição de cestas básicas e alimentos saudáveis ao longo dos próximos meses, especialmente para famílias com crianças, idosos e familiares em grupo de risco vivendo nas periferias.

Garantia de políticas de emergência para apoiar a agricultura familiar e pescadores/as artesanais. A agricultura familiar e a pesca artesanal são fundamentais para a garantia do abastecimento de Comida de Verdade à população brasileira, para além da geração de renda e produção para a subsistência, precisam, portanto, ser fortalecidas neste momento.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

Retomada do Programa PAA - Programa da aquisição de alimentos da agricultura familiar e contribuição de alimentos para população de baixa renda. Esse investimento é fundamental também para que no médio prazo os produtores possam se organizar para atender localmente em caso de possível desabastecimento no estado ou no país;

Fortalecimento do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). O PNAE cumpre papel estratégico na garantia do acesso à alimentação de mais de 40 milhões de estudantes da rede pública de educação básica. É imprescindível que esse direito continue sendo assegurado, mesmo com a suspensão das aulas. Alguns estados e municípios já adotaram medidas que reduzem o risco de disseminação do vírus e garantem que os alimentos adquiridos cheguem às famílias.

Faz-se necessário repensar a forma de produção de alimentos, tanto no âmbito da agroecologia e da soberania alimentar, compreendendo que as redes globais de produção de alimentos não garantem a soberania. E no atual quadro, a importação de alimentos será uma opção dependente do mercado internacional que está inseguro, o que indica a importância de manter e ampliar estoques públicos de alimentos, especialmente os da Companhia Nacional de Abastecimento (Conab). Para isso é estratégica a articulação do poder público com instâncias como Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares, Assessorias a Organizações Populares Rurais, Articulação Nacional de Agroecologia e Comissão Organizadora da Conferência Popular de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional.

3. Garantia do Acesso aos Serviços Básicos e Promoção da Universalização do Saneamento Básico

A falta de acesso de grande parte da população brasileira ao saneamento básico é uma das principais consequências do tipo de urbanização que tem sido levada a cabo nas cidades brasileiras. Em tempos de pandemia, resolver esta questão se torna ainda mais prioritário. Medidas emergenciais como a proibição de suspensão do fornecimento de água, energia elétrica, gás encanado, telefonia e internet, devido a inadimplência do usuário, bem como a obrigação de reconectar aquelas famílias que atualmente têm suas ligações cortadas por inadimplência, são medidas emergenciais indispensáveis. Após a superação da crise, adotar estratégias para, mesmo em casos de inadimplência, assegurar o fornecimento mínimo de água para proteção da saúde e da vida.

Suspensão do pagamento sem posterior cobrança de juros das contas de água, luz, aluguéis e gás, com distribuição gratuita de Gás de Cozinha e Água Potável, sempre que necessário, para isso os governos municipais devem identificar as populações vulnerabilizadas em relação a esses serviços e propor isenção de pagamento não somente no curto prazo durante a epidemia mas no longo prazo quando as famílias estarão mais endividadas e vulnerabilizadas.

Prioritariamente, o recorte do público beneficiário deve incluir as famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), e aquelas com direito à tarifa social ou tarifa de favelas, entre outros critérios a se definirem em cada realidade local.

Assegurar água de forma regular, em quantidade suficiente e com qualidade adequada, às comunidades que habitam em ocupações nas áreas centrais e periféricas das cidades, onde vivem famílias mais vulneráveis, sem renda ou com trabalho precarizado, visando garantir disponibilidade de água com pressão necessária para todos os moradores dessas localidades 24h por dia, bem como em localidades e assentamentos rurais, garantindo diálogo e participação da comunidade nas soluções a serem implementadas.

Garantir a destinação e o tratamento do esgoto doméstico, conjugando sistemas tradicionais com sistemas ecológicos implantados localmente, visando contribuir para a segurança hídrica e para a melhoria das condições de saúde pública das populações em vulnerabilidade social

Fiscalizar para que o fornecimento desses serviços, assim como a coleta de lixo, estejam adequados às demandas populares.

Apoio às empresas que isentarem consumidores de baixa renda do pagamento durante 60 dias.

Os governos municipais precisarão adequar os materiais de limpeza urbana como os países asiáticos e europeus vêm fazendo, promovendo a desinfecção das vias e espaços públicos, bem como de locais

de maior necessidade (como podem ser os asilos e outros alojamentos de cidadãos em situações de maior vulnerabilidade);

Assegurar o abastecimento de água, esgotamento sanitário e disponibilidade de equipamentos para realização da higiene pessoal em:

- a. instituições de longa permanência (ILPI), casa lar, repúblicas e demais residências comunitárias que abrigam idosos com baixa capacidade financeira, considerando o maior risco da população idosa em casos de contaminação;
- b. cadeias, presídios e abrigos, considerando o risco de rápida disseminação da doença nesses espaços, em função da aglomeração e situação de vulnerabilidade das pessoas que neles se encontram.
- c. nas unidades de saúde, inclusive emergenciais
- d. em locais de acesso à população em situação de rua.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

Investimentos massivos em Saneamento Ambiental visando a universalização do acesso ao abastecimento de água, à coleta e tratamento de esgotos, à redes de drenagem de águas pluviais e à coleta adequada de resíduos sólidos.

Rejeição do PL 4.162/2019 (que altera a Lei 11.445 de 2007, que definiu as diretrizes nacionais para o saneamento básico, entre outras) e de todas as leis e políticas que promovem a privatização do saneamento básico no país. A prestação dos serviços do saneamento básico deve ser pública, de qualidade e com controle social. O PL 4.162 traz diversas mudanças na legislação atual de saneamento, mas o principal objetivo, inquestionavelmente, é induzir a privatização dos serviços de saneamento no país e limitar a liberdade dos municípios em decidir a melhor forma de prestação dos serviços, seja operando diretamente, seja concedendo o serviço a uma companhia estadual, seja repassando para a iniciativa privada.

Retomada imediata do Programa de Cisternas no Semiárido. Interrompido de forma abrupta a partir de 2017, o programa já proveu o acesso à água potável para cerca 1,3 milhões de famílias; água para produção para cerca de 200 mil famílias e água para centenas de escolas. Sua retomada é vital para se universalizar as cisternas de consumo entre as famílias do semiárido, garantindo-lhes um direito básico de acesso à água para consumo humano. As estimativas indicam que ainda faltam atender cerca de 350.000 famílias. De igual modo, é urgente a universalização das cisternas nas escolas e uma ampliação significativa das cisternas de produção, garantindo às famílias a possibilidade de produzir alimentos saudáveis para si e para as comunidades e municípios. Nesta modalidade, as estimativas indicam que faltam atender mais de 800 mil estabelecimentos / unidades produtivas.

4. Auxílio Financeiro às Famílias de Baixa Renda

Considera-se uma conquista a aprovação, pelo Congresso Federal, do auxílio emergencial de R\$ 600 a trabalhadores de baixa renda prejudicados pela pandemia do coronavírus (Lei 13.892, de 2020), posteriormente sancionado pelo Governo Federal. No entanto, este auxílio é ainda muito pouco diante da necessidade social das famílias em situação de vulnerabilidade neste contexto de isolamento social. E ainda não alcança parte da população que não consegue se cadastrar e os moradores em situação de rua, apesar do trabalho voluntário de diversas pessoas que buscam ajudá-los no preenchimento do cadastro pela internet .

Assim, em complementação ao Auxílio Emergencial, Estados e Municípios devem instituir linhas de apoio financeiro às famílias que dependem da economia popular e informal urbana, particularmente aos ambulantes, aos catadores/as, às trabalhadoras domésticas e demais categorias vulneráveis; além de apoio financeiro específico para as famílias das crianças que estarão impedidas de frequentar creches e para famílias com pessoas portadoras de deficiência. Em conjunto, deve ser prevista forma de cadastro mais acessível, como por centrais telefônicas 0800, em possível cooperação com os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS locais.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

No médio prazo, é fundamental o aumento do bolsa família para 1 SM e a ampliação do programa, de forma a universalizar o acesso à renda básica Brasil, o que também implica em adotar medidas que desburocratizem e facilitem a inscrição no programa. Uma possibilidade já encaminhada neste sentido é a regulamentação da Lei n. 10.835, de 08 de janeiro de 2004, que institui a Renda Básica de Cidadania.

5. Fortalecimento das Ações Comunitárias e dos Espaços de Participação Social

Apoio público (financeiro e não-financeiro) à articulação em rede e ao fortalecimento do trabalho de grupos locais, movimentos sociais e associações comunitárias que estejam bem posicionados para adotar respostas locais à Covid-19; levantamento dos recursos (humanos e físicos) de cada comunidade; apoio e divulgação das campanhas de solidariedade e doações.

Fortalecimento dos espaços de participação existentes - Conselhos Municipais das Cidades, da Assistência Social, Saúde e outros - ou criação de Comitês formados por técnicos do governo e da sociedade, visando identificar as situações de maior vulnerabilidade em termos de moradias sem água, luz ou coleta de lixo, cômodos sem ventilação e com apenas um ponto de água para uso, pessoas com doenças e deficiências que exijam cuidados especiais, famílias em situação de insegurança nutricional; diálogo com rede municipal de saúde para direcionar o encaminhamento de pessoas sintomáticas identificadas nas comunidades.

Criação de Comitês Estaduais e Municipais de Emergência para o Combate à Fome, formados pelas instâncias que tratam da Sustentabilidade Alimentar e Nutricional (SAN), como os conselhos (Conseas) e câmaras intersetoriais governamentais (Caisans), Instituições de Ensino Superior (IES), em diálogo com as instâncias dos sistemas de saúde e de assistência social e sociedade civil, para monitorar e propor soluções articuladas e intersetoriais, com foco nos grupos mais vulneráveis à fome.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

A recriação dos espaços de participação da sociedade nas políticas federais, como o Conselho Nacional das Cidades no caso da Política Urbana. Estes canais de participação partem do princípio que a política nacional não se limita à esfera federal, mas deve incorporar os três níveis de governo, diversas agências do Estado e a sociedade civil, promovendo a cooperação interfederativa, especialmente se considerarmos que as políticas urbanas, de saúde, educação, etc envolvem competências constitucionais que estão distribuídas pelos municípios, governos estaduais, distrito federal e governo federal

6. Campanhas de Informação e Comunicação.

A prevenção ao Covid-19 exige uma ampla campanha de informação. Neste sentido, é fundamental pensar em materiais didáticos de prevenção, em diversas linguagens (pequenos vídeos, panfletos, cartilhas, etc), dirigidas a grupos sociais específicos (moradores de favelas, população em situação de rua, camelôs e demais trabalhadores informais, etc.) e também que leve em conta as diferentes culturas regionais (Amazônia, Nordeste, população indígena, quilombola, ribeirinhos, pescadores, etc.).

A produção de material gráfico deve ser prevista com o devido cuidado para não propiciar transmissão do vírus. As tecnologias digitais e as formas de comunicação verbal (rádios comunitárias, alto-falantes etc.) podem ser alternativas no período da epidemia, bem como colagens em muros e projeções em fachadas de prédios em locais de aglomerações e de alta concentração de pessoas em situação de rua. Faz-se necessário requerer o engajamento da grande mídia televisiva enquanto concessão pública para esse tipo de informação.

É preciso informar claramente sobre como a Covid-19 é diferente de outras doenças; utilizar os recursos da comunicação comunitária para informar medidas de prevenção; criar uma rede de comunicação com apoio técnico do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como Conselhos de Saúde, para filtrar e fazer verificações, em tempo real, das informações compartilhadas em redes sociais para as periferias; obrigar as empresas provedoras e de fibra ótica que garantam acesso livre e universal à internet; assegurar informação ampla sobre os direitos à água e ao saneamento, destacando a prioridade de atendimento das populações vivendo em situações vulneráveis e a relação entre saneamento e saúde.

7. Promoção da Mobilidade em Tempos de Quarentena e Restrição à Circulação

Neste momento tornam-se mais graves falhas centrais do transporte público no Brasil como a falta de recursos para garantir a universalização política pública de mobilidade urbana como direito, bem como a falta de apoio federal para a garantia mínima de diretrizes de mobilidade entre as cidades e de integração metropolitana e regional dos serviços de transportes.

É a oportunidade dos Governos dos Estados, Governo Federal e Prefeituras realizarem suplementação de dotações orçamentárias e mudar o padrão de remuneração das empresas para garantir a oferta de uma frota adequada para a mobilidade segura dos seus usuários, e para assegurar a incorporação do grande contingente de não usuários ao transporte público, incorporando a população mais vulnerável que se afastou desse modo por absoluta incapacidade de pagamento. Quanto às empresas é necessário estabelecermos uma fórmula de remuneração por custo que garanta o atendimento mínimo e com qualidade aos usuários, superando o padrão de pagamento por usuários transportados que levam à superlotação. E, neste contexto, as prefeituras devem fornecer, gratuitamente, cartões com crédito ou passes dos seus respectivos sistemas de bilhetagem eletrônica ou não do transporte público, para os deslocamentos necessários dos segmentos sociais mais vulneráveis. .

A coordenação das políticas de mobilidade urbana entre as prefeituras das Regiões Metropolitanas é fundamental para o monitoramento dos modais em funcionamento para garantir que não haja superlotação de ônibus, trens e metrô independentemente de redução da frota (adequar número e frequência dos transportes, sobretudo em horários de pico, para garantir as distâncias mínimas de segurança entre os passageiros); garantia de higienização adequada, completa e frequente de ônibus e vagões de metrô e trens; garantia de EPI para trabalhadoras e trabalhadores do transporte público que transporta os trabalhadores de todos serviços essenciais de cada município; disponibilização de

máscaras para que os trabalhadores e trabalhadoras que precisem se deslocar em transporte público possam fazê-lo com minimização dos riscos de contágio.

Os modos ativos de deslocamento, por bicicleta ou a pé, devem ser estimulados aproveitando-se da redução do uso do carro nas cidades, de forma a diminuir as lotações e a demanda pelo transporte coletivo, e reduzindo assim os custos do poder local com a operação deste serviço. Os modos ativos, além de terem implantação e operação mais baratos, são menos poluentes e mais saudáveis, gerando menos externalidades negativas nas cidades. É necessário porém, reduzir e controlar as velocidades máximas nas vias das cidades, pois a baixa ocupação das vias pode levar ao aumento das velocidades de automóveis e ônibus, e portando, o aumento da insegurança viária.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

Garantir recursos e formas mais adequadas e modernas de gestão para garantir o direito dos cidadãos que precisam se deslocar por transporte coletivo ou modos ativos de deslocamento, com segurança e qualidade. A remuneração adequada e o cumprimento dos critérios de qualidade e frequência mínimos, com pouca lotação dos veículos, são fatores indispensáveis para evitar aglomerações que ampliam o risco de contaminação. Os modos ativos, além de estratégia sustentável e barata, são ferramentas importantes na redução dos custos do sistema de transportes no médio prazo, considerando a possível extensão ou retorno dos períodos de quarentena.

8. Direito Universal à Saúde Pública de Qualidade

Ações Imediatas no âmbito municipal:

Deve-se garantir equipes de saúde da família, e para populações vulnerabilizadas como para população quilombola, saúde indígena e de consultórios de rua (ampliar a cobertura e estabelecer unidades provisórias em locais estratégicos) de forma a manter acompanhamento do estado geral de saúde das pessoas que se enquadram em grupos de risco (crianças, idosos, gestantes, portadores de doenças crônicas e da comorbidades estabelecidas como risco para Covid-19, etc.), com fluxo adaptado para avaliação clínica para os casos de síndrome gripal e afecções respiratórias e garantia de notificação e investigação de 100% de casos suspeitos.

Ampliar a cobertura de atenção primária e estabelecer unidades provisórias em locais estratégicos; manter o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias nos territórios, que conhecem o território e cujo trabalho fará toda a diferença para o controle da epidemia. Garantir acesso a telefone e internet para que possam realizar o acompanhamento online, identificando precocemente casos suspeitos e orientando a comunidade quanto às ações de prevenção da propagação do vírus, os sintomas da doença, quando se dirigir a um serviço de saúde, os tipos de serviços destinados a cada situação e da importância de comunicar às unidades de saúde os casos suspeitos. Garantir condições para realização e adaptação do seu trabalho às condições de prevenção necessárias, para que estejam protegidos e não sejam vetores de transmissão

Priorizar a aplicação de testes de sintomáticos e assintomáticos e definir estratégia de isolamento, com garantia de acompanhamento domiciliar (presencial ou por telefone a depender do caso) a cada 48 horas por um profissional de saúde; garantir transporte e acompanhamento dos casos graves para unidades de maior suporte.

Fortalecer os conselhos gestores de saúde e dar suporte para que as reuniões e deliberações aconteçam

dentro do possível, sem violar as medidas preventivas em vigor.

Ações Imediatas no âmbito estadual:

Instalação de hospitais de campanha nas regiões metropolitanas ou de vazios assistenciais. Apoiar técnica e materialmente os hospitais municipais, para atender às demandas regionais e evitar sobrecarga dos hospitais estaduais e fluxo de pessoas para as grandes cidades.

Manter suporte diagnóstico aos municípios por meio dos laboratórios de saúde pública estaduais. Requerer judicialmente a regulação única de leitos públicos e privados.

Proteger a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da atenção primária, fornecendo Equipamento de Proteção Individual (EPI) para todos e alojamento, por meio de convênios com hotéis locais por exemplo, para todos os que precisem se isolar das suas famílias para manter a segurança das mesmas.

Garantir recursos necessários para que as equipes possam realizar atendimentos por telefone e domiciliares, sempre que necessário, protegendo a saúde de todos; aumentar o gasto público em saúde, garantindo acesso à atenção primária e hospitalar para todos que necessitem, estabelecendo acordos intermunicipais para transferências de usuários sempre que necessário. O direito à saúde não pode ser condicionado pelo local de residência do cidadão!

Ações Imediatas no âmbito federal:

Suspender os efeitos da Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos.

Desenvolver uma política de pessoal emergencial, de forma a alocar profissionais e recursos nos municípios mais afetados e garantir a reposição de trabalhadores afastados. Garantir testes para todos os trabalhadores da saúde e que trabalhem presencialmente em estabelecimentos de saúde ou relacionados a eles (como funerárias, farmácias, estabelecimentos de materiais cirúrgicos, etc.).

Promover o licenciamento compulsório automático, quando existir patente, de todas as tecnologias de saúde relacionadas à Covid-19 (medicamentos, kit diagnósticos, dispositivos médico-hospitalares etc).

Destinar recursos para os centros públicos de pesquisa voltados ao desenvolvimento dos testes diagnósticos, medicamentos e vacinas que contribuam no enfrentamento da Covid-19 e de todas as comorbidades a ela relacionadas; financiar laboratórios oficiais e laboratórios de saúde pública para produção de tecnologias de saúde e realização de testes diagnósticos, respectivamente.

Unificar as compras públicas e privadas de tecnologias de saúde relacionadas à Covid19, de modo a evitar concorrência entre os dois setores; garantir prioridade para uso das tecnologias pelo SUS.

Estabelecimento de central única de regulação de leitos e equipes de respiradores e de entubação para os hospitais públicos e privados, com prioridade para uso dos leitos pelo SUS e equipes. A União, os estados e os municípios devem requisitar os leitos em hospitais privados criando coordenações únicas de leitos destinados aos pacientes do Coronavírus em situação grave, evitando o colapso do atendimento do sistema de saúde.

Garantir equipe e condições adequadas de transporte de corpos de vítimas falecidas com diagnóstico de Covid-19. Treinamento e garantia de EPI para trabalhadoras e trabalhadores de funerárias.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

A defesa e a melhoria das condições de funcionamento do SUS se mostra como a principal estratégia. Isso implica na recomposição imediata do financiamento do que é público do SUS, com base nos mínimos constitucionais, ampliação dos gastos públicos federais (inclusive para além do mínimo constitucional atual) e garantia de orçamento público adequado para as ações e serviços de saúde, por meio de créditos suplementares, realocação de recursos ou adoção de créditos extraordinários em 2020 e na Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2021, nos termos do artigo 198 da Constituição Federal.

Faz-se necessário retomar o financiamento anterior da atenção básica, uma vez que as novas regras estabelecidas são prejudiciais mesmo se estivéssemos em condições normais, sendo que no período da pandemia se tornam ainda mais inadequadas e impossíveis de serem cumpridas pelos municípios.

Fomentar a produção interna de insumos necessários para os serviços de saúde;

Aumentar o percentual constitucional da Receita Corrente Líquida da União destinado ao SUS.

9. Segurança de Posse e Direito à Moradia

Suspensão do cumprimento de qualquer decisão que implique despejo de pessoas de suas moradias, valendo esta determinação para decisões de caráter liminar ou definitivo, expedidas em qualquer tipo de processo, judicial ou administrativo, de caráter fundiário ou de pagamento (aluguel ou financiamento), tanto individual quanto - e sobretudo - de posse em litígio coletivo. Fim de todos os despejos e remoções na cidade e no campo.

As Prefeituras devem realizar mapeamento cruzando dados municipais sobre assentamentos precários e o conhecimento das lideranças comunitárias das habitações e famílias com situações de maior densidade e precariedade. Articular essa demanda com a proposta dos “Quartos de Quarentena”, nas comunidades que aderirem a essa proposta, assegurando todos os cuidados jurídicos, de saúde e de assistência social pertinentes a esse deslocamento, garantindo um caráter temporário e assistido. Dessa forma, efetivando o "direito de fazer o isolamento e assim cuidar da própria saúde", a essas famílias mais vulneráveis.

Assegurar melhorias habitacionais de emergência, focadas na adequação das condições de salubridade dos imóveis, como forma de assegurar um ambiente que possibilite a proteção das famílias mais pobres. Priorização de ações simples, que devem ser executadas pela própria família e/ou com mão de obra local, em curto tempo, tais como instalação de reservatório de água, soluções de esgotamento individualizadas, remoção de infiltrações, abertura de janelas, adequação de banheiros e instalação de pias para higienização das mãos. Também deverão ser promovidas intervenções de acesso à água coletivas, nos casos em que não sejam possíveis as soluções individuais.

A adequada defesa da moradia exige, ainda, que idêntica suspensão deva vigorar ante as medidas protestativas extrajudiciais, como a autotutela, admitida em lei no caso da alienação fiduciária, e a denúncia vazia das locações, amplamente praticada no caso de locação ou comodato ajustado verbalmente.

Suspensão automática do pagamento das prestações por 90 dias dos imóveis adquiridos pelo MCMV ou outro financiamento público ou privado e auxílio moradia para os desempregados.

Destinação de recursos adicionais e não onerosos às associações, cooperativas e pequenas empresas de habitação de interesse social, com contratos em vigor com o governo federal, para que possam manter os seus canteiros em caso de paralisação das obras devido a pandemia, de modo a garantir a remuneração dos trabalhadores dos canteiros paralisados, segurança do canteiro e retomada posterior da obra após a pandemia.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

Estruturalmente é necessário que haja programas destinados às diversas demandas habitacionais qualificadas no Plano Nacional de Habitação - PLANHAB.

Implementação de programas de melhorias habitacionais e sanitárias, contemplando a ampliação de moradias atualmente com adensamento excessivo e melhoria das condições de salubridade e segurança das moradias, com serviço de Assessoria Técnica gratuita, com contratação pelas Prefeituras de mão de obra local e parceria com entidades locais para organização da demanda.

Apoiar a autogestão para a produção, reforma, melhorias habitacionais, urbanização e regularização fundiária de moradias e territórios populares, exigindo a implantação da Assistência Técnica à Habitação de Interesse Social (Lei 11.888/08), com participação do poder público, de universidades e do terceiro setor, como via para efetivação dos direitos.

Retomar programas habitacionais destinados à população em situação de rua que contemplem a situação de vulnerabilidade social e as especificidades desse grupo, o que inclui uma ação coordenada de serviços de outras áreas, como saúde, assistência e trabalho.

Destinar terrenos e edifícios vazios subutilizados da União, dos Estados e dos Municípios para a produção de moradias de interesse social e equipamentos públicos, combatendo a privatização dos imóveis das três esferas governamentais e a perda dos ativos públicos.

10. Solidariedade à População em Situação de Rua e adoção do Programa Quarto de Quarentena

A população em situação de rua é um dos grupos sociais mais vulneráveis à pandemia e sua proteção exige ações imediatas listadas abaixo:

Atendimento urgente para os grupos de risco com o acolhimento, alimentação e acompanhamento da saúde.

Adoção do Programa Quarto de Quarentena - agenda proposta sob o título de “Quarto de Quarentena”, para utilização de hotéis (e outros imóveis como clubes e escolas) durante a crise provocada pela pandemia, para fins de abrigo de pessoas em situações de rua, mulheres em situação de violência e seus filhos e moradores de comunidades de baixa renda em situação de vulnerabilidade e que, devido ao congestionamento habitacional, não têm como receber cuidados médicos necessários e realizar isolamento com segurança nas suas residências. Esse programa deve ser conjugado com trabalho social e médico rigoroso, transparente, financiado com fundo público e coordenado pelo Estado.

No âmbito municipal, construir alojamentos sociais que permitam que a população em situação de rua tenha acesso à moradia e alimentação.

Nos abrigos já existentes (centros de acolhidas) construir divisórias e estruturar procedimentos de proteção de cuidados com a higienização, disponibilizando equipamentos e materiais necessários;

Assegurar máscaras, abrigo, alimentação, água potável e higiene adequada para a população em situação de rua e as que forem abrigadas.

Acompanhamento diário dos agentes de saúde para monitoramento dos infectados e verificação dos sintomas;

Utilização dos imóveis públicos vazios para abrigar pequenos grupos de pessoas em situação de rua.

Requisitar e decretar de utilidade pública hotéis e imóveis sem uso ou subutilizados transformando-os em moradia e abrigo de isolamento para as populações de risco, sem-teto e para a população de rua, com toda a assistência estatal e também para os profissionais de saúde e assistência social que os assistir.

Criar estratégias emergenciais para garantir a saúde da população em situação de rua, em especial com relação às demandas de água e provimento de condições para realização da higiene diária e de alimentação. Como exemplo, prover torneiras comunitárias, bebedouros, chafarizes, galões com bombas manuais, banheiros químicos e outras soluções que assegurem o acesso à água, bem como a instalações sanitárias adequadas, em locais onde há concentração de população de rua. Recomenda-se que a instalação dos equipamentos ocorra mediante entendimentos com a população diretamente interessada, visando assegurar o bom funcionamento e a efetividade das medidas adotadas. Quando adequadas, a utilização de instalações disponibilizadas por instituições solidárias deve ser apoiada.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

Aprovação e implementação do Serviço de Moradia Social e de Locação Social e expansão e adequação das experiências de Repúblicas para População em situação de rua, onde os moradores não pagam aluguel e arcam com as despesas de manutenção.

11. Fim da Política de Militarização dos Territórios Populares

É inadmissível que os moradores das favelas, que vem enfrentando a pandemia em condições precárias, tenham que lidar com operações policiais, que por vezes implicam em invasão de residências, necessidade de abrigo fora de suas casas, etc. Dados do Observatório da Segurança Pública do Rio de Janeiro mostram que a partir do decreto do Governo do Estado do Rio de Janeiro de 16 de março e até o dia 31 deste mesmo mês, as operações diminuíram 74% (15 ao todo) e os patrulhamentos, 49% (total de 41). Com a redução das operações, também diminuíram o número de vítimas: em todo o mês de março de 2020, houve 15 mortes em ações policiais, enquanto no mesmo mês de 2019, foram 36. A conclusão é evidente, as incursões policiais em favelas têm um efeito direto na mortalidade da população favelizada.

Portanto, é fundamental a suspensão imediata das operações militares e policiais nas favelas e periferias.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

A elaboração e implementação de um novo programa de segurança pública, com a participação ativa dos moradores, em especial das favelas e periferias, fundado na inclusão social, na desmilitarização das polícias, na universalização da segurança pública, na investigação e inteligência, e na descriminalização das drogas.

As comunidades pedem e precisam de PAZ!!!

12. Política de Prevenção do Covid-19 nas Prisões

A população carcerária é gravemente vulnerável à contaminação do Covid-19, o que torna necessário pensar medidas emergenciais para o combate da pandemia junto a este grupo social.

Liberação de presas e presos maiores de 60 anos, que já cumpriram suas penas, que estejam em cumprimento de pena em regime semiaberto, presas grávidas, bem como detentas com suas crianças e detentos com condições médicas preexistentes – acometidas por hipertensão, doenças cardíacas, diabetes, pessoas que vivem com HIV/Aids, portadores de tuberculose, câncer, doenças respiratórias, sistema imunológico comprometido ou outras suscetíveis de agravamento a partir do contágio pelo Covid-19, ou que se enquadrem em situação de risco de saúde agravado, passando-lhes para regime de prisão domiciliar humanitária.

Garantia de EPI e testagem para todas trabalhadoras e todos trabalhadores de estabelecimentos carcerários e privados de liberdade para garantir a não transmissibilidade de possíveis infectados, mas assintomáticos.

13. Por uma Nova Política Econômica Justa, Democrática e Sustentável

A pandemia do Covid-19 mostra a importância do Estado na coordenação das ações de prevenção e combate ao Coronavírus e na implementação de políticas sociais que garantam o acesso à direitos fundamentais e à coesão social.

Neste sentido, um dos maiores desafios é reverter imediatamente as políticas econômicas de austeridade fiscal e investir nas políticas sociais de caráter universal ao mesmo tempo que implementar um projeto de desenvolvimento fundado na justiça social, na democracia, participação popular e na sustentabilidade ambiental.

Em termos mais estratégicos, é fundamental:

Fim do teto de gastos (EC 95, que congelou gastos sociais por 20 anos), que impede os investimentos necessários em saúde, educação e nas áreas sociais, bem como o fortalecimento do SUS e a valorização dos profissionais da saúde. Uma das possibilidades para a revogação desta Emenda Constitucional é o julgamento da sua inconstitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal (STF), autorizando o aumento dos investimentos na saúde em todas as esferas. A outra possibilidade seria a aprovação de uma nova Emenda Constitucional revogando os efeitos desta.

Taxação das grandes fortunas, e da remessa de lucros e dividendos para o exterior, dos lucros dos

bancos e execução das dívidas dos grandes sonegadores. Direcionamento dos recursos para um fundo de emergência a ser distribuído para os estados e municípios.

Suspensão do pagamento das dívidas públicas, incluindo as dos estados e municípios com a União e de todas as reformas que prejudicam a população brasileira como as da previdência e do trabalho.

Paralisação das votações de reformas como as da previdência e do trabalho que reduziram direitos e ampliaram a desigualdade.

Atuação dos bancos públicos, BNDES, Tesouro Nacional, para abertura de linhas de crédito com juros zero para pequenos e médios comerciantes, agricultores e para o comércio informal; suporte econômico estatal especial para pequenas e médias empresas para evitar endividamento e falências; financiamento imediato do setor produtivo de bens e insumos estratégicos para a subsistência do Brasil, medida que será vital para enfrentar o desabastecimento previsto para ocorrer já no médio prazo; alongamento dos passivos de curto prazo de empresas de produção estratégicas para subsistência brasileira para evitar asfixia financeira das mesmas.

Revogação imediata da MP 927 e garantia do salário dos trabalhadores públicos e privados com proibição das demissões até dezembro/2020.

Assinam este documento

ABAP – Associação Brasileira de Arquitetos Paisagistas

ABONG – Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais

ABRAMD - Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas

ABrES - Associação Brasileira de Economia da Saúde

AGB – Associação de Geógrafos Brasileiros

ANPUR - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional

ANPARQ - Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo

ARL – Articulação Recife de Luta

ATUA Porto Alegre

BRCidades

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Centro de Convivência É de Lei

CDES - Centro de Direitos Econômicos e Sociais

CENDHEC - Centro Dom Helder Câmara de Estudos e Ação Social

Centro Gaspar Garcia de Direitos Humanos

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CMP - Central de Movimentos Populares

Coletivas

Coletivo Atua Poa – Todxs nós - Porto Alegre

Coletivo Caranguejo Tabaiars Resiste

Coletivo Força Tururu

Coletivo M1

Comitê dos Povos de Alagoas

CONAM - Confederação Nacional das Associações de Moradores

CPDH – Centro Popular de Direitos Humanos

CAUS – Cooperativa Arquitetura, Urbanismo e Sociedade

Dicionário de Favelas Marielle Franco

EQUIP – Escola Quilombo dos Palmares
Escambo Coletivo
Escritório Modelo de Arquitetura e Urbanismo – MOSAICO
ETAPAS- Equipe Técnica de Assessoria, Pesquisa e Ação Social
FAOC - Fórum da Amazônia Ocidental
FASE - Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional
FENAE - Federação Nacional das Associações do Pessoal da Caixa
FENEA - Federação Nacional de Estudantes de Arquitetura
FETSUAS - Fórum Estadual de Trabalhadores (as) do SUAS do Estado de São Paulo
FISENGE - Federação Interestadual de Sindicatos de Engenheiros
FNRU - Fórum Nacional de Reforma Urbana
FNA - Federação Nacional de Arquitetos e Urbanistas
FNSA - Frente Nacional de Saneamento Ambiental
FNU - Federação Nacional dos Urbanitários
Fórum sobre Trabalho Social em Habitação de Interesse Social – SP
Grito dos Excluídos/as Continental
Grupo de Pesquisa sobre Democracia e Desigualdade (Demodê) - Universidade de Brasília
Habitar - Associação Comunitária Habitacional Popular - Belo Horizonte
Habitat para a Humanidade Brasil
IAB - Instituto dos Arquitetos do Brasil
IBDU- Instituto Brasileiro de Direito Urbanístico
IDHES – Instituto de Direitos Humanos, Econômicos e Sociais
Instituto de Estudos Econômicos - INESC
Instituto MDT - Instituto do Movimento Nacional pelo Direito ao Transporte Público de Qualidade para Todos
Instituto POLIS
Instituto Raízes em Movimento
LABHAB- Laboratório de Habitação da FAU-USP
MCD - Movimento Chega de Descaso
MIST – Movimento Independente Sem Teto
MLB - Movimento de Luta nos Bairros, Vilas e Favelas
MLM – Movimento de Luta pela Moradia em Pernambuco
MLST – Movimento de Liberdade Sem Teto
MLTM – Movimento de Luta dos Trabalhadores por Moradia
MNDH – Movimento Nacional de Direitos Humanos
MNLM - Movimento Nacional de Luta pela Moradia
MPRU – Movimento Popular pela Reforma Urbana
MTD Alagoas - Movimentos de Trabalhadoras e Trabalhadores por Direitos
MTST Brasil – Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem-Teto
Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Movimentos Sociais – NEMOS/PUCSP
Núcleo de Pesquisa em Participação, Movimentos Sociais e Ação Coletiva (NEPAC) - UNICAMP-Campinas
Núcleo de Moradia Rosa Luxemburgo - Belo Horizonte
Observatório das Metrôpoles
ONDAS - Observatório Nacional dos Direitos à Água e ao Saneamento
Observatório Popular de Maranguape 1
OLMD – Organização e Luta por Moradia Digna em Pernambuco
Pastoral da Saúde/Regional Sul 1 da CNBB
PEABIRU Trabalhos Comunitários e Ambientais
Programa de Educação Tutorial em Ciência Política da Universidade de Brasília

Rede de Coletivos Populares de Paulista
Rede de Mulheres Negras de Pernambuco
Residência em Arquitetura, Urbanismo e Engenharia/FAUFBA
SASP – Sindicato dos Arquitetos de São Paulo
SAERGS - Sindicato dos Arquitetos do Rio Grande do Sul
Terra de Direitos
UNEAFRO
UNMP - União Nacional por Moradia Popular

Para contato:

comunicacao.fnru@gmail.com

nacional@brcidades.org





**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

**O PARADOXO DA COVID-19 NAS PERIFERIAS:
A RETOMADA DA CULTURA ASSOCIATIVA
COMO FORMA DE RESISTÊNCIA À
NECROPOLÍTICA**

Betânia Alfonsin
Paulo Eduardo Berni
Pedro Pereira

Porto Alegre
Julho de 2020

INTRODUÇÃO

Betânia Alfonsin¹

Paulo Eduardo Berni²

Pedro Pereira³

O Brasil que enfrenta a pandemia da COVID-19 é um país que não conseguiu resolver seus problemas estruturais relacionados às formas de uso e regulamentação da terra e da moradia. Porta de entrada do coronavírus no sul global, o país convive desde meados do século XIX com duas formas distintas de acesso a terra: a via das populações tradicionais (indígenas, ribeirinhos, quilombolas e favelados), geralmente limitada à mera *posse*, e, de outro lado, a via de acesso que passa pelo título de *propriedade* inscrito no registro de imóveis – desde a Lei de Terras (1850) a via privilegiada reservada à população com renda capaz de adquirir solo pela via do mercado imobiliário. Como uma espécie de “comorbidade social”, o histórico de profunda desigualdade que define a produção das cidades brasileiras (marcadas ainda pela precarização da moradia, pela ocupação desordenada do solo, pela carência de infraestrutura e pela segregação socioespacial) acendeu um sinal de alerta aos analistas quanto à potencialização dos efeitos deletérios que a pandemia poderia provocar no país.

Embora tais problemas sejam bastante longevos, remetendo a remotos movimentos de adensamento demográfico e de formação de aglomerados urbanos, o estado de emergência sanitária em que o país se encontra os colocou em incômoda evidência. É como se a pandemia colocasse sobre a mesa problemas que os poderes instituídos insistiram em empurrar, desde a problemática e vergonhosamente mal resolvida abolição da escravatura, para debaixo do tapete.

Não obstante, mais do que inanição no trato da questão urbana, o país recentemente testemunhou políticas de franco retrocesso, sobretudo a partir do pacote de reformas proposto pelo Presidente Michel Temer após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, em 2016. Desfigurando a ordem jurídico-urbanística inaugurada pela Constituição de 1988 e regulamentada pelo Estatuto da Cidade⁴,

¹ Doutora em Planejamento Urbano e Regional pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano (IPPUR) da UFRJ (2008) e pesquisadora do Observatório das Metrôpoles, equipe Porto Alegre. Coordenadora do Grupo de Pesquisa “Direito Urbanístico e direito à cidade” no Mestrado da Fundação Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul (FMP). Diretora do Instituto Brasileiro de Direito Urbanístico para o biênio 2020/2021.

² Doutorando em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa “Direito Urbanístico e direito à cidade” no Mestrado da Fundação Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul (FMP).

³ Mestre em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGD-UFRGS). Membro do Grupo de Pesquisa “Direito Urbanístico e direito à cidade” no Mestrado da Fundação Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul (FMP).

⁴Para um bom apanhado acerca da construção e das características principais dessa ordem jurídico-urbanística inaugurada após a Constituição Federal de 1988, cf.: FERNANDES; ALFONSIN, 2010.

foram aprovadas diversas medidas legislativas (com destaque para a Lei nº 13.465/17) que modificaram decisivamente o quadro legal em matéria fundiária e habitacional, revogando boa parte da legislação vigente, desmontando e descaracterizando o pouco que restava de política urbana tal como preconizada pela Constituição de 1988.

Tais alterações legais, vale ressaltar, não podem ser compreendidas fora do contexto em que foram produzidas. No âmbito nacional, como mencionado, a iniciativa vem inserida em um conjunto de reformas inaugurado pelo Presidente Michel Temer, entre as quais se destacam a reforma da previdência, a reforma trabalhista (com revogação de importante parcela da CLT) e a Emenda Constitucional nº 95. Imprimindo uma inflexão ultraliberal na política brasileira⁵, essas reformas flexibilizaram direitos e garantias trabalhistas, reduziram os limites fiscais de investimentos públicos e, no plano mais propriamente urbanístico, direcionaram a regulação jurídica à facilitação dos processos de titulação e de circulação do crédito no mercado imobiliário.

Esse conjunto de alterações no marco legal da terra e se mostra alinhado a transformações mais amplas operadas sobre os padrões de acumulação capitalista, em meio às quais a terra e a moradia passaram por um vertiginoso processo de financeirização, interligando mercados diversificados a partir de um modelo de regulação voltado à promoção do crédito no mercado fundiário e imobiliário. Tal modelo de regulação habitacional, ao mesmo tempo em que multiplicou as modalidades de créditos disponíveis para o setor, fomentou o que Raquel Rolnik (2015, p. 13) chamou de "transmutação da habitação em ativo financeiro".

Ao deixar de resguardar a segurança da posse e o direito à moradia, afastando-se do programa constitucional e dos princípios norteadores do Estatuto da Cidade, o novo marco legal favorece esse ciclo crônico de exclusão socioespacial que marca a produção das cidades brasileiras. Um ciclo que, a partir da dinâmica de reprodução desregulada do capital imobiliário no meio urbano, reforça o movimento de alargamento da hierarquia social e da assimetria na apropriação da infraestrutura urbana.

É importante perceber como tais hierarquias guardam íntima relação com o espaço, que já não pode ser compreendido apenas na sua dimensão geográfica. É dizer: o modo como os seres humanos e os bens são distribuídos no espaço definem o valor atribuído a diferentes regiões. Nesse sentido, o espaço passa a ser socialmente valorado a partir do acesso que seus ocupantes possuem aos bens físicos e simbólicos considerados raros no meio social – como escolas, serviços de saúde, equipamentos culturais e empregos. Pierre Bourdieu faz referência aos

⁵ Ver, a respeito, a produção científica do Observatório das Metrópoles no último período, sendo Luiz César de Queiroz Ribeiro (2020) uma referência central no debate.

efeitos de lugar, chamando a atenção para essa dimensão espacial das hierarquias sociais e para o perigoso efeito de naturalização que engendram:

Não há espaço, em uma sociedade hierarquizada, que não seja hierarquizado e que não exprima hierarquias e as distâncias sociais, sob uma forma (mais ou menos) deformada e, sobretudo, dissimulada pelo *efeito de naturalização* que a inscrição durável das realidades sociais no mundo natural acarreta: diferenças produzidas pela lógica histórica podem, assim, parecer surgidas da natureza das coisas (...) (BOURDIEU, 2018, p. 160).

Estigmatizado no plano simbólico e absolutamente desassistido no plano material, um contingente desmesurado de habitantes das cidades brasileiras se viu jogado à própria sorte no enfrentamento da pandemia. Trata-se de um conjunto de pessoas cuja posição social é constituída sob o signo da exclusão; um conjunto de pessoas cuja existência carrega a marca da precariedade. É justamente em torno do conceito de precariedade que alguns autores estão analisando essa “classe sem formação” (STANDING, 2014, p. 11), “esse problemático e desorganizado ‘preariado’” (HARVEY, 2014, p. 17). Sobre tal condição constitutiva da vida desses sujeitos, Judith Butler afirma que a precariedade “designa a situação politicamente induzida na qual determinadas populações sofrem as consequências da deterioração de redes de apoio sociais e econômicas mais do que outras, e ficam diferencialmente expostas ao dano, à violência e à morte” (BUTLER, 2018, p. 40).

Ainda segundo a filósofa estadunidense:

A precariedade também caracteriza a condição politicamente induzida de vulnerabilidade e exposição maximizadas de populações expostas à violência arbitrária do Estado, à violência urbana ou doméstica, ou a outras formas de violência não representadas pelo Estado, mas contra as quais os instrumentos judiciais do Estado não proporcionam proteção e reparação suficientes. (BUTLER, 2018, p. 41).

Nesse quadro de desigualdade urbana, era presumível que a Covid-19 não teria uma incidência “democrática” no território nacional. Esse conjunto de corpos precários que habita a periferia das cidades se viu desprovido de condições materiais mínimas (habitacionais, urbanas e sanitárias) para enfrentar a pandemia. O quadro historicamente desenhado se agravou em um contexto de abandono das políticas de solidariedade estatal por um governo descomprometido com a população de menor renda.

Retomando as reflexões foucaultianas sobre biopolítica e poder disciplinar, Achille Mbembe caracteriza como “necropolítica” essa tolerância por parte do poder constituído com vidas descartáveis, com sujeitos sociais indesejáveis; essa tolerância, enfim, com a gestão pública de quem pode viver e quem pode morrer – historicamente determinada por critérios econômicos e raciais (MBEMBE, 2018). É

preciso que se enfatize, nesse sentido, que tal precarização da vida urbana não pode ser dissociada da racionalidade que orienta a ação da autoridade política⁶.

Tal condição de precariedade, contudo, não resultou em imobilismo ou passividade por parte desses sujeitos. Ao contrário, o país foi surpreendido com uma série de iniciativas autônomas, protagonizadas pela própria sociedade civil, no âmbito dos territórios. Neste contexto, o Grupo de Pesquisa em Direito Urbanístico e direito à cidade da FMP desenvolve, em 2020, uma investigação que, na sequência de pesquisas anteriores e articulando o marco teórico aqui apresentado, pretende desvelar a lógica e a dinâmica das resistências construídas pelas periferias brasileiras para enfrentar autonomamente a pandemia de COVID-19.

A capacidade demonstrada pelos ocupantes destes territórios para desenvolver ações de solidariedade no tecido social parece revelar a pré-existência de redes sociais estruturadas a partir da auto-organização popular para enfrentar coletivamente não apenas as privações materiais decorrentes do estado de pobreza ou miserabilidade, mas também necessidades cotidianas oriundas da ausência de serviços e políticas públicas e históricas violações do direito à cidade nas periferias.

A pesquisa buscará identificar casos exemplificativos da força desses arranjos de solidariedade social, produzindo dados sobre as formas de resistência do meio popular capazes de mitigar os efeitos perversos da crise sanitária combinada ao desemprego e à crise econômica no nível local. Os casos serão identificados e detalhados através de entrevistas com lideranças comunitárias envolvidas no processo de organização e enfrentamento à COVID-19 em uma comunidade tradicional de Porto Alegre (a proposta em análise é a Vila Bom Jesus, na zona leste, ou Vila Cruzeiro, na zona sul) e em uma ocupação de responsabilidade de um movimento social de luta pela moradia, a 20 de novembro (zona central), que já resistiu a dois despejos e, recentemente, conquistou o direito à moradia no centro histórico de Porto Alegre.

Nesse esforço analítico, as reflexões teóricas em torno do pluralismo jurídico também nos ajudam a compreender o que ocorre nas cidades, e muito especialmente naquelas comunidades da periferia, durante a atual crise de saúde pública. Como ressalta Hespanha (2013, p. 61), as sociedades invariavelmente apresentam mais normas que regulamentam a vida social do que aquelas formalmente reconhecidas como jurídicas. Sendo assim, é indispensável que os estudiosos do fenômeno jurídico adotem perspectivas teóricas que lhes permitam

⁶Afinal "(...) ninguém sofre de falta de moradia sem que exista uma falha, sem que haja um fracasso social no sentido de organizar a moradia de um modo que ela seja acessível a toda e qualquer pessoa. E ninguém sofre com o desemprego sem que exista um sistema ou uma economia política que fracasse em salvaguardá-lo dessa possibilidade. Isso significa que em algumas das nossas experiências de maior vulnerabilidade em termos de privação social e econômica, o que se revela não é apenas a nossa precariedade como indivíduos – embora isso também possa ser revelado –, mas também os fracassos e as desigualdades das instituições socioeconômicas e políticas" (BUTLER, 2018, p. 27).

apreender as manifestações desse direito vivo, cujas fontes jamais se limitam àquelas próprias ao direito estatal. Trata-se, em outras palavras, de se desvencilhar do pressuposto segundo o qual o direito é um produto exclusivo do Estado, mirando-o como um fenômeno social – e, portanto, necessariamente plural. Tais normatividades periféricas emergem com feições próprias (e talvez mais intensas) em comunidades nas quais o Estado se faz menos presente.

É digno de nota o trabalho de Alex Magalhães (2009), em que descreve como essa pluralidade de ordenamentos pode ser observada na prática. Em estudo realizado em favelas no Rio de Janeiro, o autor identificou, por exemplo, que o direito dos contratos de compra e venda, os sistemas de formalização de propriedade e as normas sobre locações de imóveis eram regulados não pelas instituições estatais formais (como cartórios de registros de títulos), mas pela associação de moradores. Esta era a instituição – e seu Presidente, a autoridade – que conferia aos referidos contratos validade e reconhecimento social. “Bem ou mal, a Associação tem a oferecer aos moradores da favela um grau de segurança da posse que o próprio Estado é incapaz de oferecer” (MAGALHÃES, 2009, p. 96), observa o autor. Nesse território, portanto, convivem o direito estatal, os costumes sociais e a imposição de soluções arbitrárias que indicam um aspecto de violência – ao menos de forma latente.

Trabalha-se com a hipótese de que as redes comunitárias emergentes no enfrentamento ao COVID-19 são reveladoras, em alguma medida, de uma retomada de formas de organização popular tradicionais como associações de moradores, clubes de mães, associações de pais e mestres e entidades da sociedade civil, bastante desmobilizadas durante os governos Lula e Dilma, mas em processo de reorganização no período pós-impeachment da Presidenta Dilma Rousseff. Adicionando complexidades à análise, no entanto, supõe-se que tais redes convivem e disputam, no mesmo território, com as redes e as lógicas de outras organizações, como são as igrejas evangélicas e as organizações criminosas.

Valendo-se dessa perspectiva pluralista, o critério de validade das normas não reside em sua origem – o Estado -, mas na circunstância concreta de serem reconhecidas como válidas pela comunidade. Existem modalidades de consenso comunitário diferentes daquelas advindas do Estado representativo. O consenso produz aquiescência e estabilidade à norma, “reconhecida como boa pelos grupos comunitários interessados” (HESPANHA, 2013, p. 81).

Contudo, alerta, não será toda e qualquer norma que deve ser aceita. Hespanha (2013, p. 63-64) parece querer distinguir entre forças legítimas e forças ilegítimas. Os estudos de caso pretendem verificar, dentre outras, a hipótese de que para além das normas estatais, ocorre uma disputa pelas normas válidas para o período de enfrentamento ao COVID-19, que instaura não apenas um “estado de exceção” nas periferias, mas uma disputa por hegemonia entre redes orientadas por lógicas, objetivos e normas distintas, instaurando um conflito normativo que

complexifica ainda mais o fenômeno de pluralismo jurídico vivido pela população moradora desses territórios.

Embora seja tentador simplificar a análise propondo que as periferias estão encontrando forças endógenas para suprir a brutal ausência do estado em uma lógica de auto-organização e solidariedade comunitária, é certo que o fenômeno é muito mais complexo do que isso, e, em muitos casos, a forma de obtenção do consenso pode ter origem, por exemplo, na violência de grupos que controlam territórios sob a lógica do crime organizado, do clientelismo político, ou da troca de favores baseada na solidariedade de base religiosa.

O cenário complexo dos assentamentos periféricos, aqui desenhado, enfrenta, além da letalidade da COVID-19, a *necropolítica* exacerbada pelo governo Bolsonaro, que desdenha do isolamento social, seleciona destinatários e libera a conta-gotas o auxílio emergencial, além de claramente dar de ombros para os dados alarmantes a comprovar que, assim como o espaço é hierarquizado (BOURDIEU, 2008), o contágio pelo coronavírus tem distribuição geográfica profundamente desigual, atingindo mais duramente as periferias e a população negra e pobre das cidades. Nenhuma política específica para as periferias, de fato, foi proposta pelo governo federal e é nesse vácuo, que iniciativas da sociedade civil emergem com força.

É nessa conjuntura mórbida que arranjos organizativos das periferias gritam: “Eles combinaram de nos matar, mas nós combinamos de não morrer.” Reunidos em associações de moradores, igrejas ou grupamentos políticos, as periferias trataram de organizar-se, na marra, para enfrentar a crise sanitária e as brutais violações ao direito à cidade. Sem romantizar o fenômeno, e reconhecendo as muitas questões envolvidas em sua análise, considerando a área de interesse do grupo de pesquisa, a investigação procurará centrar-se nas formas de auto-organização popular que parecem representar a retomada de um tecido social associativo, que já foi muito importante no caso de Porto Alegre.

Em pesquisa publicada em 2001, Orlando Alves dos Santos Júnior, pesquisador do Observatório das Metrôpoles, mostrava que Porto Alegre era uma das capitais brasileiras com mais alto índice de associativismo (2001, p 154), entendido como "o vínculo a qualquer organização da sociedade civil de caráter público não estatal e sem fins lucrativos." A investigação de Santos Júnior demonstrou, com base em dados do IBGE de 1996, que 46% da população da capital do RS participava de alguma entidade de caráter não sindical, podendo ser associações de moradores, ou "associações religiosas, filantrópicas, esportivas e culturais" (2001, p.155), a revelar uma “cultura cívica” de participação em assuntos comunitários que pode ter poder explicativo para políticas de gestão democrática que floresceram em Porto Alegre nos anos 1990, como o orçamento participativo, exemplificativamente.

Considerando essa problemática, bem como a área de interesse do projeto ora desenvolvido pelo Observatório das Metrópoles, a presente investigação pretende trabalhar com a seguinte questão orientadora: *em que medida a necropolítica (MBEMBE, 2018), o desamparo e a acentuação da precariedade (BUTLER, 2019) da vida cotidiana dos moradores de periferia no Brasil reforça a resistência ao desmonte da política urbana e retoma a cultura associativa (SANTOS JÚNIOR, 2001) e a luta pelo direito à cidade no país?*

Os dados preliminares da investigação sugerem que “as lutas pelo espaço podem também assumir formas mais *coletivas*” (BOURDIEU, 2018, p.166) e, de fato, pelo menos no caso de Porto Alegre, parece que os anos de desmonte das políticas sociais dos governos Temer e Bolsonaro, aliados à emergência da COVID-19 como um catalizador da necropolítica em curso no país, acabaram por ter um efeito de revitalização do tecido associativo e da cultura cívica das comunidades de periferia, historicamente comprometidas com luta por reforma urbana, hipótese a ser verificada na investigação que ora se inicia.

A depender dos resultados da pesquisa em Porto Alegre, abre-se uma vasta agenda de pesquisa, pois podemos estar diante de um fenômeno de reorganização do tecido associativo das comunidades de baixa renda observável igualmente em outras cidades do país, o que seria um efeito paradoxal da tragédia da pandemia nas periferias do Brasil.

Referências

BOURDIEU, Pierre. Efeitos de lugar. In: BOURDIEU, Pierre (coord.). **A Miséria do mundo**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p.159-166.

BUTLER, Judith. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

FERNANDES, Edésio; ALFONSIN, Betania. A construção do Direito Urbanístico brasileiro: desafios, histórias, disputas e atores in FERNANDES, Edésio; ALFONSIN, Betania (Orgs.) **Coletânea de legislação urbanística: normas internacionais, constitucionais e legislação ordinária**. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

HARVEY, David. **Cidades rebeldes**: do direito à cidade à revolução urbana, São Paulo: Martins Fontes, 2014.

HESPANHA, António Manuel. **Pluralismo jurídico e direito democrático**. São Paulo: Annablume, 2013.

MAGALHÃES, Alex Ferreira. O *direito das favelas* no contexto das políticas de regularização: a complexa convivência entre legalidade, norma comunitária e arbítrio. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, 2009, p.89-103.

MBEMBE, Achile. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2018.

RIBEIRO, Luiz César. **As Metrôpoles e o Direito à Cidade na Inflexão Ultraliberal da Ordem Urbana Brasileira**. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrololes.net.br/as-metrololes-e-o-direito-a-cidade-na-inflexao-ultraliberal-da-ordem-urbana-brasileira-texto-para-discussao/> Acesso em 06/06/2020.

ROLNIK, Raquel. **Guerra dos lugares**: a colonização da terra e da moradia na era das finanças. São Paulo: Boitempo, 2015.

SANTOS JÚNIOR, Orlando. **Democracia e governo local**: dilemas da reforma municipal no Brasil. Rio de Janeiro: Revan: FASE, 2001.

STANDING, Guy. **O precariado**: a nova classe perigosa. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

O UNIVERSO DOS INVISÍVEIS: a COVID-19 e o mercado de trabalho

Juliana Bacelar de Araújo
Rebeca Marota da Silva

Natal/RN
Julho de 2020

UFRN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



Núcleo RMNatal
OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES

O UNIVERSO DOS INVISÍVEIS: A COVID-19 E O MERCADO DE TRABALHO

A crise imposta pela COVID-19 afetou o mundo do trabalho em todos os seus segmentos. Tanto trabalhadores formais quanto informais foram impactados pelas necessárias medidas de isolamento social adotadas para conter a disseminação do vírus. Essa incerteza que cerca o mercado de trabalho em uma situação de crise que, além de sanitária, se tornou uma crise econômica e social, culminou na redução expressiva da massa de renda do trabalho e no aumento do desemprego. Os dados da PNAD Contínua (PNADC/IBGE) apontam para um crescimento da taxa de desocupação no Brasil, no trimestre de abril a maio de 2020, chegando a 12,9%. De acordo com a PNAD COVID19, na segunda semana de junho 12,4 milhões de pessoas estavam afastadas do trabalho devido ao distanciamento social e, apesar de desejarem trabalhar, 18,2 milhões de pessoas não procuraram emprego por causa da pandemia ou por falta de vagas na localidade onde vivem.

Esse cenário exigiu ações por parte dos governos para salvar e preservar os empregos e a massa de renda da classe trabalhadora. No Brasil, isso não foi diferente. A pressão popular de diversos setores da sociedade levou o governo a tomar medidas nessa direção. As medidas adotadas pelo governo brasileiro estão baseadas em dois programas emergenciais que procuram atender: 1) trabalhadores formais; e 2) trabalhadores informais, desocupados, Microempreendedores individuais (MEI) e beneficiários de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família (PBF).

Os trabalhadores formais foram contemplados pela Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020 (BRASIL, 2020a) que institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e prevê cortes de jornada de trabalho e de salários em 25%, 50% e 70%, ou a suspensão de contratos, através de adesão dada por acordo entre as partes e concordância do empregado, exceto funcionários de órgãos públicos, empresas estatais e organismos internacionais. Em todos esses casos, os auxílios monetários teriam como base de cálculo o seguro desemprego a que o trabalhador teria direito caso fosse demitido, com valor máximo definido pelo teto do seguro desemprego (R\$ 1.813,03).

Contudo, a MP 936, ao autorizar o corte de salários e a suspensão de contratos trabalhistas, pode causar perdas superiores para os trabalhadores formais, de maiores rendimentos. No pior cenário, aquele em que todas as empresas suspendem os contratos de trabalho, mesmo com as grandes empresas tendo que arcar com 30% da massa de renda dos trabalhadores, estima-se que os trabalhadores brasileiros perderiam, ao mês, 37,4%, da sua massa de renda, com perdas acumuladas da ordem de aproximadamente R\$ 50 bilhões por mês, em valores de 2019 (TROVÃO, 2020). Até 26 de junho mais de 11,6

milhões de trabalhadores formais estavam com contratos suspensos ou jornadas reduzidas no Brasil, segundo a Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, o que levará a um desembolso por parte do governo de R\$ 17,4 bilhões para complementar a renda desses trabalhadores (AGÊNCIA BRASIL, 2020).

O Auxílio Emergencial de R\$ 600 ou R\$ 1.200 (para mulheres chefes de família) deveria ser garantido a todos os brasileiros que se enquadrassem nos critérios da Lei n. 13.982, de 2 de abril de 2020 (BRASIL, 2020b). Os potenciais elegíveis para o auxílio emergencial, segundo dados da PNADC¹, eram de 56 milhões de pessoas, em 2019. Estimativas apontam que as perdas em termos de massa de renda para os trabalhadores informais poderiam ser de aproximadamente R\$20 bilhões por mês (TROVÃO, 2020). Destaca-se que a forma como foi desenhado o programa tende a elevar a renda da população beneficiária do PBF e dos desocupados e reduzir a renda dos trabalhadores informais. Considerando que a renda média dos informais é maior nas áreas metropolitanas, essas tenderão a sofrer mais com a perda da massa de renda.

Segundo informações do Governo Federal, o auxílio emergencial teve 108,4 milhões de pessoas cadastradas (BRASIL, 2020c), maior que toda a força de trabalho brasileira no primeiro trimestre de 2020, de 105,1 milhões, de acordo com a PNADC, do IBGE. Desse público, 64,1 milhões de brasileiros foram beneficiados, 42,2 milhões de pessoas foram consideradas inelegíveis e 2,1 milhões estavam em análise ou reanálise (BRASIL, 2020c).

Desde sua implementação, o auxílio emergencial, que tem como objetivo atender as populações mais vulneráveis, apresenta uma série de problemas de acesso. As dificuldades iniciaram-se quando uma parcela significativa da população apresentou limitações quanto ao manuseio de aparelhos smartphones e uso da internet, e foram agravadas pela ausência de um teleatendimento eficiente. Para além da barreira inicial de acesso à informação, milhares de pedidos foram negados, inclusive para pessoas em situação de vulnerabilidade social (UOL, 2020a). Um dos caminhos para recorrer poderia ser através da Defensoria Pública da União que, além de atender apenas nas capitais e em 43 cidades do interior, está atendendo apenas via telefone e internet, mais uma vez, restringindo o acesso global do público (G1, 2020). Vale ressaltar também as grandes filas e aglomerações que ocorreram nas agências bancárias e lotéricas para que essa população pudesse sacar o auxílio oferecido pelo governo, potencializando os riscos quanto a contaminação da COVID-19.

Outro grande problema relacionado ao auxílio emergencial está relacionado à insegurança dos beneficiários quanto ao recebimento das parcelas. Aqueles que

¹ Ressalta-se, entretanto, que é possível observar, ao comparar os dados com os oficiais, que a PNADC subestima tanto o número de beneficiários do Programa Bolsa Família quanto o número de microempreendedores individuais.

conseguiram acessar o benefício na primeira parcela estão encontrando dificuldades no recebimento da segunda. A primeira dificuldade foi em relação à data do pagamento. O calendário de pagamento mudou inúmeras vezes e a metodologia de pagamento também mudou. Na primeira parcela, o usuário recebeu direto em sua conta cadastrada ou em uma conta digital criada. Agora, todos os usuários são obrigados a usar o aplicativo CAIXA TEM. O aplicativo, que promete realizar operações financeiras como pagamento de boletos, cartão de débito virtual, compras no comércio sem cartão, saques sem cartão e transferência de dinheiro, vem apresentando grandes instabilidades no recebimento da segunda parcela. Os usuários também não conseguem transferir o dinheiro para sua conta bancária, recebendo a informação que essa opção somente seria possível em setembro/2020 (ISTOÉ DINHEIRO, 2020, UOL, 2020b).

De acordo com Trovão (2020, p. 31), os programas emergenciais estruturados pelo governo federal para reduzir o impacto da crise sobre os trabalhadores,

apesar de suavizarem as perdas e implicarem uma melhor distribuição pessoal da renda, certamente, levarão a um empobrecimento e achatamento da classe trabalhadora (informais e MEI's com rendimento acima do auxílio médio) e formais com rendimentos maiores que um salário mínimo.

De maneira geral, as medidas adotadas e os auxílios mostraram-se insuficientes para compensar as perdas de renda, especialmente entre os formais, e demoraram demais para chegar às mãos das pessoas, especialmente as dos mais vulneráveis. Ainda existe um contingente significativo de pessoas desassistidas e que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Para amenizar os impactos econômicos da crise causada pelo coronavírus e salvar os trabalhadores, o governo federal deveria propor um valor para o auxílio pelo menos igual ao valor do salário mínimo. Além disso, defende-se que o avanço deve se dar nas políticas que garantam a preservação do emprego formal, sobretudo em micro e pequenas empresas, e a efetivação do recebimento pelos potenciais beneficiários dos auxílios emergenciais, especialmente pelos mais vulneráveis, inclusive com prorrogação dos auxílios pelo prazo que durar o estado de calamidade.

Deve-se ter muita atenção às propostas de renda mínima e de redesenho das atuais políticas sociais de transferência de renda aos mais pobres, como o Bolsa Família e o BPC. Políticas de cunho liberal que reformulem e agreguem os diversos programas de transferência de renda podem não resolver o problema estrutural da desigualdade de renda brasileira e terminar por nivelar por baixo a renda média da população brasileira. Ademais, podem ocultar a real intenção de desmontar o Estado de bem-estar social no Brasil, pactuado na Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL (2020). Programa de suspensão de contrato e redução de jornada será estendido. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-06/programa-de-suspensao-de-contrato-e-reducao-de-jornada-sera-estendido>>. Acesso em: 06 de Jul. 2020.

BRASIL (2020a). Medida Provisória nº 936, de 1º de abril de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv936.htm>. Acesso em: 03 de Jun. 2020.

BRASIL (2020b). Lei 13.982, de 2º de abril de 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm>. Acesso em: 03 de Jun. 2020.

BRASIL (2020c). Pagamento da terceira parcela do auxílio emergencial começa no sábado. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2020/06/pagamento-da-terceira-parcela-do-auxilio-emergencial-comeca-no-sabado>>. Acesso em: 9 de Jul. 2020.

G1 (2020). Auxílio Emergencial: teve o benefício negado? Veja como contestar por meio da Defensoria Pública. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/06/17/auxilio-emergencial-trabalhadores-que-tiveram-beneficio-negado-poderao-contestar-decisao-por-meio-da-defensoria-publica.ghtml>>. Acesso em: 9 de Jul. 2020.

ISTOÉDINHEIRO (2020). “Caixa Tem”: usuários relatam dificuldade para acessar R\$ 600 do auxílio pelo aplicativo. Disponível em: <<https://www.istoedinheiro.com.br/caixa-tem-usuarios-relatam-dificuldade-para-acessar-r-600-do-auxilio-pelo-aplicativo/>>. Acesso em: 9 de Jul. 2020.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA – Controladoria Geral da União. Auxílio Emergencial. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/beneficios>>. Acesso em: 29 de Jun. 2020.

TROVÃO, C. J. B. M. (2020). A Pandemia da Covid-19 e a Desigualdade de Renda no Brasil: Um Olhar Macrorregional para a Proteção Social e os Auxílios Emergenciais. Texto para discussão n. 4. Disponível em: <<https://ccsa.ufrn.br/portal/wp-content/uploads/2020/05/TROV%C3%83O-2020-PANDEMIA-E-DESIGUALDADE.pdf>>. Acesso em: 29 de Jun. 2020.

UOL (2020a). 3 meses após lei do auxílio de R\$ 600, há desempregados e mães sem nada. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/07/05/auxilio-emergencial-cadastro-aprovacao-espera.htm?cmpid=copiaecola>>. Acesso em: 29 de Jun. 2020.

UOL (2020b). Caixa Tem registra mais um dia de falhas; usuário não consegue pagar boleto. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2020/07/06/caixa-tem-aplicativo-problemas-acesso.htm>>. Acesso em: 06 de Jul. 2020.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: TERRITÓRIOS PRECÁRIOS, CONDIÇÕES DE INFRAESTRUTURA, MORADIA E A COVID-19

Juliano Pamplona Ximenes Ponte

José Júlio Ferreira Lima

Ana Cláudia Duarte Cardoso

Raul da Silva Ventura Neto

Thiago Alan Guedes Sabino

Roberta Menezes Rodrigues

Danielle Saori Hantani

Nayara Sales Barros

Belém

Julho de 2020



Laboratório Cidades na Amazônia
FAU - UFPA



1. Amazônia, questão regional, desigualdade e a pandemia.

A pandemia expôs exemplarmente as contradições subjacentes à urbanização da Amazônia. Não por acaso esta tem sido uma região fortemente impactada pelo novo Coronavírus que, apesar da subnotificação generalizada a partir dos dados oficiais, concentra três quartos dos casos com maiores taxas de mortalidade no país (MONTEIRO, SANTOS, 2020). Uma combinação de desigualdades sociais, dispersão dos assentamentos humanos (cidades, vilas, aldeias, comunidades) e desigualdade de acesso a serviços e equipamentos, especialmente de saneamento e saúde, expõe um racismo ambiental histórico praticado pelo país contra indígenas e negros há séculos (ISAa, 2020) grupos de risco dentro e fora das metrópoles.

Não é possível compreender a situação das metrópoles mais antigas da Amazônia - Belém e Manaus, sem revisitar os períodos de colonização e de exploração da borracha, e todo o processo de miscigenação induzida, e a forte presença mestiça (HENRIQUE, 2018). Em 1872, 55,79% da população de Belém era composta por não brancos, ou o que o IBGE chamaria hoje de negros (situados em torno do espectro de pardos, negros e caboclos) (LAURINDO JÚNIOR, 2012), fato que é pouco associado à narrativa da construção da cidade branca, que seguia padrões europeus de construções e provisão de serviços, com concessões de transporte, energia e saneamento exploradas por empresas estrangeiras (SARGES, 1998).

A visão de território e da distribuição de políticas públicas a partir da metrópole prevaleceu na região, a despeito do padrão ancestral de distribuição de população, e no decorrer de séculos ocorreu um genocídio de povos indígenas estrategicamente expostos à contaminação pelos brancos, que permitiu o anúncio de que a Amazônia seria “terra sem homens” (BRASIL, 1970) pela ditadura militar, que na verdade significava que as vidas humanas que habitavam a região fora da metrópole não importavam. Desse modo, nunca se pensou em formas de distribuição de benefícios dos ciclos de exploração de recursos naturais para as pequenas aglomerações, ou em como desenvolver soluções logísticas e tecnológicas (inclusive aproveitando velhas tecnologias sociais), para dar cidadania e qualidade de vida para as populações da floresta. Longe disso, o velho racismo ambiental foi reeditado inúmeras vezes, a partir da “naturalização” de processos de expropriação de territórios, onde rios, solo, biodiversidade e pessoas compunham uma unidade (HECKENBERGER, 2005), e as estradas federais viabilizaram a transformação da terra em mercadoria - cobiçada para a exploração de madeira e de minérios, criação de gado e monocultura de soja (VENTURA NETO, 2017). Os rios também passaram a ser vistos pelo seu potencial de geração de energia (e mais recentemente de lavra de ouro, como ocorre no rio Xingu, após a construção de Belo Monte), a contaminação de

rios por mercúrio, cianeto, caulim é uma ameaça que só será reconhecida quando um grande desastre (maior do que os ocorridos em Brumadinho e Mariana) ocorrer (ISAb, 2020). Mas o que tudo isso tem a ver com a pandemia de Covid-19, no ano de 2020?

Foram multiplicados os pobres na região! Sem terra, sem acesso a recursos naturais, os povos indígenas e quilombolas foram transformados em populações marginais e desassistidas e, no caso dos indígenas, não resistentes às doenças infecciosas trazidas pelos brancos, que por tantos séculos de experiência e resistência se isolaram na floresta (ISAc, 2020) Mas a floresta tem sido vorazmente desmatada e, na atual gestão do governo federal, invadida por garimpeiros e por grileiros que já aprenderam com a Lei 11.925/2009, que alguns anos de espera e uma boa representação no congresso nacional são suficientes para operar mecanismos de transformação de terra pública grilada em terra regularizada. A legitimação das ilegalidades é inclusive premiada com financiamento e com a providencial tolerância quanto ao uso de agroquímicos (ou agrotóxicos) de grande impacto sobre rios e solo, que inviabilizam a permanência da população nativa (www.cartadebelem.org.br). Muitos outros mecanismos foram constituídos no atual Governo Federal para favorecer essa prática, como a retirada das plataformas utilizadas pelos agentes de regularização fundiária das informações sobre terras requeridas por indígenas, mas que ainda não foram demarcadas, favorecendo os fazendeiros brancos que autodeclararam no Cadastro Ambiental Rural (CAR) o domínio de tais terras (ver caso da Terra Indígena Ituna/Itatá (ISAd, 2020). Em meio a tudo isso o número de conflitos no campo aumentou e só o povo Guajajara perdeu 49 de seus membros assassinados defendendo suas terras (ISAE, 2020). Por outro lado, a cobiça pela terra potencializa queimadas, que são estrategicamente realizadas para também liberar terras em áreas de potencial turístico, como ocorreu na área adjacente à vila de Alter do Chão em Santarém em 2019, dentro da mais nova Região Metropolitana paraense (GOMES, CARDOSO, 2020). A ação de garimpeiros foi intensificada durante a pandemia e espera-se que no verão, quando a umidade relativa do ar cai para um patamar de até 30 % na região do arco do desmatamento (www.climatempo.com.br), as queimadas sejam potencializadas novamente. Todo esse processo de destruição da floresta e de sua gente, aliás, é muito parecido com as condições de origem do novo coronavírus – o vírus vem das matas (UJVARI, 2011; AGAMBEN et al., 2020), e pode vir a liberar novos patógenos igualmente nocivos à espécie humana (FEARNSIDE, 2020).

Todo esse ciclo vicioso de reestruturação do espaço rural (e de desmatamento da floresta) empurrou os camponeses amazônicos para as cidades, ou a própria urbanização os alcançou em suas terras (CARDOSO et al, 2018), contudo, este processo de urbanização ocorre em uma fase da economia mundial em que as cidades não

precisam investir nas condições de reprodução da vida, pois o trabalho que mais interessa às cadeias globais acontece fora delas, e depende de funções muito seletivas para conectar a exploração de matéria-prima aos grandes mercados (o meio técnico científico informacional miltoniano – estradas, ferrovias, portos, rastreamento via satélite) (SPOSITO, ELIAS, SOARES, 2017), e não há sequer a desfaçatez de realização de algum investimento de suporte à consolidação das periferias que são geradas por toda a migração rural.

Ainda hoje pequenos e grandes confortos do consumo metropolitanos nacionais e internacionais estão associados a estas velhas práticas (como exemplo, a energia elétrica incorporada ao sistema nacional a partir das unidades de geração da Amazônia, ou o minério, a carne e a soja, vendidos para mercados asiáticos e europeus). O governo brasileiro propõe a militarização da Amazônia e a internacionalização da discussão, com o intuito de viabilizar a manutenção das atividades voltadas para exportação que são ligadas ao mercado financeiro, mas também de desviar o foco do diálogo direto com as populações locais (VECCHIONE, CAMPOS, SANTOS, 2020). A tendência é de crescimento da alienação da população brasileira quanto a esses processos e de ampliação da dívida social com os povos da região, sofisticando o racismo de tantos séculos. Nos atos de fala do Presidente da República são claras as indicações de ódio a todas as minorias étnicas e sociais, e a decisão recente de vetar 16 itens da lei 14021/2020 ilustra bem esta posição (ISAf, 2020).

O urbano extrapola em muito a cidade na região (CARDOSO et al, 2018), e isso causa enorme confusão. Os povos tradicionais precisam da natureza para viver, mas a presença da natureza não é reconhecida por instrumentos de planejamento e controle urbanístico e a inserção em espaços urbanos e periurbanos também é repleta das mesmas tensões e dificuldades que existem no universo rural. A expansão urbana não-regulada publicamente pressiona quilombos e comunidades indígenas nas duas regiões metropolitanas paraenses. Enquanto fora das cidades as estruturas produtivas apropriam-se de espaços naturais, de rios e florestas, nas cidades e áreas periurbanas entidades religiosas, em geral neopentecostais, atuam nas periferias disputam indígenas e quilombolas censurando e desestruturando suas práticas, e fragmentando suas comunidades, enfraquecendo sua resistência.

A prática de agricultura urbana e de quintais produtivos por populações quilombolas e por pardos está relacionada à venda de produtos nas feiras e a uma economia popular que é lida como informal e nunca foi devidamente mensurada, e durante a pandemia manteve pessoas trabalhando, convivendo com as metas de 70% de isolamento social. Na verdade, em determinado momento o isolamento social alcançou somente 36,62% da população no Pará (<https://www.romanews.com.br/cidade/para-passa->

[de-100-mil-casos-de-covid-19-e-se-fosse-pais-estaria-na/83907/](#)), e a distância dos territórios da cidade deixou de ser uma proteção porque a carência de internet e serviços nas comunidades impôs o deslocamento de pessoas para os centros urbanos para recebimento do auxílio de R\$600,00, que se tornam vetores de contaminação para as suas comunidades (BORGES, 2020).

Algumas comunidades instituíram o *lockdown* antes das Prefeituras Municipais, cientes de sua vulnerabilidade, caso dos Borari em Alter do Chão, Santarém (PA) (MEDEIROS, 2020), ou de mais de 40 comunidades quilombolas de Moju, Ananindeua, Abaetetuba, Baião, Inhangapi, Salvaterra, Concórdia, (BORGES, 2020). A Associação dos Povos Indígenas Estudantes da UFPA (Universidade Federal do Pará) providenciou cartilhas em várias línguas indígenas para orientar os parentes, e ao pouco localiza os milhares de habitantes da cidade que abriram mão da identidade indígena. É preciso lembrar que os indígenas urbanos ou que vivem em terras indígenas não homologadas perdem seus direitos e sofrem preconceito nas cidades, preferindo omitir sua origem e apresentar-se como pardos pobres e periféricos.

Jovens pardos das periferias, que têm sofrido de um racismo institucional histórico (MIRANDA, 2020), se organizam em coletivos de juventude com grande atividade nas mídias sociais, tais como Tela Firme, Telas em Movimento, Covid-19 Periferias Belém, que nos primeiros meses apresentaram os riscos da pandemia para os moradores dos bairros consolidados sobre as baixadas de Belém, onde prevalece o super adensamento, a carência de informação, de saneamento e a alta vulnerabilidade à ação das milícias. Nos últimos meses, esses perfis informam sobre os óbitos dos vizinhos.

Observa-se que as trajetórias dos excluídos pela cor e pela etnia se entrecruzam na metrópole, e nas cidades que contam com leitos de Unidade de Terapia Intensiva, enquanto o índice de contaminação e óbitos está longe de se estabilizar, diante do avanço da contaminação para o interior do Estado, estima-se que o número real de casos seja até dez vezes maior do que o número de registros oficiais, somado ao aumento do número de mortes por outras doenças com sintomas similares aos de COVID-19. Na Amazônia as lições de Mbembe (2018) sobre necropolítica são acrescidas de novos exemplos de como destruir pessoas e fazer parecer que quem resiste é suicida, ou que são necessários mártires para que seja a sociedade aprenda novos caminhos.

2. A Economia Metropolitana da RMB

A economia da RMB é fortemente caracterizada pelo setor de comércio e serviços e pelos empregos ligados à administração pública, um padrão que se consolida durante a década que vai de 2006 a 2016, marcada pelos impactos do *boom* das *commodities* agrominerais no Estado e por políticas incluídas no rol do social-desenvolvimentismo dos Governos Lula e Dilma. Nesse aspecto, nota-se uma forte expansão do PIB metropolitano para o período que vai de 2006 a 2014 (10,60% a.a.), seguida de uma desaceleração entre 2014 a 2016 (3,77% a.a.), quando tem início a crise econômica influenciada pelo avanço das políticas de austeridade no Governo Federal. No caso da RMB, essa queda foi influenciada principalmente pelo valor adicionado bruto (VAB) da indústria que, apesar de expandir para o período de 2006 a 2014 (9,07% a.a.) apresenta um declínio entre 2014 e 2016 (-3,85% a.a.), registrado também nos municípios de sua região imediata (1,06%) e intermediária (1,01%).

O terciário é o setor que registra a maior participação sobre o VAB total da economia metropolitana para os dois períodos, seguindo o padrão registrado na indústria, de forte crescimento entre 2006 e 2014 (10,74% a.a.) e brusca desaceleração entre 2014 e 2016 (3,76% a.a.). Em contraponto, o período se caracteriza por um substancial aumento na participação do VAB da administração pública sobre o VAB total da economia metropolitana, que apresenta taxas de crescimento sempre próxima à faixa dos 10% a.a. para os dois períodos, tanto para a RMB (14,34% e 9,90%) quanto para a região intermediária (13,09% a.a. e 10,28% a.a.), saindo de aproximadamente 15% de participação sobre o VAB total, em 2006, para cerca de 22% em 2016 (Tabela 1; Tabela 2).

Tabela 1 - Valor Adicionado Bruto (VAB) e composição por setor do PIB do Pará, RMB e regionalizações associadas¹. Fontes: PNAD-IBGE (2006-2014).

	Pará		RMB		RGime		RGint	
	Taxa de crescimento médio anual							
	2006 - 2014	2014 - 2016	2006 - 2014	2014 - 2016	2006 - 2014	2014 - 2016	2006 - 2014	2014 - 2016
PIB	13,14%	5,13%	10,60%	3,77%	10,34%	5,00%	10,66%	5,69%
Valor adicionado bruto Total	13,28%	4,94%	10,68%	3,70%	10,30%	4,88%	10,65%	5,64%
Valor adicionado bruto agropecuária	12,76%	12,88%	7,20%	14,03%	7,66%	13,07%	10,32%	15,67%
Valor adicionado bruto indústria	14,24%	-2,86%	9,07%	-3,85%	8,31%	1,06%	8,42%	1,01%
Valor adicionado bruto serviços exceto adm. Pública	12,23%	5,44%	10,74%	3,76%	10,55%	3,96%	10,72%	4,42%
Valor adicionado bruto Adm. Pública	14,34%	9,90%	12,54%	10,33%	12,65%	10,36%	13,09%	10,28%

Tabela 2 - VAB do PIB metropolitano por setor, 2006; 2014; 2016.

VAB	Participação sobre o VAB Total			Participação do VAB da Rgint sobre o VAB do Estado
	RMB	RGime	RGint	PA
2006				
Valor adicionado bruto Total	100,00%	100,00%	100,00%	50,54%
Valor adicionado bruto agropecuária	0,96%	3,78%	5,57%	2,81%
Valor adicionado bruto indústria	20,85%	23,80%	22,84%	11,54%
Valor adicionado bruto serviços exceto adm. Pública	62,42%	56,83%	54,43%	27,51%
Valor adicionado bruto Adm. Pública	15,77%	15,60%	17,16%	8,67%
2014				
Valor adicionado bruto Total	100,00%	100,00%	100,00%	42,25%
Valor adicionado bruto agropecuária	0,75%	3,11%	5,43%	2,30%
Valor adicionado bruto indústria	18,55%	20,56%	19,41%	8,20%
Valor adicionado bruto serviços exceto adm. Pública	62,69%	57,87%	54,72%	23,12%
Valor adicionado bruto Adm. Pública	18,02%	18,46%	20,44%	8,64%
2016				
Valor adicionado bruto Total	100,00%	100,00%	100,00%	42,82%
Valor adicionado bruto agropecuária	0,90%	3,61%	6,51%	2,79%
Valor adicionado bruto indústria	15,95%	19,09%	17,74%	7,60%
Valor adicionado bruto serviços exceto adm. Pública	62,76%	56,86%	53,47%	22,90%
Valor adicionado bruto Adm. Pública	20,39%	20,44%	22,27%	9,54%

¹ Em 2017 o IBGE criou um novo quadro regional brasileiro, com regiões geográficas denominadas de *imediatas* e *intermediárias*, que substituíram a antiga regionalização vigente desde 1989 e que organizava o país em mesorregiões e microrregiões. A parcela do território paraense que atualmente corresponde à Região Imediata (RGime) e Região Intermediária (RGint) da RMB inclui 23 municípios, que na regionalização anterior estavam incluídos na mesorregião Metropolitana de Belém e em aproximadamente 40% da antiga mesorregião do Nordeste Paraense.

Apesar de apresentar uma participação inferior sobre o VAB total, em comparação com o setor terciário, a administração pública corresponde ao setor da economia metropolitana que concentrou a maior parte dos vínculos da economia formal durante o período (Tabela 3), com 160 mil vínculos formais em média, excluindo desse cálculo os profissionais de educação e saúde, o que elevaria o total de vínculos ligados ao setor de serviços para aproximadamente 190 mil vínculos, o que representava aproximadamente 17% da População Economicamente Ativa da RMB e aproximadamente 31% do emprego formal, em 2016. O setor de serviços distributivos, por sua vez, concentrava pouco mais de 24% do emprego formal em 2016, o que representava cerca de 125 mil vínculos, com mais de 56% desse total concentrado no comércio varejista, enquanto a construção civil concentrou cerca de 5% do total de vínculos formais da economia metropolitana, com aproximadamente 30 mil empregos para o ano de 2016. Por fim, em termos de massa salarial, o funcionalismo público representou cerca de 50% dos salários pagos no ano de 2016, ficando, portanto, acima do setor de serviços distributivos e da construção civil, que concentraram em 2016, respectivamente, 9,98% e 3,47% da massa salarial.

Tabela 3 - Classificação do emprego, massa salarial e emprego formal, 2006; 2014; 2016.

Classificação das Atividades Econômicas	Distribuição do emprego formal (%)			Distribuição setorial da massa salarial (%)		
	2006	2014	2016	2006	2014	2016
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Agropecuária e extrativa	1,29%	1,18%	1,32%	0,77%	0,97%	1,00%
Agropecuária	95,06%	96,52%	97,90%	83,79%	86,96%	91,96%
Indústria Extrativa Mineral	3,22%	2,78%	1,77%	6,87%	9,37%	6,50%
Indústria Extrativa de petróleo e gás, carvão e outros combustíveis	1,72%	0,69%	0,33%	9,33%	3,67%	1,54%
Indústrias derivadas de atividades agropecuárias e extrativas	2,54%	2,31%	2,24%	1,91%	1,58%	1,44%
Indústrias ligadas à agropecuária	81,61%	76,93%	81,97%	83,96%	78,13%	82,14%
Indústrias ligadas à indústria extrativa	18,39%	23,07%	18,03%	16,04%	21,87%	17,86%
Indústria de baixa e média-baixa tecnologia	4,34%	2,34%	1,91%	2,70%	1,40%	1,18%
Indústria de baixa intensidade tecnológica	84,63%	68,66%	68,69%	84,13%	66,70%	68,16%
Indústria de média-baixa intensidade tecnológica	15,37%	31,34%	31,31%	15,87%	33,30%	31,84%
Indústria de média-alta e alta tecnologia	0,38%	0,48%	0,48%	0,30%	0,41%	0,41%
Indústria de média-alta intensidade tecnológica	95,32%	97,91%	99,42%	96,97%	97,81%	99,58%
Indústria de alta intensidade tecnológica	4,68%	2,09%	0,58%	3,03%	2,19%	0,42%
Construção	4,74%	7,96%	5,95%	2,64%	4,64%	3,47%
Incorporação e atividades imobiliárias próprias	8,16%	10,63%	6,42%	9,71%	9,69%	6,77%
Construção de edifícios	48,98%	53,38%	57,30%	41,51%	52,60%	54,48%
Obras de infraestruturas	24,89%	16,22%	16,70%	32,75%	18,36%	19,20%
Serviços especializados para construção	17,97%	19,77%	19,58%	16,03%	19,35%	19,55%
Serviços industriais de utilidade pública	0,91%	1,05%	1,01%	1,45%	1,41%	1,49%
Serviços distributivos	24,11%	24,93%	24,82%	17,63%	15,76%	14,66%
Comércio e reparação de automóveis	5,88%	7,21%	6,61%	5,93%	8,49%	7,72%
Comércio atacadista	12,66%	14,07%	14,04%	11,77%	15,97%	16,64%
Comércio varejista	59,32%	56,05%	56,29%	41,14%	47,72%	48,42%
Transporte, armazenagem e distribuição	19,22%	20,42%	20,79%	20,58%	24,05%	23,55%
Telecomunicações e comunicação (exceto atividades de rádio e TV)	2,92%	2,24%	2,26%	20,58%	3,76%	3,66%
Serviços produtivos	9,00%	9,76%	9,37%	9,60%	10,23%	9,98%
Serviços Financeiros	20,69%	16,31%	17,62%	45,15%	34,32%	35,62%
Administração e comércio de imóveis	1,11%	1,69%	1,55%	0,42%	1,00%	0,87%
Serviços técnico-profissionais e científicos	19,63%	18,43%	19,51%	19,35%	22,65%	24,18%
Serviços de TI	4,43%	3,03%	3,65%	6,34%	5,67%	6,00%
Serviços de apoio à produção e serviços pessoais	54,14%	60,55%	57,67%	28,73%	36,36%	33,33%
organizações	10,22%	11,11%	12,33%	10,78%	12,07%	13,99%
Educação	43,80%	43,70%	43,31%	60,54%	62,35%	59,76%
Serviços de saúde e assistência social	32,85%	39,88%	42,46%	22,93%	27,92%	31,52%
Organizações associativas e organismos internacionais	23,35%	16,41%	14,23%	16,54%	9,72%	8,71%
Serviços Sociais - Administração Pública	35,34%	30,05%	30,99%	50,95%	48,89%	49,36%
Serviços Pessoais	7,14%	8,84%	9,59%	3,18%	4,23%	4,45%
Alojamento e alimentação	34,91%	32,50%	29,92%	32,93%	30,61%	28,57%
Atividades artísticas, culturais, esportivas e de rádio e televisão	10,72%	11,33%	11,02%	17,23%	19,37%	17,93%
Outras atividades de serviços pessoais	54,21%	56,10%	59,04%	49,70%	49,97%	53,48%
Serviços Domésticos	0,16%	0,07%	0,03%	0,14%	0,06%	0,02%

Mesmo sendo referentes ao ano de 2016, e por não captarem a informalidade, os dados dos vínculos empregatícios apontam para elementos estruturais importantes da economia metropolitana que podem auxiliar em uma primeira análise do impacto da pandemia na RMB. O mais significativo diz respeito à importância do funcionalismo público sobre a massa de salários da economia metropolitana, o que possivelmente sustentou a atividade em outros setores da economia urbana, já que não houve redução substancial dos salários do funcionalismo durante o tempo de suspensão de atividades nas instituições públicas. Isso pode ter gerado uma forma de amortecimento à crise

econômica capitaneada pela paralisação de outros setores, em especial o comércio atacadista, responsável por uma massa salarial de pouco mais de 15% do total.

Em outra frente, inferindo dados sobre a informalidade no mercado de trabalho da RMB, a PNAD Contínua do IBGE do último trimestre de 2019 indicou um percentual de pessoas que não contribuíam para a Previdência na ordem de 53% da PEA, o que representa cerca de 550 mil pessoas. Como a taxa desocupação para o mesmo período era de 12%, pode-se aventar, de forma muito resumida, que a informalidade na RMB pode concentrar cerca de 480 mil pessoas. Estes números corroboram os dados do auxílio emergencial do Governo Federal, no qual foram beneficiadas cerca de 700 mil pessoas na RMB, totalizando 517 milhões desde o início do programa. Esta é uma cifra que, em pouco mais de 3 meses de programa, representa aproximadamente 70% do total da massa de salário do funcionalismo público do ano de 2016.

Por fim, em um primeiro momento, os dados indicam que, se por um lado, o peso do salário do funcionalismo público pode ter permitido um amortecimento da crise econômica, por outro lado o apoio financeiro do Governo Federal, na forma do Auxílio Emergencial, se torna ainda mais crucial para sustentação da economia metropolitana. Essa condição dependente do Governo Federal para manter um nível mínimo de funcionamento da economia da RMB, evidencia os limites políticos que estão dispostos ao Governo do Estado, no que tange à manutenção das medidas de isolamento em um contexto adverso e de conflito com a gestão no nível Federal.

3. A Região Metropolitana de Belém: território e Covid-19

A Região Metropolitana de Belém (RMB) é há muito conhecida pelos indicadores urbanísticos, habitacionais e infraestruturais críticos. Região Metropolitana da primeira leva da definição formal no país, ainda em 1973, por Lei Complementar, a RMB hoje é composta por sete municípios² e teria, segundo estimativas do IBGE para o ano de 2019, 2,51 milhões de habitantes. Divulgação de resultados do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atestava que na capital os *aglomerados subnormais* eram majoritariamente localizados em setores censitários de maior número de domicílios, em áreas extensas e proporcionalmente de maiores densidades demográficas brutas, com áreas precárias contíguas. Belém, ainda, em termos municipais é notoriamente a capital brasileira com as mais precárias condições de infraestruturas de acordo com os dados do Censo Demográfico 2010 do IBGE que,

² Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara do Pará, Santa Izabel do Pará, Castanhal, com definições e inclusões de 1973 até 2011. Para detalhes, ver IPEA (2019).

metaforicamente, aponta que se trata de município que “apresentou condições menos desejáveis em todas as variáveis” (IBGE, 2010c, p. 46).

Tabela 4 - Estimativas populacionais municipais para o ano de 2019, para a Região Metropolitana de Belém; Censo Demográfico 2010 e Aglomerados Subnormais 2019 (número de domicílios em 2010 e 2019). Fonte: IBGE (2010a; 2019a; 2019b).

NOME DO MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA (2019)	POP. AGLOMERADOS SUBNORMAIS 2010	DOM. AGL. SUB. 2010	DOM. AGL. SUB. 2019
Ananindeua	530.598	288.611	12.922	76.146
Belém	1.492.745	758.524	369.177	225.577
Benevides	62.737	765	13.694	8.647
Castanhal	200.793	-	-	6.645
Marituba	131.521	83.368	27.413	23.587
Santa Bárbara do Pará	21.079	-	-	550
Santa Izabel do Pará	70.801	-	-	2.458
Total RMB	2.510.274	1.131.268	423.306	343.610

Do ponto de vista de políticas públicas, as intervenções em pequenos e grandes aglomerados subnormais são bastante diferenciadas. Em grandes áreas, por exemplo, podem ser necessárias profundas intervenções para melhorar a acessibilidade ao local de moradia, como a construção de planos inclinados, teleféricos ou a abertura de ruas, bem como a extensão de redes troncais de água, esgoto e energia para o interior das áreas. Em pequenos aglomerados os problemas de acessibilidade tendem a ser menos relevantes, assim como menos custosa a sua integração à infraestrutura da cidade formal. O Cartograma 1 ilustra esta diferença. A grande área contígua destacada em Belém (PA) abrigava 65 797 domicílios ocupados (268 085 habitantes) e estava localizada nas adjacências da área central de Belém. A origem deste aglomerado está ligada à ocupação de terrenos sujeitos a inundações periódicas de maré, em área pouco propícia à urbanização formal. Por outro lado, a história da urbanização do trecho mostrado da zona sul de São Paulo (SP) levou a formação de grande quantidade de pequenos aglomerados subnormais, espalhados no interior da cidade formal. Estes aglomerados ocupam partes de loteamentos e áreas não edificantes, como margem de córrego (IBGE, 2010b, p. 29).

Os *aglomerados subnormais* são áreas de moradia precária, com deficiências infraestruturais, irregularidades urbanística e fundiária e população de baixa renda, menos anos de escolaridade formal e maior contiguidade entre moradias (IBGE, 2010b). O problema dos aglomerados subnormais, localmente, também se reflete nas dimensões destes assentamentos. Desde o Censo Demográfico 2010, pelo menos, Belém é a capital

dos Estados que apresenta o maior percentual de aglomerados subnormais com mais de 1.000 domicílios particulares ocupados no país (IBGE, 2010b), em torno de 88%. Em 2019, Belém é também o município brasileiro acima de 750 mil habitantes com o maior percentual de domicílios ocupados em aglomerados subnormais, em relação ao total, cerca de 55,5% (IBGE, 2019b). Embora, segundo as estimativas do IBGE atualizadas para o ano de 2019, o quantitativo de domicílios metropolitanos em aglomerados subnormais tenha indicação de redução (Tabela), há ampliação da amostra destas áreas precárias, estendendo-se por todos os municípios componentes da Região Metropolitana de Belém (RMB), sanando uma questão conceitual e estatística em debate desde o ano censitário de 2010 e a divulgação de seus resultados.

Na escala metropolitana (Mapa 1), Belém figura como o 5º município brasileiro com o maior número absoluto de domicílios em aglomerados subnormais (225,5 mil), atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Manaus; municípios cujas populações são, respectivamente, em 821%, 450%, 192% e 146% daquela que Belém apresenta (IBGE, 2019b). Avaliando municípios brasileiros por faixa de população em 2019 e por percentual de domicílios em aglomerados subnormais, alguns dos municípios metropolitanos figuram nas primeiras posições. Para a faixa de população entre 350 mil e 750 mil habitantes, Ananindeua se encontra na 2ª posição quanto ao percentual de domicílios em aglomerados subnormais em relação ao total (cerca de 53,5%); para a faixa entre 100 mil e 350 mil habitantes, Marituba é o 1º em percentual de domicílios situados em aglomerados subnormais (61,2%)³; para municípios com população entre 50 mil e 100 mil habitantes, Benevides é o 2º com maior percentual de domicílios em aglomerados subnormais (42,7%). Considerando o percentual total de domicílios em aglomerados subnormais nos municípios brasileiros, Marituba em 2019 encontra-se na terceira posição, com 61,2%; lembre-se que o mesmo município foi citado no Censo Demográfico 2010 como aquele com o maior percentual do Brasil metropolitano em termos do número de domicílios em aglomerados subnormais, 77% (IBGE, 2010b; 2019b). Belém, em 2019, seria o 5º município brasileiro com o maior percentual de domicílios em aglomerados subnormais, seguido por Ananindeua em 6º e Benevides em 9º.

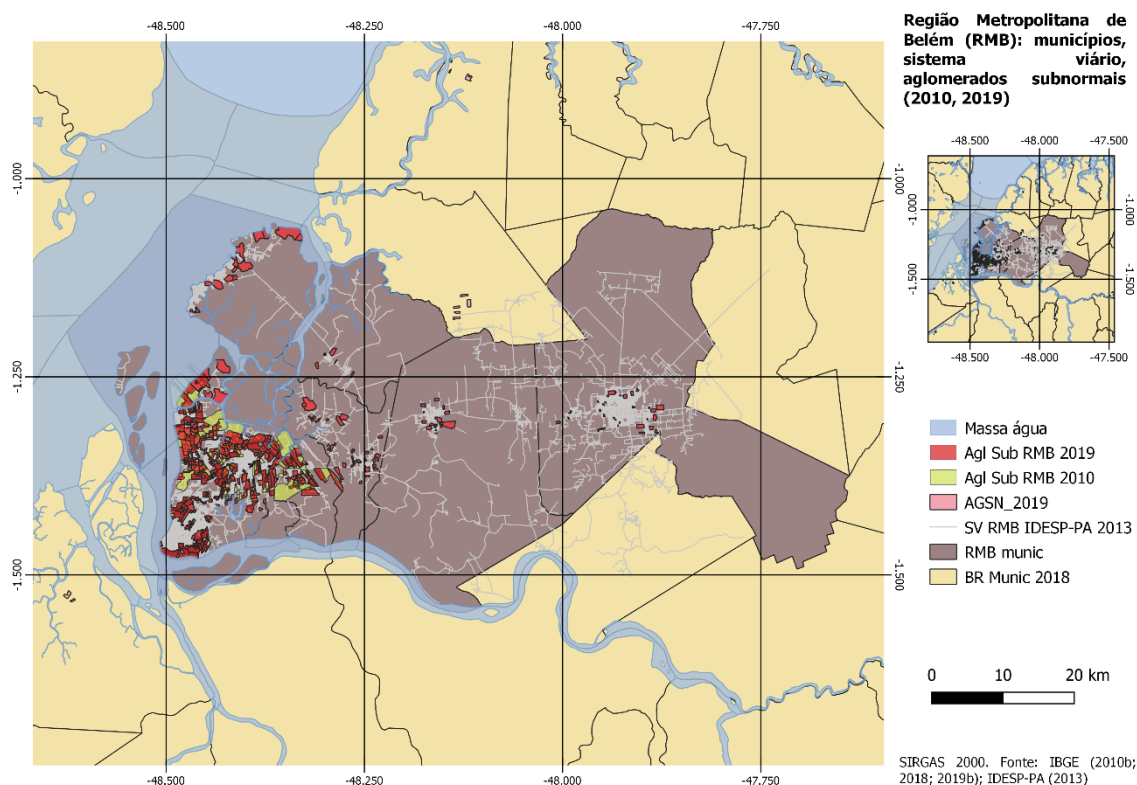
A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2, causador da doença chamada Covid-19) teria tido início em registros mundiais a partir do mês de dezembro de 2019, caracterizada por uma síndrome respiratória associada a microtrombos vasculares e, ocasionalmente, a processos afetos a manifestações de outra natureza - neurológica,

³ Em 3º lugar nesta faixa de população encontra-se o município de Tucuruí, no Sudeste do Pará, que sedia a Usina Hidrelétrica de Tucuruí, empreendimento energético da ditadura militar inaugurado nos anos 1970, com 40% de domicílios em aglomerados subnormais em 2019 (IBGE, 2019b).

renal, psiquiátrica, sensorial, dermatológica, dentre outras (OPAS, 2020). A transmissão ocorreria por “[...] contato próximo através de gotículas respiratórias, por contato direto com pessoas infectadas, ou por contato com objetos e superfícies contaminados” (OPAS, 2020, p. 9).

As relações entre contágio e disseminação do novo coronavírus, a moradia precária, as condições ambientais e o saneamento são diretas. O próprio IBGE (2019b), agência brasileira de organização, coleta, produção e divulgação de dados estatísticos e demográficos oficiais, evidenciou a correlação entre o quadro pandêmico da doença e a criticidade das condições de assentamentos em condições *subnormais*. A deficiência em saneamento, a alta contiguidade espacial entre edificações e a densidade demográfica elevada são, em conjunto, fatores citados como causas desta relação (IBGE, 2019b). A Organização das Nações Unidas no Brasil, por sua vez, relaciona diretamente o risco de contaminação à falta de água e saneamento básico em geral (ONU, 27 abr. 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que aproximadamente 3 bilhões de pessoas no mundo atual não teriam acesso a água potável e sabão, considerados itens essenciais para as medidas de prevenção do contágio e propagação da COVID-19 (REDE BRASIL DO PACTO GLOBAL, abr. 2020). Contraditoriamente, no Brasil atual a discussão sobre acesso universal ao saneamento básico tem passado, na esfera da imprensa e da opinião pública, pelo debate sobre a *privatização* tratada como “alternativa”. O formato aprovado em junho de 2020 pelo Projeto de Lei 4162/2019, no Senado Federal, esvazia as possibilidades de subsídios cruzados, a prestação de serviços públicos de saneamento e a gestão pública com controle social dos fluxos da água em cidades e regiões, induzindo a sucateamento ainda maior às companhias estaduais do setor (BRITTO, 2019). Deve ser acrescentado a isso o problema evidente das camadas de financiamento e agregação de valor comparáveis entre a prestação direta de serviço público e a prestação privada, em que, além do custo operacional e da remuneração de capital por investimento, soma-se a rentabilidade, isto é, uma camada a mais no valor final, com evidente impacto tarifário e exclusão social previsível.



Mapa 1 - RMB; limites municipais, sistema viário, delimitações de aglomerados subnormais para 2010 e 2019. Fonte: IBGE (2010b; 2018; 2019b); IDESP-PA (2013).

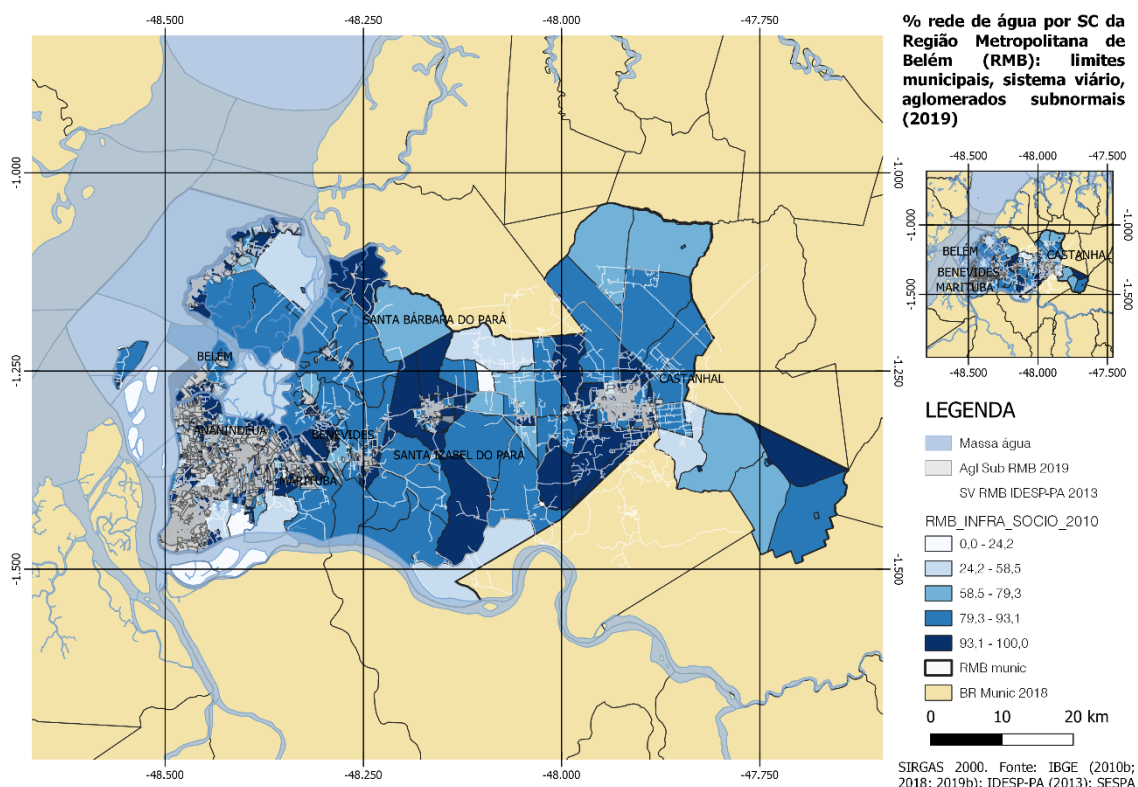
Em Belém e Região Metropolitana o problema de acesso ao saneamento básico é também crítico (Mapa 2; Tabela 5), como ocorre com outras variáveis infraestruturais e domiciliares mais diretamente ligadas às condições de moradia. Segundo as características urbanísticas do entorno dos domicílios do Censo Demográfico 2010 do IBGE, o município de Belém se situa, em média, com as piores condições de infraestrutura urbana do país dentre aqueles com população acima de 1 milhão de habitantes (IBGE, 2010c; tabela 2). Quanto às variáveis estratégicas para o saneamento como *meio-fio/guia*; *esgoto a céu aberto* ou *lixo nos logradouros*, a capital paraense figura nas piores condições dentre os quinze municípios de população superior a 1 milhão de habitantes registrados em 2010.

Tabela 5 - Pesquisa de Condições Urbanísticas do Entorno dos Domicílios do IBGE mostrava, em 2010, que Belém é o município milionário em população com as mais precárias condições médias de infraestrutura urbana do país; percentuais de atendimento dos domicílios e colocação dentre 15 municípios oscila entre as primeiras colocações no caso de variáveis negativas e últimas colocações em variáveis de caráter negativo. Fonte: IBGE (2010c).

Variável	Percentual do total de domicílios	Colocação entre 15 municípios com mais de 1 milhão de habitantes (2010)
Identificação do logradouro	35,5	15

Iluminação pública	93,7	15
Pavimentação	69,6	15
Meio-fio/guia de drenagem	53,1	15
Calçada	51,2	15
Rampa para acessibilidade	2,7	10
Arborização	22,4	15
Bueiro/boca-de-lobo	53,2	7
Esgoto a céu aberto	44,5	1
Lixo nos logradouros	10,4	1

No aspecto da disseminação da pandemia, além dos preponderantes aspectos socioeconômicos que impedem em caráter virtualmente definitivo o isolamento social da força de trabalho informal, autônoma e/ou pobre, a dimensão da infraestrutura pode ser vista como fator colaborativo relevante.



Mapa 2 - Percentual de atendimento de rede de água potável por setor censitário (SC) no território da RMB, segundo dados do Censo Demográfico 2010. Fonte: IBGE (2010).

Na Região Metropolitana de Belém (RMB) há cerca de 65% de atendimento de domicílios por rede de água potável, segundo dados (em grande parte autodeclaratórios) do Censo Demográfico 2010 do IBGE (2010; Tabela 6). As coberturas médias mais altas estariam em Benevides e Santa Bárbara do Pará, municípios com zonas rurais com

representatividade econômica e de menor porte em termos populacionais. Por outro lado, enquanto metrópoles brasileiras em média apresentam 92% (Tabela 6) de domicílios ligados à rede de água potável, a RMB oscila entre as faixas dos 35% a 90%, sendo uma RM majoritariamente urbana, o que não justificaria soluções alternativas ou microssistemas individualizados como tecnologia predominante. Municípios metropolitanos com condições habitacionais e urbanísticas críticas há décadas, como Ananindeua e Marituba também possuem percentuais relativos baixos. O uso expressivo de poços sem licenciamento ambiental, de baixa profundidade, indica baixa cobertura espacial das redes públicas e alta vulnerabilidade ambiental, o que obviamente potencializa riscos de contaminação em geral, tanto da água a ser consumida quanto de indivíduos.

Tabela 6 - Número de domicílios e domicílios atendidos por abastecimento de água potável na solução rede de abastecimento, RMB, Censo Demográfico 2010. Fonte: IBGE (2010).

Municípios e Região Metropolitana de Belém (PA)	Forma de abastecimento de água		
	Total	Rede geral de distribuição	% Total
Ananindeua (PA)	123170	45031	36,56%
Belém (PA)	362981	276847	76,27%
Benevides (PA)	7744	6787	87,64%
Castanhal (PA)	40691	18602	45,72%
Marituba (PA)	26063	10348	39,70%
Santa Bárbara do Pará (PA)	1389	1141	82,15%
Santa Izabel do Pará (PA)	11640	8895	76,42%
RM Belém (PA)	532987	349049	65,49%
Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010.			

Considerando Regiões Metropolitanas com número de domicílios situados em faixas semelhantes à da Região Metropolitana de Belém (RMB), nota-se grande discrepância nos índices de cobertura de rede pública de água potável (Tabela 7). Na Grande Vitória, no Espírito Santo, com 93% dos domicílios da RMB, 98% dos domicílios estão ligados na rede de água. Do mesmo modo, a Baixada Santista, em São Paulo, com 87% do quantitativo de domicílios da RMB, também apresenta cobertura de rede pública de água potável de 98%. Mesmo a Região Metropolitana de Goiânia, maior do que a RMB quanto ao número de domicílios em 25%, apresenta 84% de cobertura de rede de água. O descompasso de décadas dos indicadores infraestruturais e sociais da RMB se reflete de modo grave neste momento e se faz manifestar na disseminação da Covid-19 e

na vulnerabilidade a outras patologias, inclusive aquelas que não se relacionam diretamente com a veiculação hídrica.

A Organização das Nações Unidas (ONU), juntamente com diversas organizações internacionais, e brasileiras, vêm reforçando a importância do nexo entre acesso a água potável e os Direitos Humanos, o que é claramente impactante no contexto da pandemia de Covid-19. Especificamente, o impacto da pandemia de Covid-19 seria maior em populações residentes em favelas, aglomerados subnormais, assentamentos precários e similares (ONU, 25 mar. 2020). Os pobres, pelas dificuldades de acesso ao saneamento básico e a ações simples, como a lavagem das mãos e o acesso a água de qualidade no domicílio, seriam portanto mais penalizados (ONU, op. cit.) Neste contexto de moradia precária, especificamente, seriam mais de 2 bilhões de pessoas, hoje, no mundo (Idem, op. cit.)

Tabela 7 - Percentuais e número de domicílios atendidos por rede pública de abastecimento de água potável nas Regiões Metropolitanas Brasileiras identificadas pelo IBGE no Censo Demográfico 2010. Fonte: IBGE (2010a).

Região Metropolitana	Forma de abastecimento de água		
	Total	Rede geral de distribuição	% total
Manaus (AM)	492951	380095	77,11%
Belém (PA)	532987	349049	65,49%
Macapá (AP)	98485	53562	54,39%
Grande São Luís (MA)	328720	251037	76,37%
Sudoeste Maranhense (MA)	79505	74594	93,82%
Fortaleza (CE)	943180	858974	91,07%
Cariri (CE)	121741	115222	94,65%
Natal (RN)	349296	339053	97,07%
João Pessoa (PB)	313880	295181	94,04%
Campina Grande (PB)	162296	153765	94,74%
Recife (PE)	843964	721395	85,48%
Maceió (AL)	311207	236573	76,02%
Agreste (AL)	93938	78016	83,05%
Aracaju (SE)	237255	231637	97,63%
Salvador (BA)	837810	821211	98,02%
Belo Horizonte (MG)	1583441	1559948	98,52%
Vale do Aço (MG)	169222	152444	90,09%

Grande Vitória (ES)	496603	487012	98,07%
Rio de Janeiro (RJ)	3580894	3125191	87,27%
São Paulo (SP)	5660691	5584974	98,66%
Baixada Santista (SP)	466542	457254	98,01%
Campinas (SP)	824371	810069	98,27%
Curitiba (PR)	907984	895151	98,59%
Londrina (PR)	243707	239678	98,35%
Maringá (PR)	211062	202442	95,92%
Florianópolis (SC)	307571	288914	93,93%
Norte/Nordeste Catarinense (SC)	260503	248413	95,36%
Vale do Itajaí (SC)	190266	174618	91,78%
Carbonífera (SC)	130171	115157	88,47%
Foz do Rio Itajaí (SC)	140331	135013	96,21%
Tubarão (SC)	89173	77894	87,35%
Chapecó (SC)	100092	85632	85,55%
Lages (SC)	91019	87548	96,19%
Porto Alegre (RS)	1256608	1147588	91,32%
Vale do Rio Cuiabá (MT)	255479	234316	91,72%
Goiânia (GO)	670300	566973	84,58%
RMs Brasil Censo 2010	23383245	21635593	92,53%
Fonte: IBGE - Censo Demográfico			

No caso específico da Região Metropolitana de Belém, na maioria de seu território, a Companhia de Saneamento do Pará (COSANPA, principal concessionária do setor no Estado e na Região Metropolitana de Belém) suspendeu as ações de corte de fornecimento de água durante a pandemia de Covid-19, por determinação de Decreto Governamental, do Governo do Estado do Pará (COSANPA, 20 mar. 2020). Deve ser assinalado que a concessionária ainda não implantou a tarifa social entre seus usuários, tendo criado uma categoria de natureza popular de consumo de água, intitulada “R-1”, com consumo presumido e taxa única, mensal.

Retomando o problema da relação entre as condições ambientais, habitacionais, urbanísticas e sanitárias, os aglomerados subnormais de Belém e Região Metropolitana, por apresentarem frequentes características de maior contiguidade, indicam piores

condições de circulação de ar, de acessibilidade espacial e de insolação direta (IBGE, 2010b). A localização recorrente das áreas precárias de formação mais antiga, em planícies de inundação de rios locais (IBGE, op. cit.), expõe a população a frequentes alagamentos e inundações sazonais, com exposição a doenças de veiculação hídrica e perdas materiais e humanas. Pelos dados do Censo Demográfico 2010, a Região Metropolitana de Belém tem 52,5% de seus domicílios situados em aglomerados subnormais, com 53,9% de sua população residente nestas áreas (IBGE, 2010b); os maiores percentuais metropolitanos do país. O município de Belém abriga cerca de 66% dos domicílios metropolitanos em aglomerados subnormais, neste período (Idem, op. cit.) Estas áreas apresentam 52% de sua população composta por mulheres e 48% por homens. Sua média de moradores por domicílio, de 3,92, é 4% maior do que os 3,76 médios da capital e RMB (Idem, op. cit.)

Condições de pobreza se agravam nestes contextos, uma vez que nos domicílios de populações pobres costuma ocorrer, em média, maior taxa de dependência e perfil etário mais jovem, características que, em uma economia e mercado de trabalho desiguais, tendem a reproduzir desigualdades (ROCHA, 2005; 2013). Em Belém, 48% da população tem idade até 14 anos; mulheres possuem rendimento 22% abaixo da média municipal, enquanto homens têm rendimento 25% acima desta média; pessoas brancas têm renda 46% superior à média municipal; pessoas pretas possuem rendimentos 20% menores do que a média; pessoas pardas ganham 17% a menos do que em média no município (IBGE, 2010a). Na Região Metropolitana de Belém (Tabela 8; Gráfico 1) estes níveis de desigualdade se distribuem: homens brancos possuem renda 67% superior à média metropolitana e 15% superior à média das pessoas brancas em geral. Por sua vez, mulheres negras têm renda 33% inferior à média metropolitana e 19% inferior à média das pessoas negras em geral. Mulheres brancas na RMB têm renda 19% superior à média metropolitana; mulheres pardas têm renda 26% inferior à média metropolitana.

Tabela 8 - Rendimentos médios nominais da população da RMB, por sexo e raça/cor; mulheres negras e pardas apresentam as maiores desigualdades socioeconômicas. Fonte: IBGE (2010a).

RMB: Rendimento nominal médio mensal, por sexo e raça/cor	Sexo	Renda (R\$)	% total sexo	% média RMB
	Total	1310,67	100%	100%
	Homens	1446,56	110%	110%
	Mulheres	1128,2	86%	86%
Branca	Total	1908	100%	146%
	Homens	2193,9	115%	167%
	Mulheres	1565,46	82%	119%
Preta	Total	1078,15	100%	82%

	Homens	1202,79	112%	92%
	Mulheres	873,35	81%	67%
Amarela	Total	1517,01	100%	116%
	Homens	1867,43	123%	142%
	Mulheres	1200,43	79%	92%
Parda	Total	1104,08	100%	84%
	Homens	1200,49	109%	92%
	Mulheres	971,34	88%	74%
Indígena	Total	1404,76	100%	107%
	Homens	1515,75	108%	116%
	Mulheres	1308,98	93%	100%
Sem declaração	Total	-	-	-
	Homens	-	-	-
	Mulheres	-	-	-

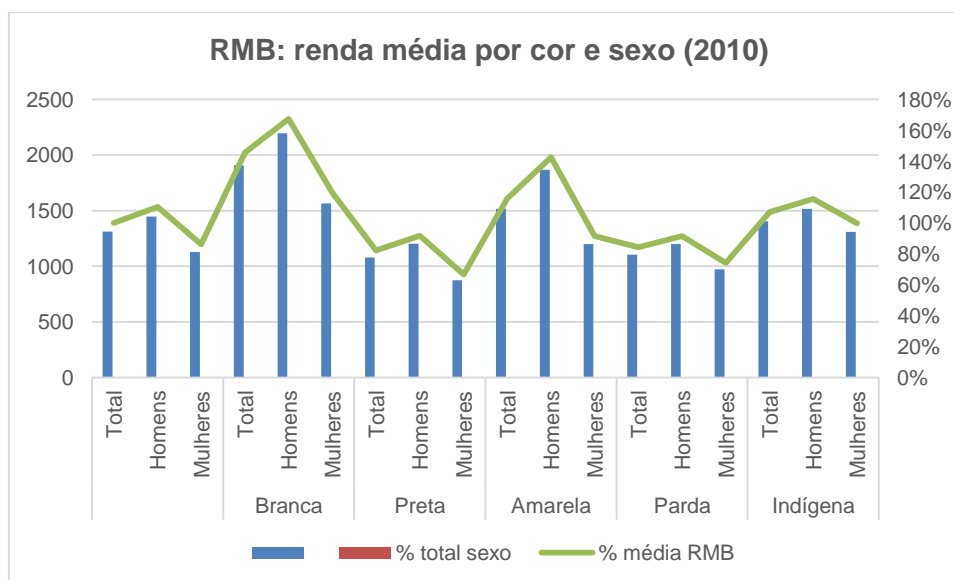


Gráfico 1 - Renda média nominal por raça/cor e sexo na população da RMB. Fonte: IBGE (2010a).

3.1 Pontos gerais da pandemia de Covid-19 no Pará

A média de idade dos casos confirmados de Covid-19 no Pará até 06 de julho de 2020 é de 42 anos, com desvio-padrão 18 (anos); a *moda estatística* é de 37, próxima da média, portanto. Os casos registrados cobrem pessoas de idades entre os 117 anos (um homem em Santarém, região do Baixo Amazonas) até 0 anos (SESPA, 06 jul. 2020). Em dados de 06/07/2020, os casos confirmados da Região Metropolitana de Belém (RMB) somavam aproximadamente 29,9 mil, dos quais 70% em Belém, 15% em Ananindeua e 5% em Castanhal (Tabela 9). A mais alta taxa de letalidade, quantidade de óbitos em

relação ao número de casos confirmados da doença, ocorreu em Castanhal, com 10,5% dos casos, seguida por Marituba, com aproximadamente 9% dos casos confirmados (Mapa 3). Marituba, outrora município metropolitano com o maior contingente de domicílios situados em aglomerados subnormais do país (77% do total, segundo o Censo Demográfico 2010), continua com expressiva população em condições habitacionais precárias, enquanto Castanhal passou a figurar nas estatísticas oficiais com domicílios em aglomerados subnormais – tendo sido objeto de liberação de funcionamento do comércio classificado como atividade não-essencial e posterior fechamento em função da lotação de leitos nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) locais. O caso tornou-se localmente célebre.

[...] O fechamento do comércio atende à recomendação do Ministério Público do Pará (MPPA), acatada pela prefeitura municipal e associação comercial-industrial de Castanhal.

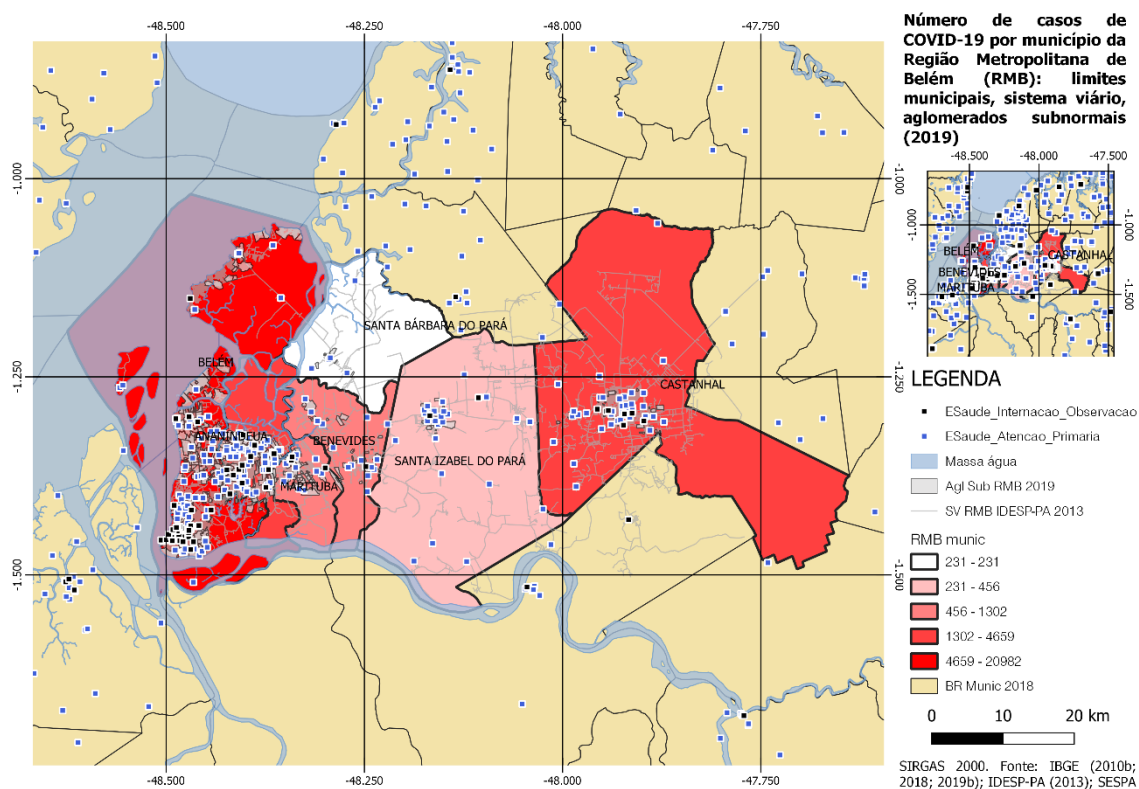
Somente farmácias, supermercados, feiras, postos de combustíveis, e outros serviços essenciais continuam funcionando. O uso de máscaras é obrigatório em locais públicos para evitar contaminação.

Colapso

O município já vive colapso no sistema de saúde. As unidades de pronto atendimento, hospitais públicos e municipais já não têm mais respiradores, nem leitos de Unidade de Tratamento Intensiva (UTI) para atender pessoas com sintomas da Covid-19. Muitas pessoas estão sendo tratadas em casa (G1 Pará, 01 mai. 2020).

Tabela 9 - Casos de Covid-19 por município da RMB; taxa de letalidade, percentuais sobre a população municipal em 2019 e sobre o contingente metropolitano de casos confirmados. Fontes: IBGE (2019a); SESPA (06 jul. 2020).

Município	Casos	% casos RMB	% pop. Munic. 2019	Letalidade
Ananindeua	4.659	15,60%	0,88%	7,19%
Belém	20.982	70,10%	1,41%	9,29%
Benevides	1.302	4,30%	2,08%	3,92%
Castanhal	1.628	5,40%	0,81%	10,50%
Marituba	684	2,30%	0,52%	8,92%
Santa Bárbara do Pará	231	0,80%	1,10%	4,76%
Santa Izabel do Pará	456	1,50%	0,64%	7,02%
TOTAL	29.942	100,00%	1,19%	7,37%



Mapa 3 - Espacialização do número de casos de COVID-19 por município da RMB, com plotagem dos EAS indicados pela atualização dos Aglomerados Subnormais 2019 do IBGE. Fontes: IBGE (2018; 2019b); IDESP-PA (2013); SESP (06 jul. 2020).

Levantamento feito em conjunto com lideranças comunitárias e de bairro em assentamentos precários da Região Metropolitana de Belém (RMB) atestaram diversas dificuldades no curso da pandemia de Covid-19. A intermitência do fornecimento de água vinha prejudicando, usualmente, estes locais de moradia, e persistiu entre os meses de março a julho de 2020, na vigência dos Decretos Estadual e Municipais que definiram as regras de isolamento social, a separação entre atividades essenciais e não-essenciais e as ações de combate à pandemia. O desemprego foi relatado como fator de preocupação, e alta incidência entre a população moradora de áreas precárias, relacionado à suspensão de funcionamento de estabelecimentos diversos (indústria, comércio, serviços). Segundo os relatos, mesmo as ações institucionais previstas por Prefeituras Municipais, como a distribuição de material de limpeza e higiene pessoal, seria restrita a poucas famílias e domicílios, sem divulgação entre a população em geral. Os relatos foram originados nos municípios metropolitanos de Belém, Ananindeua e Marituba.

O Governo do Estado do Pará foi indicado por moradoras-líderes e moradores como instância com maior presença assistencial e de resolução quanto às políticas de enfrentamento da pandemia e de auxílio à população. Por outro lado, as ações estaduais

foram identificadas ainda como insuficientes frente à grande demanda local. São citadas, e demandadas, embora não atendidas, demandas por auxílio-aluguel, auxílio-moradia e alternativas de crédito e seguro-desemprego durante a pandemia.

Quanto ao chamado Auxílio Emergencial da Caixa Econômica Federal⁴, embora a maioria da população mapeada, e representada pelas lideranças, tenha informado o recebimento do benefício, há relatos frequentes entre estes moradores quanto à demora para liberação, dificuldades com acesso à internet e sucessivos resultados negativos quando da candidatura das pessoas requerentes no sistema eletrônico da Caixa Econômica Federal. As dificuldades de acesso a internet são generalizadas, relatadas como problemas já sérios anteriormente à pandemia, agravados em um contexto em que pedidos de entrega a domicílio se fazem mais frequentes e necessários, bem como atividades à distância, como aquelas relacionadas a educação, saúde, sociabilidade e assistência social. A internet, inclusive, é citada como um bem de alto custo pela população local de assentamentos precários.

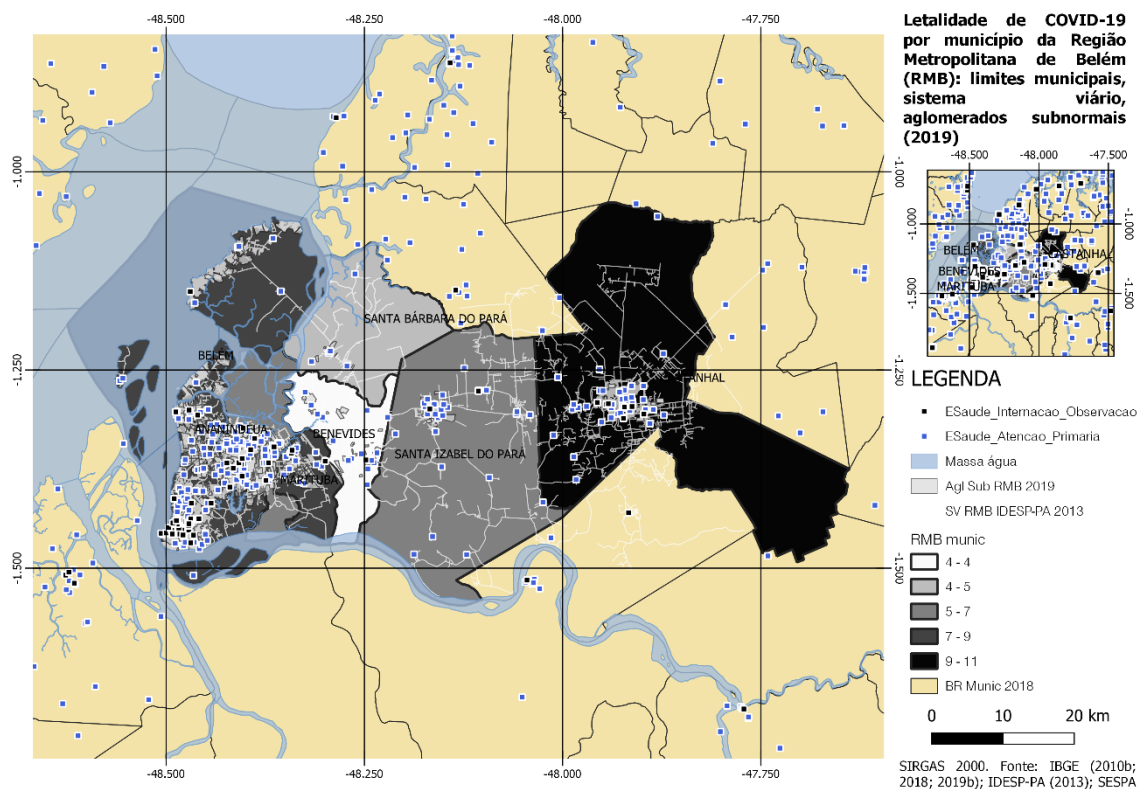
As ações públicas de serviços urbanos como coleta de lixo, limpeza urbana, desobstrução da rede de drenagem e dragagem de rios e canais urbanos são identificadas com as áreas nobres das cidades, restando bem mais ocasionais, raras, nas periferias urbanas e áreas periurbanas. Relatos semelhantes foram feitos a propósito das alterações na malha de transporte público por ônibus durante a pandemia; embora o Sindicato Patronal do setor informe queda de 65% a 73% nos meses de março a julho no fluxo de passageiros nos ônibus metropolitanos (SETRANSBEL, 2020), moradores de áreas precárias informam que a frequência de veículos, já historicamente deficiente, tornou-se virtualmente episódica durante a pandemia. Em termos concretos, a deficiência de linhas de ônibus em áreas favelizadas, com frequência de veículos proporcionalmente menor em relação às áreas centrais dos municípios metropolitanos, teria sido agravada durante a pandemia, prejudicando o fluxo da população e suas atividades. Como de praxe, a Patronal emite declarações de que o setor está “[...] à beira do colapso” (Idem, op. cit.), demandando ações governamentais de subsídio a um setor cuja liquidez, na Região Metropolitana de Belém, é das mais notáveis dentre todas as atividades econômicas locais, em vista da permanência do pagamento em dinheiro dentro dos veículos durante das viagens.

Quanto aos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde (EAS), as áreas de moradia precária apresentaram relatos de saturação do sistema público, principalmente no acesso às Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) na

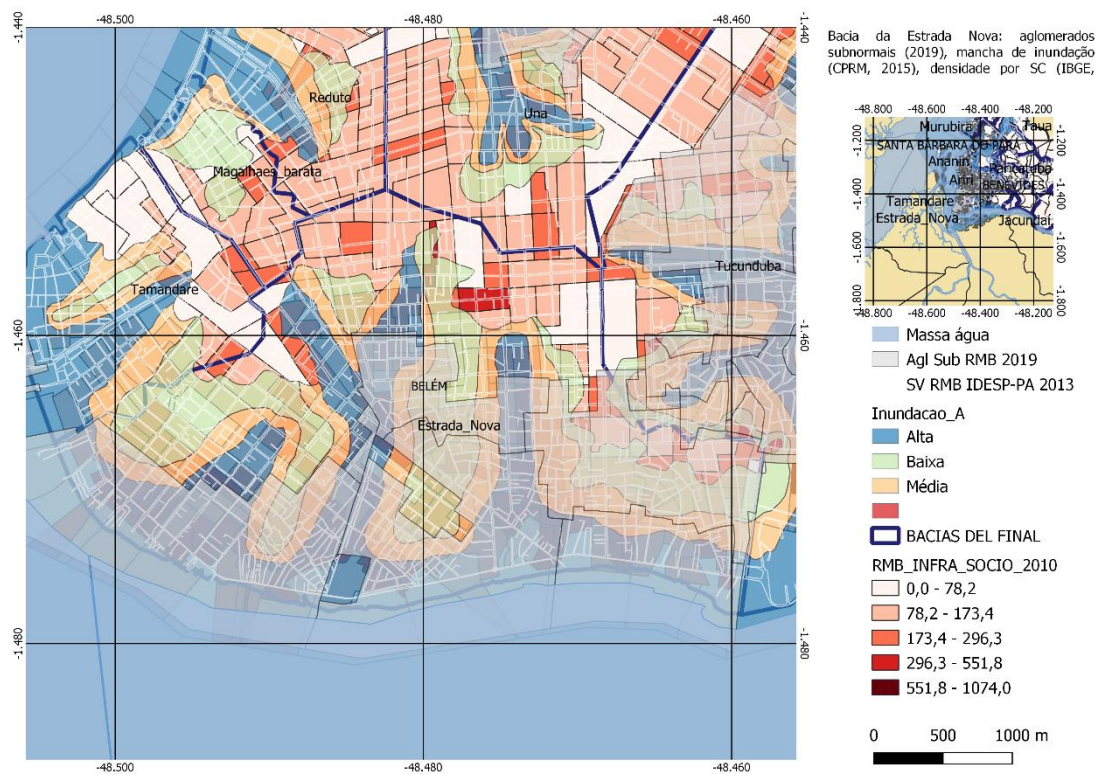
⁴ Segundo a Caixa Econômica Federal, o Auxílio Emergencial seria um benefício financeiro destinado a trabalhadores informais empreendedores individuais e trabalhadores autônomos, bem como a pessoas desempregadas, visando a proteção social durante a pandemia do novo Coronavírus, causador da Covid-19 (<https://auxilio.caixa.gov.br/#/inicio>) (CAIXA, 2020).

Região Metropolitana de Belém (RMB). Por outro lado, os relatos atestam que os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) têm sido eficazes em seus encaminhamentos e ações durante a pandemia, inclusive intervindo favoravelmente à população, dentro de suas atribuições. Nos EAS locais, relatos informam que o procedimento médico, sobretudo no auge da pandemia de Covid-19, era a minimização do quadro clínico de pacientes com suspeita da doença, internando ou reservando maca em ambulatórios ou leitos hospitalares ou de observação apenas em casos considerados extremamente graves de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sintomática tratada pela saúde pública do Brasil como correlata à Covid-19 em 96% dos casos (INFOGRIPE, 18 jul. 2020). A testagem de casos suspeitos é relatada como baixa pela população moradora de áreas precárias.

Ações policiais, como toques de recolher dados por viaturas da Polícia Militar, revistas, entrada em domicílios sem mandado judicial, típicas durante todo o ano, continuam a ocorrer, segundo tais relatos. Em paralelo, o problema de segurança se estende também ao domicílio e à família, uma vez que o isolamento social tem provocado sensível aumento de casos de violência doméstica, em que maridos, pais e padrastos praticam estupro e agressões físicas e psicológicas direcionadas a mulheres e meninas. Os relatos informam a insuficiência do mecanismo do número telefônico de denúncia da violência contra a mulher. A Defensoria Pública do Estado do Pará foi citada por uma moradora como instituição de defesa de mulheres vítima de violência. Detenções consideradas arbitrárias e violência exacerbada contra mulheres negras constam destes relatos.



Mapa 4 - Espacialização da taxa de letalidade de COVID-19 por município da RMB, com plotagem dos EAS indicados pela atualização dos Aglomerados Subnormais 2019 do IBGE. Fontes: IBGE (2018; 2019b); IDESP-PA (2013); SESPA (06 jul. 2020).



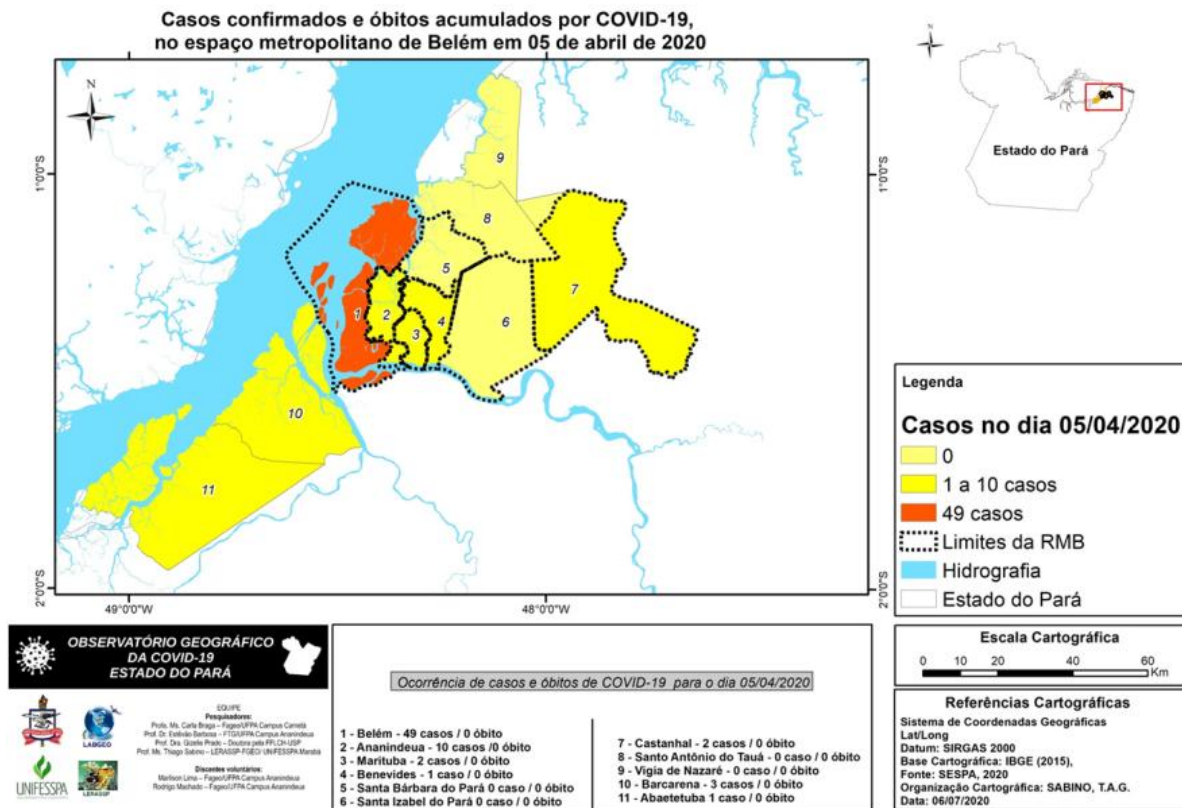
Mapa 5 - A área da Bacia da Estrada Nova, no Sul de Belém, é a região demograficamente mais densa da RMB, com aglomerados subnormais contíguos e extensas áreas alagáveis.

4. Distribuição geográfica da COVID-19

Os casos de COVID-19 no Estado do Pará (Mapa 6) ainda se encontram relativamente concentrados no município de Belém e, por conseguinte, em sua Região Metropolitana. O município de Belém teve seu primeiro caso confirmado no dia 18 de março de 2020, sendo este também o primeiro caso do Estado do Pará. Segundo informações divulgadas pela Secretaria de Saúde Pública do Pará (SESPA), trata-se de um caso importado de São Paulo e Rio de Janeiro. Após ser testado com o novo coronavírus, o paciente procedeu ao tratamento em isolamento domiciliar, conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (PARÁ, 2020a).

No dia 30 de março de 2020 o Estado do Pará reconheceu que novos casos registrados da COVID-19 ocorreram por *transmissão comunitária*, ou seja, quando não é possível mais rastrear a origem da infecção⁵. Nesse momento, Belém registrava 17 casos, enquanto o Pará atingia 62 casos da COVID-19, representando média de 27 % em relação ao resto do Estado. A partir desta data, se intensifica a proliferação do vírus para outros municípios da RMB e aqueles localizados na área de influência do espaço metropolitano (Mapa 6), pressionando a gestão pública para a tomada de ações estratégicas que contenham a disseminação da doença para as demais Regiões do Estado.

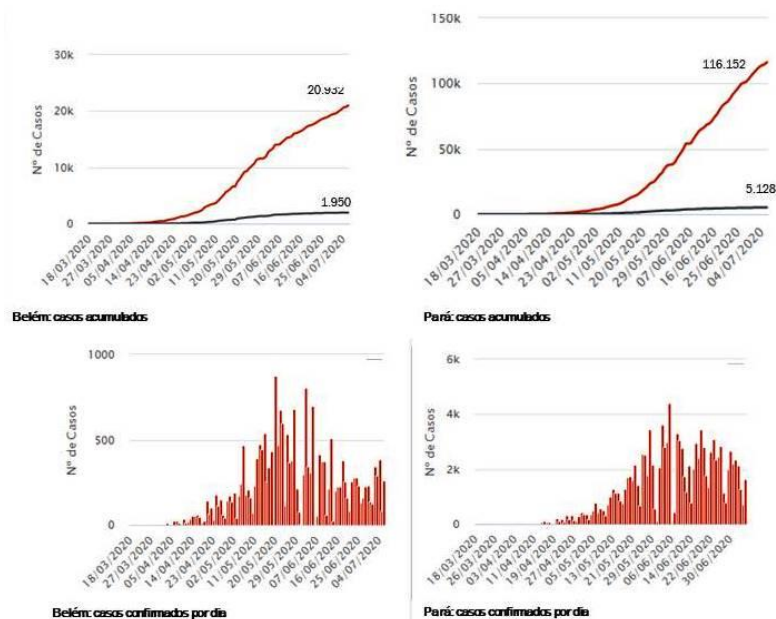
⁵ Segundo o *Dicionário Epidemiologia, Saúde Pública e Zoonoses* da Universidade de São Paulo, “A pandemia ocorre quando uma doença que estava em certa região (que era considerada uma epidemia) começa a se espalhar de maneira descontrolada pelos continentes ou até pelo mundo. Ou seja, ela é uma epidemia que se alastra descontroladamente, matando um grande número de pessoas. Um exemplo bastante comum de pandemia é a AIDS. O vírus ebola (que leva à uma doença altamente contagiosa e mortal) ainda não é considerado uma pandemia, mas possui grandes chances de se tornar uma no futuro” (FMVZ USP, 2016).



Mapa 6 - RMB e espaço metropolitano de Belém: casos confirmados e óbitos da COVID-19 até o dia 05 de abril de 2020. Fonte: SESPA (2020); IBGE (2018).

A partir do dia 30 de março até o dia 08 de maio de 2020, a curva ascendente dos infectados registrados em Belém foi superior à do restante do Pará. Após esse período, verifica-se ainda um grande crescimento na capital, no entanto os números indicaram que o vírus começava a se difundir também nos municípios do interior do Estado, sobretudo nas regiões Nordeste e na Região Sul e Sudeste do Pará. Em relação à evolução dos dados absolutos em Belém, verifica-se a intensificação dos casos a partir do dia 15 de abril, quando a curva dos casos confirmados se tornou ainda mais vertical, com variação muitas vezes superior a 100 casos em um único dia. Em 06 de maio o aumento de novos confirmados em um único dia foi o maior até então registrado, com 465 casos. A partir do dia 11 deste mês, esta variação oscilou, em média de 10%, chegando a registrar, no dia 19 de maio, 2.696 novos casos. Até o dia 06/07/2020 Belém já havia registrado 20.932 casos enquanto o Pará registrava 116.152 casos do novo coronavírus, conforme é possível verificar a seguir (Gráfico 2), o que representa a evolução de casos da COVID-19 em Belém e no Estado do Pará.

Gráfico 2 - Evolução dos casos de COVID-19 em Belém e no Pará até 06 de julho de 2020. Fonte: SESP (2020).

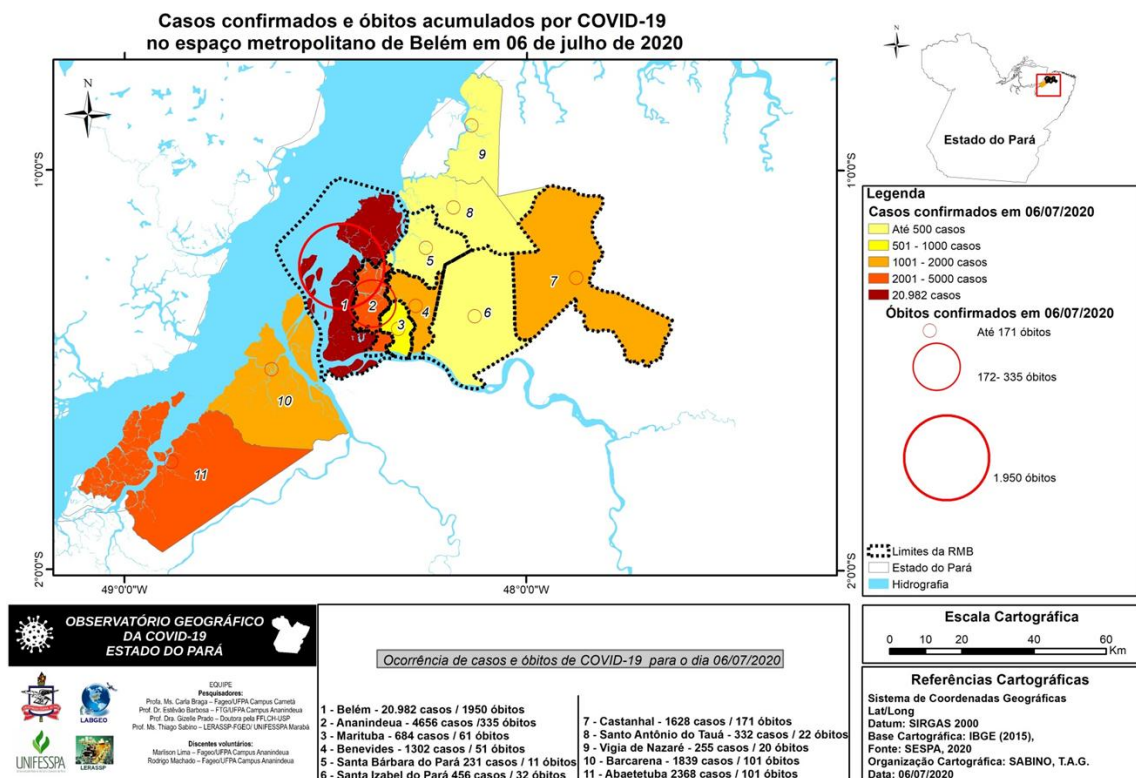


No que tange ao percentual dos casos confirmados nos municípios da RMB em relação aos demais municípios paraenses, tomando como base os dados da SESP, no dia 05 abril de 2020 os municípios da RMB representavam expressivos 74% dos casos confirmados no Estado. Ampliando para os demais municípios que estão na área de influência do espaço metropolitano o percentual atingido seria de 79%. Por estes números é possível analisar que a doença chega no Pará por Belém, e da capital se dispersa primeiramente pelos municípios metropolitanos.

Tal hipótese se confirma nos dados da SESP do dia 06/07/2020, quando Belém representava, em valores percentuais, 18,06% dos casos confirmados do Estado; Ananindeua, município metropolitano conurbado a Belém, 4,01%; a soma de todos os sete municípios da RMB representou 25,8% dos casos estaduais da COVID-19, e 51% das vítimas em óbito. Acrescentando os demais municípios do espaço metropolitano totalizou-se 30% dos casos, e 55% de óbitos do Pará, conforme é possível verificar a seguir (Mapa 7; Tabela 10).

Tabela 10 - Casos acumulados e óbitos na RMB e espaço metropolitano até o dia 06 de julho de 2020 Fonte: SESP (2020).

Municípios	Casos confirmados		Óbitos	
	05 de abril	05 de abril	06 de julho	06 de julho
Belém	49	0	20.982	1.950
Ananindeua	10	0	4.656	335
Marituba	1	0	684	61
Benevides	2	0	1302	51
Sta. Bárbara do Pará	0	0	231	11
Sta. Izabel do Pará	0	0	456	32
Castanhal	2	0	1.628	171
Sto. Antônio do Tauá	0	0	332	22
Vigia	0	0	255	20
Barcarena	3	0	1.839	101
Abaetetuba	1	0	2.368	101
Total RMB	64	0	29.939	2.611
EMB	68	0	34.733	2.855
Pará	86	1	116.152	5.128

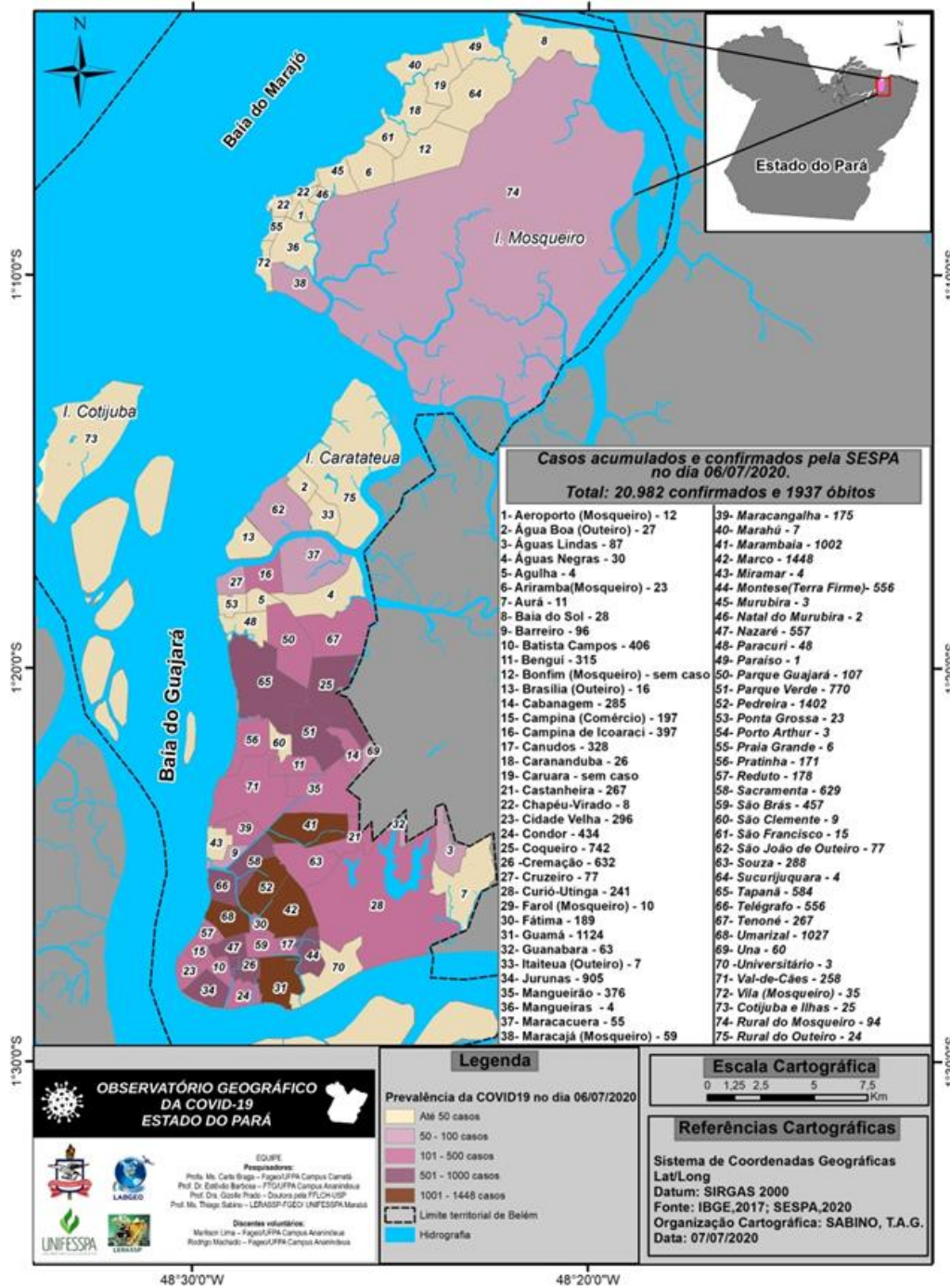


Mapa 7 - RMB e espaço metropolitano de Belém: casos confirmados e óbitos da COVID-19 até o dia 06 de julho de 2020. Fonte: SESP (2020); IBGE (2018).

Em relação à espacialização do vírus pelos bairros de Belém, constatou-se que a maior incidência de casos do COVID-19 continua sendo na área da 1ª Léguas Patrimonial⁶, com destaque para os bairros da Pedreira, Marco, Umarizal e Guamá (o mais populoso da Região Metropolitana), que já contabilizaram, no dia 06 de junho, mais de 1000 casos. Já os bairros do Jurunas, Montese (permeado por aglomerados subnormais), Telégrafo, Sacramento, Nazaré e Cremação têm médias elevadas de proliferação, no intervalo de 500 a 1000 casos. Para além da 1ª Léguas, destaca-se o bairro da Marambaia, na área de transição, com mais de 1000 casos já confirmados (SESPA, 2020). A seguir é possível verificar o acumulado de casos por bairro (Mapa 8).

⁶ A Primeira Léguas Patrimonial é uma área aproximada de 4.110 ha, com traçado de uma léguas em formato de arco quadrante, partindo do Forte do Presépio, primeiro núcleo de ocupação territorial de Belém, iniciada no século XVII.

Casos confirmados da COVID-19 pela SESPA, nos bairros de Belém, no dia 06/07/2020 às 20 h.



Mapa 8 - Bairros de Belém: casos confirmados da COVID-19 até o dia 06 de julho de 2020. Fonte: SESPA (2020); IBGE (2018).

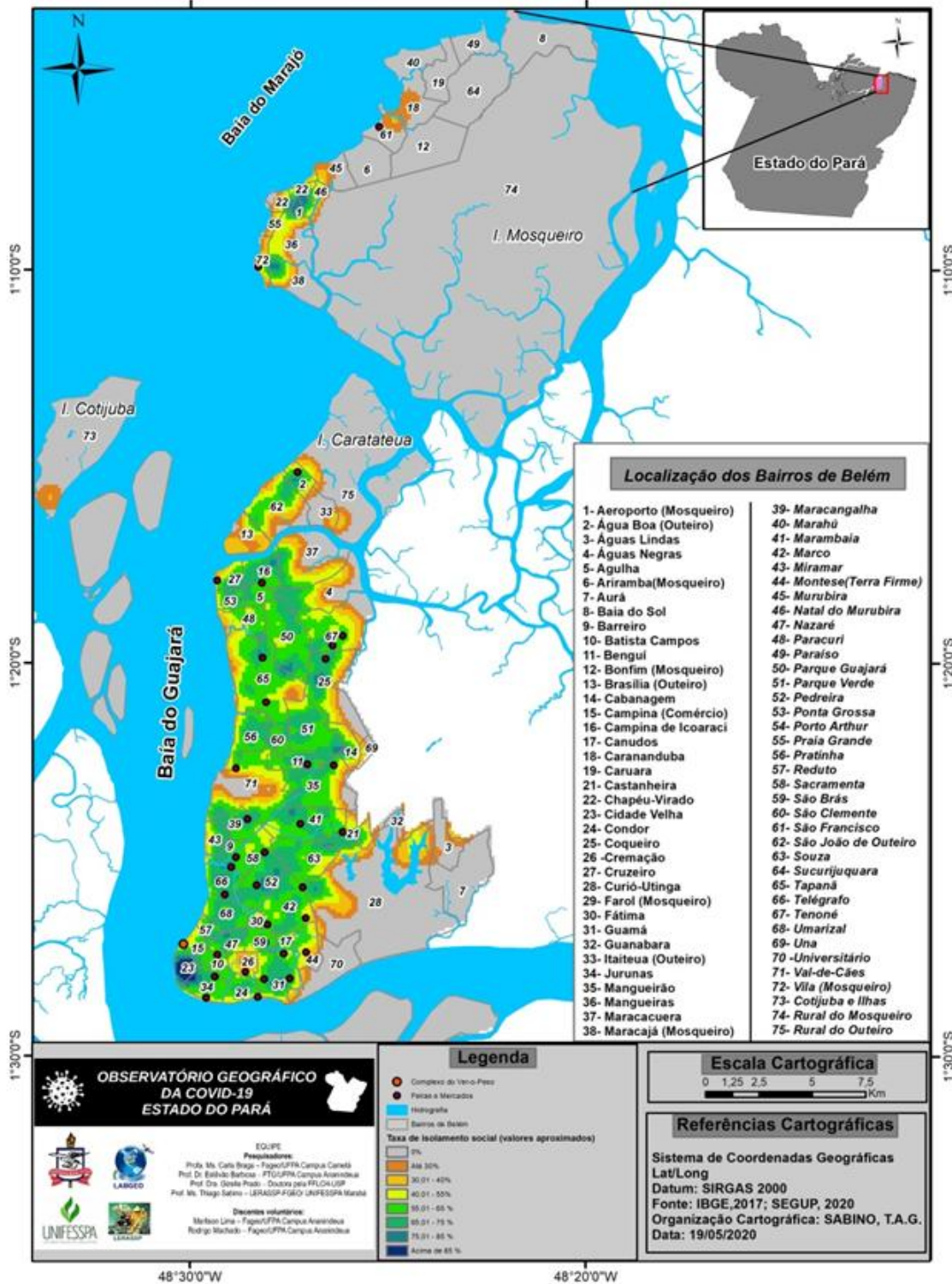
Entretanto, sabendo que a subnotificação é uma realidade nacional, ressalta-se que esses dados não revelam a verdadeira dimensão socioespacial da pandemia em Belém e na RMB. Em estudo publicado na revista *Science*, observa-se que para cada

pessoa testada positivamente com COVID-19, estima-se que o número real de casos pode ser de cinco a trinta vezes maior que o divulgado oficialmente (LI et al., 2020).

A realidade de Belém reforça essa ideia. O município possui diversos fatores de desigualdades que contribuíram para uma grande proliferação da doença na população, que vai desde aqueles relacionados com a precarização da infraestrutura no território até a questão econômica. Assim, os baixos indicadores sociais, a baixa renda da maioria da população e o grande número de pessoas inseridas no setor informal da economia induziram a níveis de isolamento social na capital sempre abaixo de 60%, quando o recomendado pela OMS seria de 70%. É justamente nos bairros da periferia e nas proximidades das Feiras e Mercados Públicos que este índice registrou maior movimentação e aglomeração de pessoas, mesmo no período sob efeito do decreto de *lockdown*⁷, conforme pode ser atestado no Mapa 9.

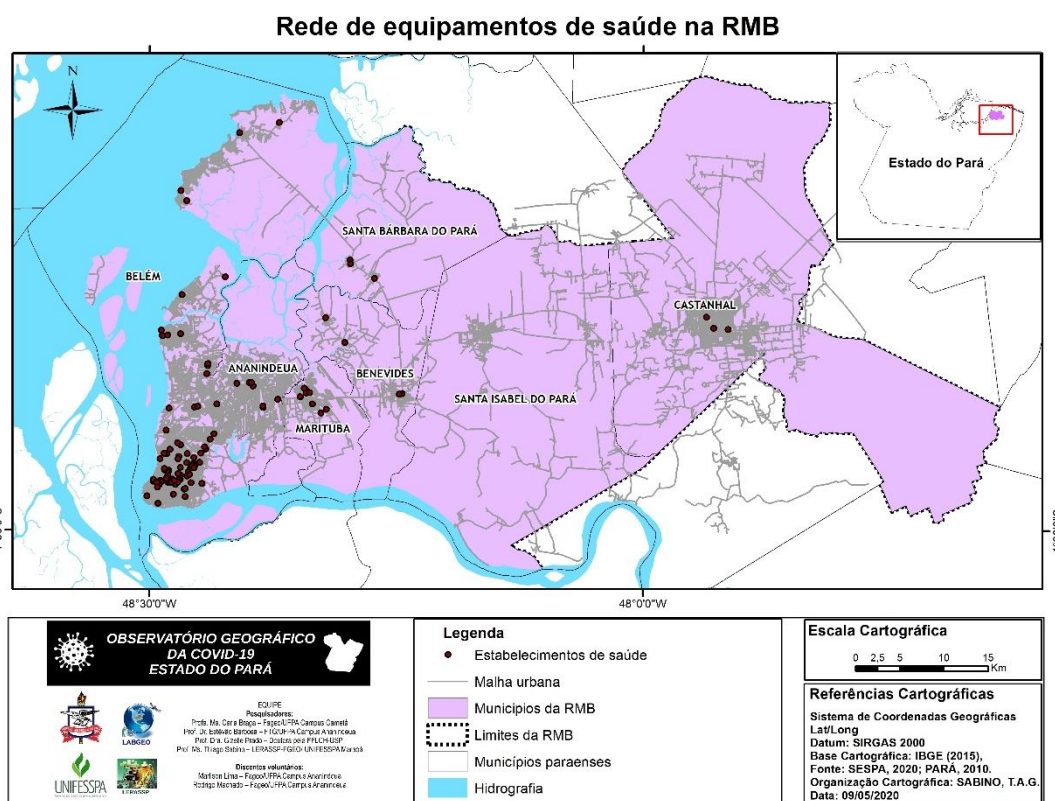
⁷ DECRETO ESTADUAL Nº 729, de 5 de maio de 2020, que dispõe sobre a suspensão total de atividades não essenciais, no âmbito dos Municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Castanhal, Santa Isabel do Pará, Santa Bárbara do Pará, Breves, Vigia e Santo Antônio do Tauá visando a contenção do avanço descontrolado da pandemia do corona vírus COVID-19. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) caracteriza o chamado *lockdown* como “distanciamento social mais restritivo”, que “[...] a conjugação de isolamento dos casos, quarentena de contatos e medidas amplas de distanciamento social, principalmente aquelas que reduzem em pelo menos 60% os contatos sociais, tem o potencial de diminuir a transmissão da doença [...]” (CNS, 2020)

Mapa de isolamento social, nos bairros de Belém, no dia 16/05/2020, com média de 55,1%



Mapa 9 - Bairros de Belém: isolamento social no dia 16 de maio de 2020. Fonte: SEGUP (2020); IBGE (2018).

No que se refere à concentração dos estabelecimentos de saúde na RMB, percebe-se novamente uma grande concentração na capital, sobretudo na área que corresponde à Primeira Léngua Patrimonial. Nesta área estão localizados os hospitais de alta e média complexidade da região e, também, é onde o Governo do Pará instalou o hospital de campanha para servir de retaguarda dos casos de baixa e média gravidade da RMB, Nordeste Paraense e porção oriental do Marajó. No período dos meses de abril e maio de 2020, a imprensa divulgou constantemente a grande taxa de ocupação dos leitos clínicos e leitos de UTI na RMB, provocando forte pressão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) local. Em contrapartida, o Governo do Pará resolveu tornar alguns hospitais *portas abertas*, sem a procedimental triagem de pacientes por especialidade e mediante encaminhamento de outros Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Somente no final do mês de junho de 2020, inaugurou-se parcialmente o Hospital Regional de Castanhal, município metropolitano, para ajudar no atendimento dos casos do município e daqueles oriundos da região Nordeste Paraense. No Mapa é possível identificar a localização desses equipamentos na Região Metropolitana de Belém.



Mapa 10 - RMB: Equipamentos de saúde. Fonte: DATASUS (2019).

Nesse sentido, a partir desses elementos apresentados, algumas hipóteses são colocadas para justificar a alta incidência da pandemia em Belém e no conjunto dos municípios da RMB:

- I. Houve grande subnotificação de vários bairros da periferia desses municípios, o que de certo modo contribuiu para que o vírus se alastrasse com maior velocidade nestas áreas, em razão, sobretudo, das condições de vulnerabilidade social da maioria da população;
- II. A burocracia na liberação do auxílio emergencial, que não é difícil de verificar por ocasião das enormes filas que se formaram na frente das agências da Caixa Econômica Federal, provocou grandes aglomerações de pessoas, expondo-as ao risco de contágio;
- III. A elevada incidência de casos positivos do novo coronavírus nos bairros centrais, moradia da elite e da classe média alta, é confirmada porque muitos estão pagando para realizar o teste nos laboratórios privados, a um valor de 200 a 300 Reais, em média. Em alguns casos, como já noticiado na mídia, pessoas de alto poder aquisitivo deixam o Estado em AERO-UTI, a fim de buscar atendimento em Brasília e em São Paulo. No momento crítico, que ocorreu entre os dias 20 de abril e 10 de maio, alguns hospitais da rede privada fecharam suas portas e os usuários dos planos de saúde buscaram atendimento no hospital de campanha, situado no Hangar Centro de Convenções, ou no hospital regional Aberlado Santos, no distrito de Icoaraci, ambos públicos.
- IV. A proximidade da rede hospitalar em relação ao domicílio do paciente também é um fator notável, inclusive abordado pelo IBGE em sua atualização prévia da estatística e da cartografia dos Aglomerados Subnormais para o ano de 2019. Não é à toa que Jurunas, Guamá e Sacramenta, bairros da periferia próxima, com grande concentração de pessoas e que dispõem de rede de atendimento de saúde (prontos-socorros, UMSs e UPAs), estão entre os bairros com grande índice de pessoas infectadas pelo novo coronavírus, o que inclui a possibilidade de diagnóstico clínico, hipótese lamentavelmente não disponível para toda a população. No oposto, os bairros do Barreiro, Aurá, Pratinha e boa parte do distrito de Icoaraci aparecem ainda com baixa ocorrência nos dados oficiais. Tais diferenças entre bairros é sentida também pelo restante dos municípios da RMB, apesar de não haver dados disponíveis pela SESPA ou prefeituras municipais para afirmar essa contestação;
- V. Aliás, a transparência dos dados oficiais divulgados pela SESPA e secretarias de saúde dos municípios tem sido outro problema. Alguns dados importantes, como

a presença de leitos de UTI por município, a taxa de letalidade por bairro (Região Metropolitana de Belém), bem como as informações da rede pública que, em grande medida, está recebendo os infectados pela COVID-19, não estão disponibilizados de maneira eficiente no site da referida Secretaria, sendo alguns desses disponíveis de forma mais detalhada apenas para o município de Belém.

Referências

AGAMBEN, Giorgio; ZIZEK, Slavoj; NANCY, Jean Luc; BERARDI, Franco; PETIT, Santiago; BUTLER, Judith; BADIOU, Alain; HARVEY, David; HAN, Byung-Chul; ZIBECHI, Raúl; GALINDO, María; GABRIEL, Markus; GONZÁLEZ, Gustavo; MANRIQUE, Patricia; PRECIADO, Paul. Sopa de Wuhan. Buenos Aires: Pablo Amadeo / ASPO, 2020.

BRASIL. Metas e bases para a ação de governo. Brasília: Presidência da República, 1970.

BRITTO, Ana Lúcia Nogueira de Paiva. Água e esgoto: uma privatização selvagem. **Outras Palavras**. Cidades em transe. São Paulo, 27 jun. 2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/cidadesemtranse/agua-e-esgoto-uma-privatizacao-selvagem/>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

CAIXA (Caixa Econômica Federal). Auxílio Emergencial do Governo Federal. Brasília: Caixa Econômica Federal, 2020. Disponível em: www.auxilio.caixa.gov.br. Acesso em: 26 jul. 2020.

CARDOSO, A.; SILVA, H.; MELO, A.; FERNANDES, D. Urban Tropical Forest: Where Nature and Human Settlements are Assets for Overcoming Dependency, but how can Urbanisation Theories identify these potentials? In: HORN, P., D'ALENÇON, P.; CARDOSO, A. (eds.), **Emerging Urban Spaces**. Cham: Springer, 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57816-3_9.

CNS (Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde). Recomendação n.º 036, de 11 de maio de 2020. Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (*lockdown*), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingido níveis críticos. Brasília: CNS, 2020. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendac-a-o-n-036-de-11-de-maio-de-2020>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

COSANPA (Companhia de Saneamento do Pará). Cortes no fornecimento de água por falta de pagamento estão suspensos por 90 dias. Belém: COSANPA, 20 mar. 2020. Disponível em: <http://www.cosanpa.pa.gov.br/noticias/cortes-no-fornecimento-de-agua-por-falta-de-pagamento-estao-suspensos-por-90-dias/>. Acesso em: 26 jul. 2020.

FEARNSIDE, Philip. Will the next coronavirus come from Amazonia? Deforestation and the risk of infectious diseases (commentary). Mongabay, 08 Abril 2020. Disponível em: <<https://news.mongabay.com/2020/04/will-the-next-coronavirus-come-from-amazonia-deforestation-and-the-risk-of-infectious-diseases-commentary/>>. (Acessado em: 13 Mai 2020).

FMVZ USP (Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo). **Dicionário de Epidemiologia, Saúde Pública e Zoonoses**. São Paulo: USP, 2016. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/glossary/view.php?id=895978>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

G1 PARÁ; Rede Liberal; Rede Globo de Comunicação. Após entrar em colapso na saúde, Castanhal decreta fechamento do comércio não essencial. Medida foi recomendada pelo (MPPA). Somente farmácias, supermercados e outros serviços essenciais continuam funcionando. Belém: G1 PA, 01 mai. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2020/05/01/apos-entrar-em-colapso-na-saude-castanhal-decreta-fechamento-do-comercio-nao-essencial.ghtml>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

GOMES, Taynara; CARDOSO, Ana Claudia. POLÍTICAS PÚBLICAS CRUZADAS: PRESERVAR, QUEIMAR OU (PARA) CONSTRUIR - O CASO DE ALTER DO CHÃO EM SANTARÉM (PA). Texto submetido ao XIV Colóquio Quapá-Sel (2020) - evento adiado em função da pandemia de Covid-19.

HECKENBERGER, Michael. The ecology of power. Culture, place and personhood in Southern Amazon, AD 1000-200. London/ New York: Routledge, 2005.

HENRIQUE, Márcio Couto. Sem Vieira Nem Pombal, índios na Amazônia do Século XIX. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 mai. 2020.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Aglomerados subnormais. Primeiros resultados. 259 f. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

_____. **Características urbanísticas do entorno dos domicílios**. 171 f. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

_____. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2019 enviadas ao Tribunal de Contas da União. Rio de Janeiro: IBGE, 2019a. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 07 mai. 2020.

_____. **Agglomerados subnormais 2019**: classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19. 33 f. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b.

IDESP-PA (Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Estado do Pará; Governo do Estado do Pará; Núcleo de Estudos Urbanos). Base de dados do Núcleo de Estudos Urbanos do Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Estado do Pará (NEUR/IDESP-PA). Belém: IDESP-PA, 2013. CD-ROM. [Base de dados; cartografia digital.]

INFOGRIPE, Sistema; Fundação Oswaldo Cruz; Ministério da Saúde. Boletim semanal, semana 29 de 2020. 28 f. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 18 jul. 2020. Disponível em: https://gitlab.procc.fiocruz.br/mave/repo/-/blob/master/Boletins%20do%20InfoGripe/Boletim_InfoGripe_atual.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Governança Metropolitana no Brasil. INCT Políticas Públicas e Desenvolvimento Territorial. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: <<http://brasilmetropolitano.ipea.gov.br>>. Acesso em: 07 mai. 2020.

ISAA – Instituto Socio Ambiental. Cataclismo Biológico. Disponível em https://cdn.knightlab.com/libs/timeline3/latest/embed/index.html?source=11tdo2k1udOyHymGFBPV3fewpbs1nNMZllp59-fQC8Lo&font=Default&lang=en&initial_zoom=2.

ISAb - Instituto Socio Ambiental. ... Disponível em <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/projeto-belo-sun-coloca-amazonia-brasileira-em-risco-de-contaminacao>.

ISAc - Instituto Socio Ambiental. ... Disponível em <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/linha-do-tempo-a-omissao-do-governo-na-tragedia-indigena>.

(<https://www.cartadebelem.org.br/regularizacao-ambiental-e-fundiaria/>)

ISAd - Instituto Socio Ambiental. ... Disponível em <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/aumento-de-desmatamento-e-queimadas-deve-piorar-crise-de-covid-19-no-xingu>).

ISAE - Instituto Socio Ambiental. ... Disponível em <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/mais-um-guajajara-tomba-ate-quando>

ISAF - Instituto Socio Ambiental. ... Disponível em <https://www.socioambiental.org/pt-br/blog/blog-do-isa/liminar-do-stf-obriga-governo-a-proteger-povos-indigenas-durante-a-pandemia>

LAURINDO JUNIOR, Luiz Carlos. A cidade de Camilo: escravidão urbana em Belém do Grão Pará (1871-1888). 2012. 209 f. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém.

MBEMBE, Achille. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MEDEIROS, Sara. Comunicação verbal. Santarém: FASE Amazônia, Julho /2020.

MIRANDA, Thales. A ilusão da Igualdade. Natureza, Justiça Ambiental e Racismo em Belém. 2020. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e urbanismo. Universidade Federal do Pará. Belém.

MONTEIRO, Artur, SANTOS, Lucas. Covid-19 e a crescente fragilidade da Amazônia Brasileira (mimeo) 2020.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Acesso à água é fundamental para combater propagação da COVID-19 em áreas de favela.** Rio de Janeiro: UNIC Rio, 25 mar. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acesso-a-agua-e-fundamental-para-combater-propagacao-da-covid-19-em-areas-de-favela/> . Acesso em: 26 jul. 2020.

_____. Pacto Global discute importância do saneamento básico na luta contra o novo coronavírus. Brasília-DF: Nações Unidas Brasil, 27 abr. 2020. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pacto-global-discute-importancia-do-saneamento-basico-na-luta-contra-o-novo-coronavirus/>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde). **Manejo clínico da COVID-19.** Orientação provisória. 64 f. Washington/DC/EUA: OPAS, 27 mai. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52285/OPASWBRACOV19-1920075_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 jul. 2020.

ROCHA, Sônia. Impacto sobre a pobreza dos novos programas federais de transferência de renda. **Revista Economia contemporânea**, Rio de Janeiro, 9(1): 153-185, jan./abr. 2005.

_____. Pobreza no Brasil. A evolução de longo prazo (1970-2011). 52 f. **Anais: XXV Fórum Nacional O Brasil de Amanhã.** Rio de Janeiro, 13-16 mai. 2013. [Série Estudos e Pesquisas, 492].

SALDIVA, Paulo. **Vida urbana e saúde.** São Paulo: Contexto, 2018.

SARGES, Maria de Nazaré. Memórias do "velho" intendente: Antônio Lemos - 1869-1973. 1998. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SESPA (Secretaria de Saúde Pública; Governo do Estado do Pará). **Coronavírus no Estado do Pará.** Belém: SESPA, 06 jul. 2020. Disponível em: <<https://www.covid-19.pa.gov.br/public/dashboard/41777953-93bf-4a46-b9c2-3cf4ccef3c9>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

SETRANSBEL (Sindicato das Empresas de Transportes de Passageiros de Belém). Esclarecimento público. Belém: SETRANSBEL, 2020. Disponível em: <http://www2.passefacil.com.br>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SGAMBATTI Monteiro, A., Lima dos Santos, L. (2020): Covid-19 and the increasing fragility of the Brazilian Amazon. - IASS Discussion Paper, May 2020. <https://doi.org/10.2312/iass.2020.020>

SPOSITO, M. E. ; ELIAS, D. ; SOARES, B. R. (Org.) . Agentes econômicos e reestruturação urbana e regional: Marabá e Los Angeles. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica: 2016.

VECCHIONE, Marcela; CAMPOS, André; SANTOS, Maureen. A política ambiental do governo brasileiro e os impactos na agenda internacional do país. Fase Conviva. 22 de julho, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=yEmzW64QMCs>.

UJVARI, Stefan. Pandemias - A humanidade em risco. São Paulo: Contexto, 2011.

BORGES, Pedro. Pandemia impacta a vida de quilombolas no Pará. Alma Preta. Realidade. 01 de maio de 2020. Disponível em <https://almapreta.com/editorias/realidade/pandemia-impacta-a-vida-de-quilombolas-do-para>.

VENTURA NETO, Raul. A (Trans) formação socioespacial da Amazônia: Floresta, Rentismo e Periferia. 2017. 297 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

ANÁLISE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE (RMBH)

Gemilson Soares da Silva Segundo
Renato Barbosa Fontes
Jupira Gomes de Mendonça
Luciana Teixeira de Andrade

Belo Horizonte
Julho de 2020



OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES NÚCLEO BELO HORIZONTE

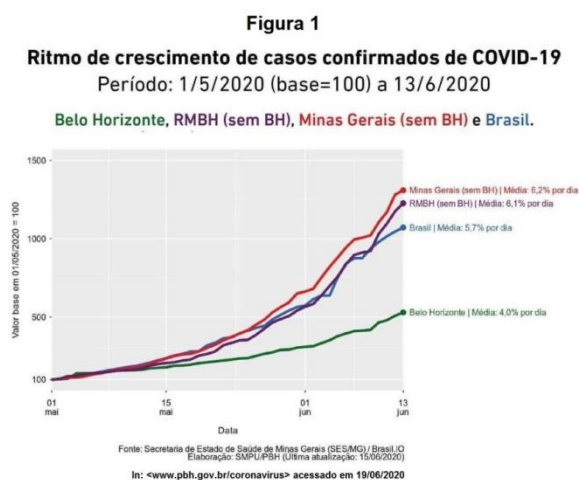
Este dossiê tem como objetivo traçar, de forma sintética, um panorama da pandemia da Covid-19 na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) e das ações do poder público e da sociedade civil de combate à disseminação do vírus e seus impactos. Por se tratar de um fenômeno novo e ainda em curso, as políticas para combatê-lo estão constantemente sendo revistas. No que se refere às estatísticas, as mudanças são diárias além dos problemas de subnotificação e de quantidades de testes realizados, o que tem levado a diferenças significativas entre os municípios, as quais vão além das condições sociais e demográficas, e que serão discutidas adiante. Portanto, o que aqui se apresentará é um retrato específico do fenômeno em um dado momento do tempo, entre maio e junho de 2020.

A RMBH concentra aproximadamente 6 milhões de habitantes (segundo estimativa do IBGE para 2018), distribuídos em 34 municípios. Trata-se de um aglomerado com grandes diferenças intrarregionais, tanto no que diz respeito à infraestrutura, equipamentos e serviços urbanos, quanto em relação à distribuição de rendas e às finanças municipais, o que determina condições muito diversas para o enfrentamento da atual pandemia. Os efeitos que este evento provoca, além das especificidades de saúde pública, devem ser considerados como um agravamento das crises que estavam em curso antes da propagação do vírus, como a crise econômica e política, além da crise habitacional, entre outras. A pandemia evidencia assimetrias sociais e expõe os mais pobres e vulneráveis. Assim, o modo como estão sendo configuradas as respostas imediatas tem efeitos nas medidas e ações de médio e longo prazos, o que exige combinar a gestão de riscos deste desastre (redução da exposição, redução das vulnerabilidades sociais, fortalecimento das capacidades de respostas para a vigilância e a atenção em saúde) com a governança para enfrentamento da pandemia (FREITAS *et al*, 2020).

Como em várias metrópoles brasileiras, Belo Horizonte foi a porta de entrada do novo coronavírus para a região e em 16 de junho acumulava 57% dos 6.117 casos oficialmente notificados na RMBH, segundo a Secretaria Estadual de Saúde.¹ Apesar de ter sido registrado, no dia 14 de junho, o recorde de 82% na taxa de ocupação de leitos de UTI para pacientes com suspeita ou confirmação da Covid-19, a curva endêmica na capital até aquela

¹ Em Minas Gerais se acumulavam naquela data 22.024 casos confirmados, de acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado de Saúde/MG.

data vinha mostrando um comportamento bem menos acentuado do que nos demais municípios, conforme Figura 1, elaborada pela Prefeitura de Belo Horizonte.²



De acordo com dados do Boletim Epidemiológico 41, de 17 de junho, editado pela Prefeitura de Belo Horizonte, a maior ocorrência de casos na capital está em bairros da região centro-sul, ou seja, em áreas de concentração de alta renda, mas os óbitos tendem a se dispersar por áreas de média e baixa renda. Isso coloca as periferias mais vulneráveis em alerta, especialmente pelas condições de habitabilidade nessas regiões. Para essas áreas, tradicionalmente marcadas pela desigualdade na distribuição de equipamentos e serviços urbanos, a pandemia vem somar mais um desafio, especialmente no que diz respeito à moradia e saneamento quando o enfrentamento da COVID-19 tem sido fundamentado no isolamento social, praticamente impossível nessas áreas.

O texto aqui apresentado reúne informações sobre as ações desenvolvidas no combate ao novo coronavírus pelo poder público, em suas diferentes esferas, bem como da sociedade civil organizada. A ação dos governos municipais é analisada a partir de decretos e portarias relativos ao combate à pandemia e seus efeitos, publicados até o dia 10 de maio deste ano. Foram levantadas informações disponibilizadas pelos canais oficiais dos municípios (*sites*, diários oficiais e redes sociais oficiais). Ao todo foram analisados 343 decretos e normas publicadas nos veículos de imprensa oficiais, além das inúmeras postagens nas redes sociais dos municípios que fazem uso dessas ferramentas. As medidas e ações foram agrupadas em cinco temas: 1) Medidas de Articulação Institucional; 2) Medidas de Isolamento Social; 3) Medidas Emergenciais para população vulnerável; 4) Ações de Saúde Pública; 5) Medidas para flexibilização. Cabe destacar que o acesso a essas informações tem certo nível de imprecisão, condicionado à forma como cada município disponibiliza suas

² <www.pbh.gov.br/coronavirus>, acessado em 19/06/2020.

ações e medidas. O Quadro 1 e a Figura 2 permitem uma visão geral das medidas adotadas.

No que se refere à distribuição das ocorrências de Covid-19 entre os municípios da RMBH, os dados não nos permitem análises conclusivas. Em razão disso faremos uma breve apresentação com foco em alguns casos que levantam dúvidas e necessidade de acompanhamentos futuros. Em termos populacionais o estado de Minas Gerais é o segundo mais populoso do país, ficando atrás apenas de São Paulo; a RMBH é a terceira região metropolitana e Belo Horizonte a sexta capital em população. Além disso, o estado de Minas Gerais faz fronteira com dois estados com altas taxas de contaminação pelo Covid-19, São Paulo e Rio de Janeiro. No entanto, os totais de casos confirmados e de mortes por Covid-19 no estado, mas principalmente da capital, durante os meses de março a maio foram bem mais baixos em relação à maioria das capitais brasileiras, o que chamou a atenção da mídia e dos estudiosos. Algumas hipóteses foram levantadas: pequeno fluxo de pessoas chegando em voos internacionais, antecipação do isolamento e de outras medidas de controle, principalmente na capital, e baixo número de testes. Em 15 de maio, o portal de notícias G1 publicou um levantamento mostrando que Minas Gerais, o segundo estado mais populoso, era o que tinha a segunda mais baixa testagem, atrás apenas do Rio de Janeiro. (Fiúza, 2020). Soma-se a isso o maior número de testes realizados pela rede privada em relação à rede pública, o que levanta a hipótese de que a população que pode arcar com os custos do teste estaria sendo mais testada, gerando uma visão distorcida da distribuição dos casos. O Boletim Epidemiológico e Assistencial Covid-19 (Edição especial) Nº 8 da Secretaria de Estado da Saúde acusava 69.532 testes realizados em Minas Gerais até o dia 16 de junho, 58,8% dos quais pela rede privada.

Na segunda quinzena de junho, ainda com uma curva ascendente, as medidas de controle foram relaxadas e, quando finalizamos este dossiê, em 22 de junho, o governador do estado e o prefeito de Belo Horizonte começaram a falar da necessidade de adoção de *lockdown* diante da intensificação dos casos, da intensa movimentação de pessoas e da alta ocupação de leitos. Essas observações têm como objetivo reforçar a ideia, já exposta no início, de que este dossiê é um retrato em um tempo bem específico de um fenômeno em constante mudança.

Além dessas questões que dizem respeito a todo o estado, na RMBH três municípios (Ribeirão das Neves, Nova Lima e Jaboticatubas) chamam atenção por suas taxas altas de casos confirmados de Covid-19, mas uma baixa relação entre casos e mortes. Resolvemos tratá-los aqui, pois eles alertam para distintas situações de registros, mas também de

oportunidades para a disseminação do vírus.³ Para que se possa ter uma referência da relação registros de casos / mortes, Belo Horizonte registrou em 16 de junho uma morte para cada 44 casos confirmados. Ribeirão das Neves 1 para 64, Nova Lima 1 para 313 e Jaboticatubas 1 para 116. Ribeirão das Neves, como se verá a seguir, é um município que se destaca negativamente em relação às medidas de proteção, além de baixas condições socioeconômicas. Nova Lima, por sua vez, situa-se no espectro oposto das condições de vida, pois concentra população de alta renda. Nono em população, os números, alto de casos e baixo de mortes, levantaram dúvidas entre especialistas. A explicação dada pelo secretário de saúde na imprensa seria o alto número de testes por parte da prefeitura e também pela alta porcentagem de testes privados, cerca de 70% (RODRIGUES; MANSUR, 2020). Por fim, um caso que também se destaca é o de Jaboticatubas, vigésimo segundo em população (20.143 habitantes), mas com número alto de casos e baixo de mortes. A explicação estaria numa empresa responsável pela instalação de linhas de transmissão de energia em várias cidades, inclusive Jaboticatubas. Depois do aparecimento de um caso positivo entre os seus trabalhadores o município testou uma amostra dos trabalhadores mais próximos do infectado encontrando vários casos positivos, o que o levou a testar os 213. Entre estes, 63 estavam com o vírus e apenas um com sintomas. A empresa teve as suas atividades suspensas e os infectados estão em isolamento. Um registro importante do prefeito sobre o município na reportagem para o jornal O Estado de Minas: a cidade não tem leitos de UTI e conta com apenas 3 respiradores. (EMILIANA, 2020). Essa é outra questão que não poderemos aprofundar nos limites deste dossiê, e que atinge muitos municípios, ou seja, a falta de condições adequadas para o tratamento daqueles que necessitam de internação.

Segundo a nota da ABCP, os dados mineiros devem ser entendidos a partir de quatro pontos associadas diretamente à gestão: 1) a forma de registro dos casos; 2) subnotificação no número de sintomáticos e óbitos; 3) baixa testagem; 4) alinhamento do governo estadual ao executivo federal, no sentido de um afrouxamento do isolamento social, e desalinhamento com a capital do estado, que tem implantado políticas de isolamento. De forma sumária, destaca-se que, além dos casos problemáticos de subnotificação, a população mineira continua não sendo testada adequadamente. Segundo monitoramento da Universidade Federal de Viçosa, a partir dos dados oficiais da Secretaria de Estado de Saúde, Minas Gerais é o estado brasileiro que menos testa - são apenas 95 testes por 100.000 mil habitantes. Esta ausência de prioridade para testagem massiva ficou clara

³ O que se apresentará a seguir tem como fontes os boletins epidemiológicos do estado e dos municípios e matérias de jornais locais. Importante dizer que este *dossiê* está sendo realizado em um momento em que as condições de pesquisa estão fortemente limitadas.

quando o governador do estado, Zema, afirmou em entrevista para a CBN, no dia 28 de maio, que “testes não salvam vidas, são apenas termômetros”.

**Quadro 1 – Região Metropolitana de Belo Horizonte
Tamanho de Município (2018), Casos notificados de Covid-19 e Medidas de Enfrentamento**

MUNICÍPIO	Dados gerais				Quadro Geral de ações					Ações de flexibilização	
	População estimada (2018)	Casos confirmados (até 14/05)	Casos confirmados (até 16/06)	Óbitos (até 16/06)	Medidas de Articulação Institucional (1)	Medidas de Isolamento Social (2)	Medidas Emergenciais para população vulnerável (3)	Ações de Saúde Pública (4)	TOTAL DE AÇÕES	Flexibiliza o funcionamento de atividades públicas não essenciais	Criação de comissão municipal para planejamento de flexibilização
Belo Horizonte	2.512.070	992	3488	76	9	9	4	9	31	S	S
Contagem	663.855	82	672	21	8	9	3	7	27	S	N
Betim	439.340	29	398	17	8	9	3	9	29	S	N
Ribeirão das Neves	334.858	18	195	3	3	6	1	5	15	S	N
Santa Luzia	219.134	0	143	2	7	8	2	5	22	S	N
Ibirité	180.204	14	89	1	6	9	3	5	23	S	N
Sabará	136.344	15	90	0	3	6	1	4	14	S	N
Vespasiano	127.601	0	59	1	7	7	1	8	23	S	N
Nova Lima	94.889	96	314	1	6	8	1	5	20	S	N
Esmeraldas	70.552	4	44	0	5	7	0	1	13	S	N
Lagoa Santa	64.527	6	39	0	6	8	2	5	21	S	N
Pedro Leopoldo	64.258	2	34	0	7	8	2	7	24	S	N
Caeté	44.718	4	26	0	5	7	1	4	17	S	N
Igarapé	43.045	0	40	0	5	9	0	4	18	S	S
Brumadinho	40.103	11	71	0	7	7	0	5	19	S	N
Matozinhos	37.820	1	31	0	4	9	1	5	19	S	N
Sarzedo	32.752	4	41	0	4	4	2	3	13	N	N
São Joaquim de Bicas	31.578	0	42	3	3	7	0	4	14	N	N
Mateus Leme	31.086	0	13	1	7	8	1	6	22	S	N
Juatuba	26.946	1	16	1	5	9	3	7	24	S	N
São José da Lapa	23.766	3	23	1	5	7	1	4	17	N	N
Jaboticatubas	20.143	3	117	1	7	9	2	5	23	S	S
Raposos	16.354	3	12	1	4	7	1	3	15	S	N
Mário Campos	15.416	11	32	1	3	6	2	4	15	S	N
Itaguara	13.358	4	7	0	5	6	0	2	13	S	S
Itaiaçu	11.146	5	34	1	4	9	0	5	18	S	N
Rio Acima	10.312	0	19	0	3	5	1	3	12	S	N
Capim Branco	9.754	0	5	0	5	9	0	4	18	S	N
Baldim	7.826	0	0	0	4	9	0	3	16	N	N
Florestal	7.461	0	8	0	2	5	0	2	9	S	N
Confins	6.730	0	1	0	6	5	2	2	15	S	N
Rio Manso	5.832	0	13	2	2	5	0	2	9	N	N
Nova União	5.725	0	1	0	6	9	1	3	19	N	N
Taquaraçu de Minas	4.077	0	0	0	2	8	0	2	12	N	N

(1) Declaração de estado de emergência; Declaração de estado de calamidade pública; Criação de comitê ou grupo especial para enfrentamento da pandemia; Medidas para flexibilização de prazos e tributos; Emissão de boletins informativos; Promoção de denúncias e vigilância comunitária; Destacamento dos serviços de segurança públicas para combate a pandemia.

(2) Proibição de eventos públicos; Proibição da concentração de pessoas em ambientes públicos; Fechamento de ambientes educacionais; Fechamento de templos e locais de uso religioso; Modificações no transporte público urbano e interurbano; Suspensão de atividades setor público não essenciais; Suspensão de atividades comerciais não essenciais; Normas de distanciamento social para atividades comerciais essenciais; Normas restritivas para funcionamentos de atividades privadas (revesamento de pessoal - horários reduzidos) ; Controle de entradas e saídas de pessoas no município.

(3) Entrega de cestas básicas / auxílio para alunos da rede pública; Entrega de cestas básicas / auxílio para população em vulnerabilidade social; Distribuição de produtos de higiene pessoal para população em vulnerabilidade social; Promoção de espaços para higiene da população de rua.

(4) Obrigatoriedade do uso de máscaras em espaços públicos ; Higienezação de espaços públicos; Criação ou adaptação de unidades de saúde específicas para o combate ao COVID-19; Ampliação do quadro de profissionais de saúde; Suspensão de férias para os profissionais de saúde; Suspensão de procedimentos eletivos, coletivos e tratamentos não emergenciais nos serviços da rede municipal de saúde; Criação de estratégias para consultas remotas ; Campanha para imunização em massa para gripe comum; Normas para tratamento funerário.

Fontes: IBGE, Secretaria de Estado da Saúde, decretos e portarias municipais.

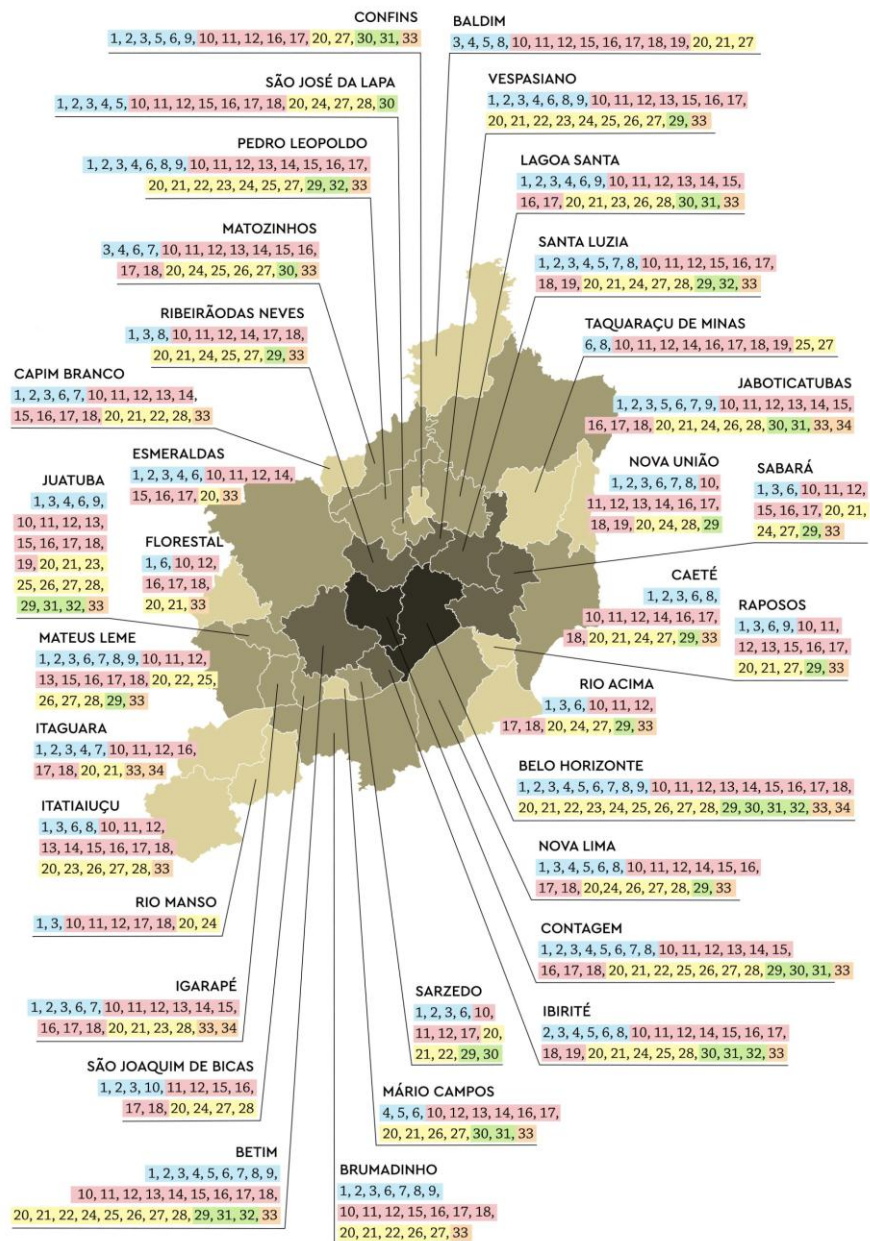


Figura 2
Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte
Porte populacional do município e medidas de combate à Covid-19

Legenda

ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL	ISOLAMENTO SOCIAL	SAÚDE PÚBLICA	POPULAÇÃO VULNERÁVEL
1 Declaração de estado de emergência	10 Proibição de eventos públicos	20 Obrigatoriedade do uso de máscaras em espaços públicos	29 Auxílio para alunos da rede pública
2 Declaração de estado de calamidade pública	11 Proibição de concentração em ambientes públicos	21 Higienização de espaços públicos	30 Auxílio para população em vulnerabilidade social
3 Criação de comitê ou grupo especial para enfrentamento da pandemia	12 Fechamento de ambientes educacionais	22 Criação ou adaptação de unidades de saúde específicas para o combate ao COVID-19	31 Distribuição de produtos de higiene pessoal para população em vulnerabilidade social
4 Flexibilização de prazos e tributos	13 Fechamento de templos e locais de uso religioso	23 Ampliação do quadro de profissionais de saúde	32 Promoção de espaços para higiene da população de rua
5 Organização de doações, distribuições e/ou trabalho voluntário	14 Modificações no transporte público urbano e interurbano	24 Suspensão de férias para os profissionais de saúde	OUTRAS
6 Emissão de boletins informativos	15 Suspensão de atividades setor público não essenciais	25 Suspensão de procedimentos e tratamentos não emergenciais nos serviços da rede municipal de saúde	33 Flexibiliza o funcionamento de atividades públicas não essenciais
7 Denúncias e vigilância comunitária	16 Suspensão de atividades comerciais não essenciais	26 Criação de estratégias para consultas remotas	34 Criação de comissão municipal para planejamento de flexibilização
8 Destacamento dos serviços de segurança pública para combate à pandemia	17 Normas de distanciamento social para atividades comerciais essenciais	27 Campanha para imunização em massa para gripe comum	PORTE DO MUNICÍPIO
9 Combate à propagação de fake news	18 Normas restritivas para funcionamentos de atividades privadas	28 Normas para tratamento funerário	■ grande
	19 Controle de entrada e saída de pessoas no município		■ médio
			■ pequeno
			■ muito pequeno

I. A atuação do Estado

Embora a Secretaria de Estado da Saúde tenha acompanhado o desenvolvimento da pandemia em Minas Gerais, o governo mineiro não tem tido atuação efetiva de coordenação das ações de combate à disseminação do novo coronavírus e aos seus impactos. O governador Romeu Zema, inclusive, foi um dos sete governadores que não assinaram a carta de defesa das ações de isolamento social em resposta às críticas do presidente da república.

Internamente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, também falta coordenação das ações, o que levou o prefeito da capital a procurar outros prefeitos, de municípios vizinhos, apelando para a manutenção de medidas de isolamento social. Chegou também a impedir a entrada de ônibus de municípios onde a medida não estava sendo adotada, ação que foi derrubada judicialmente.

Diante dessa ausência de comunicação entre os municípios e o governo do estado, bem como de ações que considerem as desigualdades inter e intramunicipais, universidades e movimentos sociais têm produzidos notas técnicas e manifestos, com diagnósticos, reivindicações e sugestões de ações consideradas imprescindíveis para enfrentamento da pandemia. Destacamos aqui as notas técnicas produzidas pelo CEDEPLAR/UFMG (CAVALCANTE; CAMPOLINA, 2020; TONUCCI *et al*, 2020), do Comitê de Enfrentamento do COVID-19 da UFMG (ALVES *et. al.*, 2020, da Associação Brasileira de Ciência Política - Seção Minas Gerais, (ALMEIDA; SILEME, 2020), e o manifesto intitulado “Se o lema é ‘Fique em Casa’, Política Habitacional é serviço essencial”⁴, assinado por mais de 150 entidades (movimentos sociais, associações, núcleos dos sem casa, órgãos de classe e órgãos de pesquisa). Estes documentos, de modo geral, enfatizam temas relacionados à necessidade do fortalecimento dos planos de transferência de renda para populações vulneráveis, com ações mais amplas e articuladas, na perspectiva das políticas de assistência social, de saúde e de habitação, além de propostas relativas ao apoio e manutenção de empregos e salários e de linhas de crédito para manutenção de empresas, especialmente as pequenas e as médias.

Outros apontamentos evidenciados nestas notas tratam dos limites da gestão pública em operacionalizar as recomendações dos órgãos de saúde para evitar a propagação do vírus, considerando as condições básicas de moradia e o acesso a serviços

⁴ Organizado pelo Coletivo “Habite a Política”. <<https://www.facebook.com/Coletivo-Habite-a-Pol%C3%ADtica-564382693893786/>>

essenciais. As moradias das populações pobres, seja nos loteamentos irregulares de baixa renda, nas ocupações organizadas, nos conjuntos e loteamentos habitacionais de iniciativa pública, ou nas comunidades tradicionais, não dispõem de condições objetivas mínimas para a realização do isolamento social.

Do ponto de vista dos governos municipais na Região Metropolitana de Belo Horizonte, de um modo geral, todos implantaram algum tipo de medida de combate à Covid-19, embora haja diferenças entre eles. Dentre os 31 tipos de medida (sintetizados no Quadro 1) que totalizam o conjunto, Belo Horizonte, Contagem e Betim (municípios mais populosos e maiores geradores de riqueza da RM) foram aqueles que apresentaram maior número (30, 27 e 29, respectivamente).

Embora o porte do município tenha uma relação muito evidente com o grau de medidas tomadas, esta relação não é biunívoca, na medida em que as condições técnico-administrativas são associadas também a outros fatores, como condições financeiras. Ribeirão das Neves, por exemplo, o quarto município mais populoso, com número alto de casos, mostra-se muito desarticulado em relação às medidas tomadas, 15 no total de 31. Trata-se de município que constituiu, desde os anos de 1970, a periferia metropolitana por excelência, com crescimento vertiginoso de população de baixa renda, que autoconstruiu suas moradias nos então chamados “loteamentos populares”, precários em infraestrutura e serviços urbanos. Era, em 2007, o município com menor PIB *per capita* da RMBH (UFMG *et. al*, 2020, p.1165) e, em 2008, apresentava a menor receita *per capita* da RM (*Ibidem*, p.1173).

Três medidas de isolamento social (“proibição de eventos públicos”, “fechamento de ambientes educacionais” e “normas de distanciamento social para atividades comerciais essenciais”) foram tomadas por todos os 34 municípios da região. No entanto, as medidas emergenciais para a população vulnerável foram tomadas por um número bem menor de municípios. No caso de medidas voltadas para a população de rua, apenas cinco municípios apresentaram algum tipo de ação.

Vejamos qual é o comportamento dos municípios para cada tipo de medida.

1. Medidas de Articulação Institucional

O que denominamos neste trabalho *medidas de articulação institucional* são as ações e medidas que dizem respeito à capacidade de organização interna dos municípios para promover ações de enfrentamento à COVID-19.

A relação com o porte dos municípios mostrou-se importante, e provavelmente diz respeito ao aporte técnico de que cada município dispõe, como secretarias e capital humano disponível, bem como à própria articulação política, seja ela com os municípios vizinhos, o nível de envolvimento metropolitano, e a articulação com os governos estadual e federal. Ao observarmos a Figura 1, essa disparidade fica evidente: os municípios pequenos e muito pequenos em geral adotaram menor número de medidas de articulação. O ponto fora da curva nessa percepção é o município de Ribeirão das Neves, que mesmo sendo considerado de porte médio não mostrou, nas publicações de decretos sobre medidas adotadas, uma forte articulação institucional.

É possível perceber que existe uma correspondência entre as medidas adotadas na RMBH com os decretos baixados pelo Governo do Estado, bem como com o Ministério da Saúde. Um exemplo é a Portaria do Ministério da Saúde nº 188, de 3 de fevereiro, que declarou “*Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV)*” e que aparece como justificativa na quase totalidades das publicações dos municípios da RMBH, onde 29 municípios decretaram estado de emergência e 21 declaram estado de calamidade pública. Apenas 4 não declararam nem emergência nem calamidade pública até 10 de maio.⁵

Quase todos os municípios decretaram a criação de grupos ou comitês especiais para coordenar as ações de combate. Uma das principais ações desses comitês é emissão de boletins informativos, na grande maioria dos casos atualizados diariamente. Em 82% dos municípios da RMBH foram publicados boletins informativos. Mais uma vez, Ribeirão das Neves se destaca, tendo em vista que não adotou a medida, ainda que em meados de maio, já apresentasse 18 casos notificados e, mais recentemente (16 de junho), já tivesse 195 notificações da doença, segundo a Secretaria de Estado da Saúde, 03 dos quais resultando em óbito. Também Santa Luzia, que não tinha medida de boletins informativos apresentou grande velocidade na disseminação: em meados de maio não apresentava nenhuma notificação e um mês depois apresentaria 143 casos, incluindo 02 óbitos.

⁵ “O estado de emergência se caracteriza pela iminência de danos à saúde e aos serviços públicos. Já o estado de calamidade pública é decretado quando essas situações se instalam”. < <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/defesa-civil/situacao-de-emergencia-e-estado-de-calamidade-publica> > , acessado em 21 de junho de 2020.

Outra medida identificada foi a criação de mecanismos de controle social e vigilância comunitária. A criação de canais de denúncia sobre o descumprimento das medidas de controle a pandemia aparece em 65% dos municípios da RMBH, um número baixo se comparado à grande quantidade de prefeituras que adotaram medidas de isolamento social.

2. Medidas de Isolamento Social

Quando falamos de ações de enfrentamento à pandemia provocada pelo Coronavírus, o tema isolamento social é sem dúvida o mais difundido, sendo, ao mesmo tempo, o tema que provoca mais divergências por seu impacto direto nos modos de vida e no cotidiano das pessoas. A disputa central em geral se dá no campo econômico, mas é inegável que há mudanças e impactos em outras dimensões da vida e da organização social.

Como resposta à recomendação da OMS, no final da primeira quinzena de março, os estados e municípios passaram a adotar medidas de distanciamento social de forma massiva. Na RMBH, todos os municípios adotaram medidas de suspensão e proibição de eventos públicos, de suspensão das atividades educacionais, com fechamento das escolas, e de regras de distanciamento social em atividades públicas. Apenas quatro municípios não decretaram o fechamento de atividades comerciais consideradas não essenciais (Sabará, Sarzedo, Ribeirão das Neves e Rio Manso).

As proibições de atividades religiosas de caráter público e o fechamento dos templos, que teve como pano de fundo uma das muitas mudanças nas consideradas atividades essenciais pelos decretos do Governo Federal, teve uma adesão de 50% dos municípios na RMBH. As mudanças nos serviços de transporte urbano e interurbano, que englobam desde a obrigatoriedade de higienização de veículos, alteração de rotas, horários, e capacidade máxima de lotação foram adotadas por 53% dos municípios da RMBH. Isso se justifica em muitos casos pela ausência de transporte público urbano em alguns municípios, de maneira que as normas interurbanas já seriam aplicáveis às empresas que prestam esse serviço nestas localidades.

A suspensão de atividades da administração pública não essenciais, que inclui medidas como a suspensão de viagens de servidores, suspensão das atividades de alguns setores do serviço público, reorganização das formas de trabalho, adoção de rodízio ou teletrabalho, dispensa de servidores que pertencem aos grupos de riscos (idosos e pessoas com comorbidade), dispensa de perícia médica dos servidores, foi adotada por 67% dos municípios, mostrando certa contradição, uma vez que um

número maior de cidades adotaram medidas de distanciamento social para população geral mas não as aplicaram nas atividades do próprio poder público.

O controle de entrada e saída de pessoas dos municípios, as chamadas barreiras sanitárias, é também tema de destaque. Essa atividade inclui a promoção de *blitz* informativas, aferição de temperatura dos passantes, entre outras ações de natureza mais educativa. No entanto, apenas 6 municípios promoveram ações dessa natureza, o que mostra a precária coordenação entre as ações de combate à disseminação do vírus, absolutamente necessária se considerarmos a alta pendularidade de fluxos, típica de aglomerações metropolitanas. Em consulta ao *site* da Agência de Desenvolvimento da RMBH foi possível encontrar os decretos, mas não há menção a ações de promoção de cooperação.

3. Ações de Saúde Pública

As ações de saúde pública são a linha de frente no combate a pandemia, considerando tanto os procedimentos e práticas desempenhadas pelos profissionais de saúde no atendimento aos pacientes, como ações institucionais articuladas ao Sistema Único de Saúde – SUS, além de outras medidas que busquem garantir a salubridade da população. Para os fins deste levantamento, compreendemos como ações de saúde pública as intervenções e medidas que tenham por finalidade evitar, reduzir ou minimizar os agravos provocados pela pandemia, ou seja, ações relacionadas a salubridade, higiene e ao aporte estrutural das unidades de atendimento à saúde nos municípios. É evidente que o conceito de saúde pública é muito mais amplo que o abordado nesse trabalho, mas o interesse aqui é expor as ações municipais de enfrentamento da pandemia.

Feita essa ressalva, vale destacar que, assim como as medidas de isolamento social, algumas ações de saúde pública só foram implantadas após a segunda quinzena de março, tomando como base as recomendações da OMS. Uma delas é a obrigatoriedade do uso de máscaras, que é a medida de saúde com maior adesão nos municípios da RMBH - apenas Taquaraçu de Minas não apresentou publicações nesse sentido.

Outras medidas adotadas com maior frequência foram a higienização de espaços públicos (desinfecção de praças e pontos específicos de aglomeração), adotadas por 65% dos municípios das RMBH, e a campanha de vacinação contra gripe comum (influenza) que já fazia parte do calendário vacinal do Ministério da Saúde, mas que foi

intensificada, além da adoção de outras estratégias para ampliar o alcance da campanha, como *blitz* de vacinação, ou vacinações *Drive Thru*.

Uma medida que não encontrou muita adesão foi a criação ou adaptação das unidades de saúde para ações relacionadas a pandemia. Apenas 26% dos municípios adotaram medidas dessa natureza, o que provavelmente é explicado pela hierarquização do sistema e o papel que cumpre a capital e os municípios de maior porte, onde estão concentrados os hospitais.

4. Medidas Emergenciais para população vulnerável

A pandemia acirra e escancara as desigualdades no nosso país e atinge de forma intensa as populações mais vulneráveis. As condições de vida, as privações materiais e imateriais que compõem a realidade social de uma grande parcela da população brasileira ficam mais em evidência em situações como a que estamos enfrentando. As ações do Estado para garantia da seguridade social e manutenção dos direitos sociais são fundamentais nesse sentido. De maneira bem pontual, buscamos nesse levantamento perceber quais medidas emergenciais para a população vulnerável foram adotadas nos municípios, especificamente medidas de auxílio à alimentação e higiene.

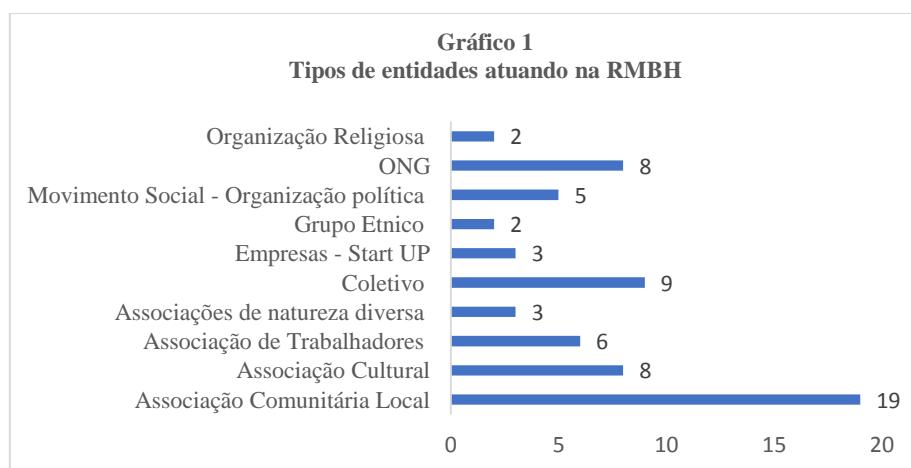
O auxílio à alimentação foi realizado de duas formas. A primeira dela é a entrega de cestas básicas ou auxílio para alunos da rede pública de ensino; neste caso, apenas 47% dos municípios publicaram esta medida. A segunda trata do apoio à alimentação da população vulnerável de maneira geral e, neste caso, apenas 30% dos municípios apresentaram ações nesse sentido.

A distribuição de *kits* de higiene e produtos como máscaras e álcool em gel também não foi adotada pela maioria dos municípios - apenas 25% realizaram ações dessa natureza e apenas 17% adotaram medidas para promoção de espaços de higiene pessoal e apoio à população de rua.

O que se pode perceber é que as ações emergenciais não são amplamente adotadas. Também vale destacar a ausência de ações por parte do poder público no auxílio às organizações da sociedade civil que têm se mobilizado para ações emergenciais - apenas 30% dos municípios declaram iniciativas nesse sentido.

II. Medidas Emergenciais desenvolvidas pela sociedade civil para população vulnerável

Em levantamento com base em dados secundários disponibilizados por algumas plataformas⁶ que têm buscado divulgar as iniciativas da sociedade civil no combate à COVID-19 nas comunidades pobres, foram identificadas 65 organizações atuando na RMBH. Essas entidades são de natureza organizativa diversa, como coletivos, associações informais, ONGs e empresas (ver Gráfico 1). As atividades desenvolvidas constituem, em geral, ações emergenciais, principalmente de arrecadação e doação de alimentos, sejam cestas básicas a refeições já preparadas e confecção e distribuição de máscaras e *kits* de higiene. Algumas têm se organizado para promover acesso a informações sobre a COVID-19, e uma pequena parcela trabalha no auxílio à garantia de direitos e orientações específicas.



Fonte: Elaboração própria com base nas plataformas listadas na nota 10.

O levantamento não expressa a totalidade de iniciativas, sobretudo pela impossibilidade de identificar todas elas, uma vez que muitas são de caráter muito localizado e específico. O que foi possível perceber é que a grande maioria das iniciativas está localizada no município polo (46 iniciativas), estando as demais distribuídas por vários municípios. Dez iniciativas de organizações que têm como público alvo grupos que não estão restritos a uma localidade específica.

Essas ações estão predominantemente voltadas para os aglomerados de favelas e ocupações urbanas horizontais e periféricas na RMBH realizadas de forma organizada

⁶ <<http://periferiaviva.org.br/category/vaquinhasdoacoes/>>; <https://siftr.org/mapeamento_iniciativas_favelasperiferias/>; <<https://www.institutomariellefranco.org/mapacoronasperiferias/>>; <<https://www.sociedadecontraocorona.org/>>; <<http://coepbrasil.org.br/coronavirus-minas-gerais/>>; <<https://www.picterio.com/soscoronabh/>>.

na última década, com destaque para o município polo (ver Apêndice I). Estas últimas, de ocupação recente têm infraestrutura ainda muito precária. Há na RMBH cerca de 60 ocupações, que abrigam entre 15 e 20 mil famílias, sendo que a maioria é constituída de ocupações horizontais nas periferias de Belo Horizonte, além de Contagem, Betim e Ribeirão das Neves (Tonucci et al, 2020). A existência de contingente tão amplo de famílias residindo em espaços ainda não consolidados, com carência de infraestrutura básica, e não plenamente reconhecidos (muitas ainda enfrentam processos de reintegração de posse) traz desafios consideráveis para o devido enfrentamento da Covid-19.

A realidade de enfrentamento da pandemia nos territórios populares é uma situação específica e que escancara as desigualdades estruturais da nossa sociedade e expõe ainda mais as populações pobres e a urgência de se avançar nas condições de moradia e infraestrutura urbana.

Referências

ALVES, Claudia R. Lindgren. et al. *Por que ainda não é o momento para flexibilizar o isolamento social em Minas Gerais?* Nove argumentos com embasamento científico. Belo Horizonte: UFMG, 2020. Disponível em: <https://ufmg.br/storage/a/6/3/e/a63e11d40c886d9415662777cf356c39_15891239710095_768519415.pdf> Acesso em 30 de maio de 2020

ALMEIDA, H. SILAME, T. *Especial ABCP: as ações de Minas Gerais no enfrentamento à pandemia*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Ciência Política. Disponível em: <<https://cienciapolitica.org.br/noticias/2020/06/especial-abcp-acoes-minas-gerais-enfrentamento-pandemia>> Acesso em 30 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020*. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 4, fev, 2020.

CAVALCANTE, A ; CAMPOLINA, B - *NOTA TÉCNICA - Desafios e Propostas para Enfrentamento Do COVID-19: Território, Escala e Planejamento*. . Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2020. Disponível em: <<https://www.cedeplar.ufmg.br/component/phocadownload/category/18noticias?download=1294:nota-tecnica-territorio-escala-e-planejamento-covid-19>> Acessado em 22/06/2020

EMILIANA, Cecília. Após alta de 273% nos casos de Covid-19, Jaboticatubas entra em lockdown. *Estado de Minas*, 22/05/2020. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/05/22/interna_gerais,1149765/apos-alta-de-273-nos-casos-de-covid-19-jaboticatubas-entra-em-lockdo.shtml>. Acessado em 22/06/2020.

FIÚZA, Patrícia. Minas Gerais é o estado com a 2ª menor taxa de testes para coronavírus por habitante no Brasil. Belo Horizonte, *G1*, 15/05/2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/05/15/minas-gerais-e-o-estado-com-a-2a-menor-taxa-de-testes-para-coronavirus-por-habitante-no-brasil.ghtml>>. Acessado em 22/06/2020.

FREITAS, C, M, de; SILVA, I,V,M; CIDADE, N,C; SILVA, M,A da; PERES, M,C,M; NUNES, F,S,B. *A gestão de riscos e governança na pandemia por Covid-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês*. Centro de Estudos e Pesquisas e Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz- CEPEDS 2020. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-dafiocruz-discute-isolamento-social-e-gestao-de-riscos>>. Acessado em 22/06/2020.

HABITE A POLÍTICA *et al.* Manifesto *Se o lema é “Fique em Casa”, política habitacional é serviço essencial!* Belo Horizonte, maio de 2020.

RODRIGUES, Gabriel; Mansur, Rafaela. Morte única em Nova Lima gera desconfiança sobre notificações. Belo Horizonte, *O Tempo*, 19/06/2020. Disponível em: <<https://www.otempo.com.br/cidades/morte-unica-em-nova-lima-gera-desconfianca-sobre-notificacoes-1.2350936>>. Acessado em 22/06/2020)

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Boletim Epidemiológico e Assistencial Covid-19 (Edição especial). Número 8. Belo Horizonte. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/jun-jul-ago/17-06-Boletim_Edicao-EspecialN8.pdf>. Acessado em 22 de junho de 2020.

TONUCCI FILHO, J.; PATRÍCIO, P.; BASTOS, C. *NOTA TÉCNICA – Desafios e Propostas para Enfrentamento da COVID-19 nas Periferias Urbanas: análise das condições habitacionais e sanitárias dos domicílios urbanos no Brasil e na Região Metropolitana de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2020. Disponível em: <<https://www.cedeplar.ufmg.br/noticias/1229-nota-tecnica-desafios-e-propostas-para-enfrentamento-da-covid-19-nas-periferias-urbanas-analise-das-condicoes-habitacionais-e-sanitarias-dos-domicilios-urbanos-no-brasil-e-naregiao-metropolitana-de-belo-horizonte>>. Acessado em 21/06/2020.

UFMG, PUC MINAS, UEMG, SEDRU. *Plano de Desenvolvimento Integrado da Região Metropolitana de Belo Horizonte*, Volume 5, Estudos Setoriais Integrados. Belo Horizonte, 2010.

Apêndice I

Plataformas e iniciativas da sociedade civil na RMBH

As ações da sociedade civil no enfrentamento à Covid-19 nos territórios populares são de extrema importância e em muitos casos são as que chegam mais rápido, ou as únicas a atenderem essas populações. Essas iniciativas são de natureza organizativa diversa e compartilham o objetivo de mitigar os impactos da crise na vida daqueles que sofrem seus efeitos mais perversos.

Como uma ferramenta no auxílio a essas iniciativas diversas plataformas e mapas colaborativos têm sido criados com objetivo de oferecer conectividade entre quem precisa de ajuda e quem deseja ajudar. As organizações podem se cadastrar, indicando a localidade onde atuam e o tipo de ação desenvolvida, passando assim a ser identificadas nos mapas. Já quem deseja contribuir com alguma iniciativa basta localizar a ação e entrar em contato. As colaborações podem ser em doações financeiras ou materiais, voluntariado, serviços etc.

As principais plataformas que reúnem iniciativas na RMBH são as seguintes:

Plataforma	Link
Periferia Viva - Força Tarefa COVID-19	http://periferiaviva.org.br/category/vaquinhasdoacoes/
Mapeamento iniciativas nas favelas/ocupações urbanas/periferias RMBH_ COVID-19	https://siftr.org/mapeamento_iniciativas_favelasperiferias/
Mapa Corona nas Periferias - Instituto Marielle Franco	https://www.institutomariellefranco.org/mapacoronanasperiferias
Favela em Pauta	https://favelaempauta.com/mapa-corona-nas-periferias/
Sociedade contra o corona	https://www.sociedadecontraocorona.org/
Coronavírus Minas Gerais - Coep Brasil	http://coepbrasil.org.br/coronavirus-minas-gerais/
SOS Corona BH	https://www.picterio.com/soscoronabh

As organizações identificadas com atuação na RMBH, as comunidades atendidas e seus links de contatos seguem listadas no quadro abaixo.

Nome da ação	Nome do(s) grupo(s) ou indivíduos à frente	Localidade/ comunidade/ para quem	Formas de arrecadação Link da campanha/ doações/ Contato
Balaiada contra o coronavírus/ Campanha contra o Coronavírus - Rede Balaio e Diquebrada	Coletivo Balaio	Rosana/ Elizabeth (Justinópolis)	https://benfeitoria.com/balaidacontraocorona ; Instagram @coletivobalaio; @diqbd
Campanha contra o Coronavírus Ribeirão das Neves	Centro Cultural Di Quebrada	São João de Deus (Justinópolis)	Ponto de coleta (Centro Cultural Di Quebrada);
Costurando o Corona	Costurando o Corona	Ocupações da Izidora	https://www.facebook.com/costurandooocorona/
Rede Solidária do MLB	Movimento de Luta nos Bairros Vilas e Favelas (MLB)	Favelas e ocupações urbanas de Belo Horizonte e RMBH	https://www.vakinha.com.br/vaquinha/rede-solidaria-do-mlb
Vaquinha Solidária Ocupação Esperança	Ocupação Esperança	Ocupação Esperança	https://evoe.cc/vaquinha-esperanca ; Instagram: @vaquinhaesperanca
Catadores unidos coronavírus vencido	UNICICLA (Associação dos catadores de materiais recicláveis de Nova União)	Nova união	https://benfeitoria.com/catadoresunidos ; Anderson / (31) 982167959
Associação de resistência cultural da comunidade quilombola Manzo Ngunzo	Associação de resistência cultural da comunidade quilombola Manzo Ngunzo Kaiango	Quilombo Manzo Ngunzo Kaiango	Instagram: @ngunzokaiango; facebook.com/kilombomanzo; kilombomanzo.org
Jardim Felicidade - Ação Coletivo da Juventude	Coletivo da Juventude	Jardim Felicidade	https://pt-br.facebook.com/coletivodajuventude
Campanha Solidária - Ajude as famílias do Vila Maria, Jd, Vitória, Getsêmani, Vitória e Acorda Confisco e região!	Conselho Paroquial Moradores locais	Vila Maria Conjunto Confisco	Roberta Araujo: (31) 98664-3387 / Wellington Amorim: (31) 97353- 3378 Graça: (31)98626-0513; https://fo-fo.facebook.com/acordaconfisco.com .
Coletivo Mulheres da Quebrada	Coletivo Mulheres da Quebrada	Aglomerado da Serra	https://www.esolidar.com/pt/np0/detail/1527-coletivo-mulheres-da-quebrada ; Simone: (31) 99328-8539
Associação Pindorama Precisa de Ajuda	Moradores locais	Pindorama	Pontos de Coleta (Av. Eduardo Gomes, 2470 - Glória e outros)
Arrecadações para a Vila Nova Cachoeirinha e região	Comunidade Vila Nova Cachoeirinha/ Coletivo Nova Cachoeirinha BH	Vila Nova Cachoeirinha	Tia Lú: 3198813-8624; https://www.facebook.com/pg/NovaCachoeirinha1950/posts/
Aprosmig na luta contra o COVID-19	Associação das Prostitutas de Minas Gerais (Aprosmig)	Toda RMBH	Instagram: @aprosmig
Dreminas Quarentena sem fome	Associação de Pessoas com Doença Falciforme de MG	Toda RMBH	https://evoe.cc/dreminas-quarentena-sem-fome ; https://pt-br.facebook.com/dreminas/
Campanha solidária - e se eu não puder parar/ Fundo Solidário de Apoio às Famílias	Brigadas Populares de Minas Gerais	Ocupações Urbanas - RMBH	https://www.vakinha.com.br/vaquinha/fundo-solidario-emergencial-para-moradores-de-ocupacoes ; https://pt-br.facebook.com/
#fazerobemfazbem	Instituto Ide Brasil	Pedreira Prado Lopes	Ponto de coleta (Instituto Ide Brasil); Luciana Melo 31 992910323
Ocupação Pátria Livre em Alerta!	Ocupação Pátria Livre (Movimento de Trabalhadoras e Trabalhadores por Direitos - MTD)	Ocupação Pátria Livre - Pedreira Prado Lopes	Leticia: (31) 99901-7623
Indígenas na cidade. Campanha de apoio contra o COVID-19	Comitê Mineiro de Apoio às Causas Indígenas	Toda RMBH	https://www.vakinha.com.br/vaquinha/indigenas-na-cidade-campanha-de-apoio-contra-o-covid-19 ; https://www.facebook.com/ComiteMineiroDeApoioACausasIndigena/
Ação População de Rua BH	Associação Pastoral Nacional do Povo da Rua	População de Rua BH	https://www.facebook.com/Pastoral-de-Rua-BH-1229600370506602/ ; https://www.instagram.com/pastoralderrua1
Ajude a Ocupação Leonel Brizola a pular a fogueira da pandemia!	Ocupação Leonel Brizola (Movimento de Libertação Popular_MLP)	Ocupação Leonel Brizola	Ponto de coleta (Av. Contorno 10855, Bairro Lagoinha.); 982091751 (Carioca)
Comunidade Viva sem fome_ força tarefa COVID 19	Associação Imagem Comunitária; Cáritas Brasileira Regional Minas Gerais; Associação Mineira de Supermercados; Movimento Dias Melhores	Toda RMBH	http://comunidadevivasemfome.org.br/ ; https://www.bsosial.com.br/causa/dias-melhores ;
Santa Tereza Tem/Portas do Céu	Portas do Céu	População de Rua BH	Ponto de coleta (Rua Amianto, 111 – Santa Tereza); Albert Holanda: (31) 987315044
Rede de proteção social: Ajude as famílias da periferia - vamos juntos contra o COVID	Design Thinkers Social; Meninas de Sinhá; Casa de Caridade Pai Jacob do Oriente; Pai Manoel de Aruanda; Amig@s do Alto Vera Cruz	Aglomerado Alto Vera Cruz e Pedreira Prado Lopes	https://www.esolidar.com/pt/crowdfunding/detail/34-g10-apoie-alto-vera-cruz-a-combater-o-corona-virus ; https://www.instagram.com/casapajacobdooriente/

Nome da ação	Nome do(s) grupo(s) ou indivíduos à frente	Localidade/ comunidade/ para quem	Formas de arrecadação Link da campanha/ doações/ Contato
CAC - Vera Cruz em Ação!	Associação do Alto Vera Cruz	Vera Cruz	Júlio Cezar Pereira Souza: (31) 98628-5389; juliidoalto@gmail.com
Apoie o Centro Cultural Lá da Favelinha	Lá da Favelinha	Aglomerado da Serra	https://benfeitoria.com/ladafavelinha ; https://www.instagram.com/ladafavelinha/
G10 - Apoie Aglomerado da Serra a Combater o Corona Vírus	Lá da Favelinha	Santana do Cafezal	https://www.esolidar.com/br/crowdfunding/detail/11-g10-apoie-aglomerado-da-serra-a-combater-o-corona-virus?lang=br ; Welleton / 31
Serrão Sem Corona	Centro Cultural Lá da Favelinha; Bloco Seu Vizinho; Associação Cafezal; Du Morro Design	Aglomerado da Serra	https://evoe.cc/serraosemcorona ; https://www.facebook.com/serraosemcorona/ ; https://www.instagram.com/serraosemcorona/
Rede de Apoio e Solidariedade_ Combate ao	Associação dos Moradores da Vila Acaba Mundo	Vila Acaba Mundo	Ponto de coleta (Beco da Igreja, 49 - Vila Acaba Mundo); (31) 98755-
Morro do Papagaio no combate à COVID-19	Movimento Livre Eu Amo a Minha Quebrada	Morro do Papagaio	https://combatecovid.org/morro-do-papagaio/euamominhaquebrada ; https://www.facebook.com/amoraquebrada/
Abrace a comunidade	Engenheiros Sem Fronteiras - Núcleo BH	Morro do Papagaio	https://benfeitoria.com/abrace-a-comunidade-eeb
Xeque Mate Solidário	Xeque Mate Bebidas	Aglomerado da Serra, Morro das Pedras e Conjunto Santa Maria	https://evoe.cc/xequematesolidario ; https://www.instagram.com/xequematebebidas/
Frete de atuação no Morro das Pedras	Irmandade Nossa Senhora do Rosário e São Benedito da Vila São Jorge	Morro das Pedras	Ponto de coleta (Beco do Rosário 90 São Jorge I BH/MG); Waldir: (31) 98755-1893
MSSC - Movimento Saúde e Solidariedade Contagem	MSSC - Movimento Saúde e Solidariedade Contagem	Tropical	https://www.facebook.com/casamssc/ ; https://www.facebook.com/casamssc/
Ação Gira Solidariedade	Gira Solidariedade	Betânia	Gladson: (31) 99406-5495; insta @girasolidariedade
Barreirão sem Covid-19	Barreiro que temos, Barreiro que queremos; Bloco Esperando Metro; Instituto Macunaíma de Cultura; Viaduto das Artes; entre outros	Barreiro	https://evoe.cc/barreirao-sem-covid-19 ; Instagram: @barreiraosem covid19
Vila Cemig em Ação		Vila Cemig	Cintia Regina Silva: (31) 99678-8018
Doe um pouco do que tem!	Viaduto das Artes e Instituto Macunaíma De Cultura	Vila Cemig	Ponto de coleta (Viaduto das Artes); https://pt-br.facebook.com/viadutodasartes/
Socorro Vermelho		Ibirité	Ponto de coleta (Ocupação Prof. Fábio Alves Rua José Tavares Filho, 30 - Marilândia); Flávia: 319924841841
Rede de solidariedade ao trabalhador e trabalhadora ambulante	Centro de Apoio ao Trabalho Ambulante (CATA); Brigadas Populares; Intersindical – Central da Classe Trabalhadora	Trabalhadores ambulantes de BH	http://vaka.me/1042238 ; Entrega pessoal próxima à residência (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeab1FKnAgIW5HYKwz68jVgblIOPg2dEMsd3u8UfacNmhGw/viewform);
Coletivo Alvorada e Pontos de Luta	Coletivo Pontos de Luta; Coletivo Alvorada	peessoas em situação de vulnerabilidade social	https://www.facebook.com/pg/pontosdeluta/about/?ref=page_internal
Alimenta Ação	No caminho do Bem; Cura Amor; Barracão Maracatu Aruanda	Pedreira Prado Lopes (BH); Aldeia Naô Xohã (Pataxós - São Joaquim de Bicas); Quilombo dos Luízes (BH); Quilombo dos Arturos	https://evoe.cc/alimentacao? https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeab1FKnAgIW5HYKwz68jVgblIOPg2dEMsd3u8UfacNmhGw/viewform ; Pontos de coleta: Barracão Aruanda;
Doe para a aldeia Naô Xohã	Aldeia Naô Xohã	Dezessete famílias Pataxó Hã-Hã-Hãe da Aldeia Naô Xohã	(31) 99908-7539 (Eliane (Tehé Pataxó) (31) 99580-5673 (Valedor Santos - Cacique Arakuã)
Covid-19 nas prisões	Desencarcera MG	Bicas I e II (São Joaquim de Bicas), Jason Albergaria (São Joaquim de Bicas) e Centro de Referência de Gestantes Privadas de Liberdade (Vespasiano).	https://evoe.cc/desencarceramg ; Nana Maria: 98584-1218
Projeto Badu	Projeto Badu	famílias cadastradas (90)	Walquíria: 3674-5606 ou 98580-4846

Nome da ação	Nome do(s) grupo(s) ou indivíduos à frente	Localidade/ comunidade/ para quem	Formas de arrecadação Link da campanha/ doações/ Contato
Um toque de esperança	ONG Sócio Educativo Cabana	Cabana	Janete: (31) 975738080; https://www.facebook.com/people/Socio-Educativo-Cabana/100008195683137
Coletivo Mulheres da Quebrada	Coletivo Mulheres da Quebrada	Mulheres (mães, domésticas, diaristas) em situação de vulnerabilidade (de vilas e favelas) de Belo Horizonte	https://evoe.cc/preview/1675? fbclid=IwAR1PU_nUTxXr7ylsdbgjskMvNKgLCxGxpz_EDCBxZucGsaLMca6qCa_4XuQ;
Carolinas – proteção em cada ponto		Costureiras das periferias de BH e RMBH (Hoje a equipe do projeto é formada por 15 costureiras do Morro das Pedras e do Aglomerado da Serra)	Arrecadação financeira online para compra de matéria prima: https://evoe.cc/carolinas ; https://www.instagram.com/projeto_carolinas/
Todos de Máscara!	Redesol - Cooperativa Central Rede Solidária de Trabalhadores de Materiais Recicláveis de Minas Gerais	Catadores de materiais recicláveis	Entrar em contato para adquirir máscaras; https://www.redesolmg.org.br/ https://www.facebook.com/centralredesolmg/
Ajude Mulheres Imigrantes e Refugiadas - COVID-19	Cio da Terra - Coletivo de Mulheres Migrantes	Mulheres imigrantes e refugiadas em Belo Horizonte e RMBH	https://www.vakinha.com.br/vaquinha/ajude-mulheres-imigrantes-e-refugiadas-marinela-herrera-sarmiento ; Instagram: @ciotaterramigrantes
Ação Solidária de Combate à Crise	Casa do Hip Hop Taquaril	Taquaril, Castanheiras e granja de Freitas	Instagram: @CasadoHipHopTaquaril; https://www.facebook.com/casadohipoptaquarilmg/?tn=k*F&tn-str=k*F
#BHFicaEmCasa	Cursinho Popular ConsCiência Barreiro; Afrontel! MG	Vila CEMIG e Ocupação Camilo Torres.	https://app.picpay.com/user/consciencia.barreiro ; @consciencia_barreiro
ESPALHE CESTAS	Movimento Maisha	Comunidades vulneráveis da Região Metropolitana de Belo Horizonte	Vaquinha online: https://evoe.cc/espalhe-cestas ; https://www.instagram.com/espalhecestas/
Movimento autônomo	Marlene e Zoca	Conjunto Ziláh Spósito e ocupações vizinhas: Helena Greco, Favelinha, Rosa Leão, Conjunto Ubirajara.	Ponto de coleta (Rua 874, bloco 13, casa 41, Conjunto Ubirajara, bairro Ziláh Spósito); Marlene (31)98381-2089.
Marlúcia – trabalho voluntário individual	Marlúcia da Cunha (líder comunitária)	Nova Cachoeirinha, 1º de Maio, Bananal e Aldeia	Ponto de coleta (Rua Conde de Valadares, 35 – Nova Cachoeirinha);
Marias do Morro		Mães do Bairro Palmital	Luana (31) 993526499
Projeto Acalento	Voluntários auto organizados de maneira informal	População em situação de rua	https://www.vakinha.com.br/vaquinha/lanche-semanal-para-moradores-de-rua-bh
Liberteers	Liberteers Brasil	Pessoas em situação de vulnerabilidade; Complexo Penitenciário Feminino Estévão	https://evoe.cc/mascara-do-bem-inclusao-social ; https://www.instagram.com/liberteersbrasil/
AJUDE A MANTER O MANO DOWN	Instituto Mano Down	Pessoas com síndrome de Down	https://app.doare.org.br/doacao/229729/instituto-mano-down/ajude-a-manter-o-mano-down ; (31) 3371-3739;
Casa Branca Brumadinho Urgente	Grupo de Apoio Solidário de Casa Branca/ Apoio: Alternativa Brasil (ONG), Aliança Regenerativa, Condomínio Aldeia da Cachoeira das Pedras	Casa Branca	https://www.vakinha.com.br/vaquinha/casabrancabrumadinhourgente ; https://www.instagram.com/apoiosolidariocb/
Ações Idealista em Santa Luzia			31991104715; https://chat.whatsapp.com/JYhTTCpQrjd7r2VphFiudk
CIDADE VIVA: Pedro Leopoldo Contra o Coronavírus!		Pessoas e comunidades em situação de vulnerabilidade	https://evoe.cc/cidadeviva ; Otávio(31) 999241997; Maria (31) 9 8780-5475;
Enfrentamento ao coronavírus - Força-tarefa	Laço (Associação de Apoio Social)	Aglomerado da Serra	Interessados em se voluntariar: (31) 99415-6694
Campo Lacaniano BH	Campo Lacaniano BH		Agendar pelo telefone (31) 99206-7641, entre 14h30 e 20h.
Coletivo de Faxineiras Tereza de Benguela	Coletivo Tereza de Benguela		https://www.vakinha.com.br/vaquinha/coletivo-tereza-de-benguela ; Contratação de faxinas: (31) 99579-7483; @coletivoterezadebenguela

Fonte: Elaboração própria com base nas informações constantes nas plataformas mencionadas.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

A EVOLUÇÃO TARDIA DA COVID-19 NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

Rosa Moura (Coordenação)
Alexandre Pedrozo (Coletivo PRContraCovid-19)
Amanda Machado de Almeida
Ana Claudia Antunes Brizola
Julio César Gonçalves da Silva
Kamille Brescansin Mattar
Kelly M. C. Mengarda Vasco
Liria Yuri Nagamine
Luiz Belmiro Teixeira
Marcelo Nogueira de Souza
Marcelle Borges Lemes da Silva
Maria Carolina Maziviero
Maria Tarcisa Silva Bega
Mônica Máximo da Silva (Coletivo PRContraCovid-19)
Olga Lucia C. de Freitas Firkowski
Simone Aparecida Polli
Viviane Vidal Pereira dos Santos

Curitiba

Julho de 2020



NÚCLEO CURITIBA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ

PARANÁ CONTRA A
COVID-19

EVOLUÇÃO TARDIA DA COVID-19 NA RM DE CURITIBA

Apresentação

A pandemia do novo coronavírus se manifesta de diferentes formas na vida social e influencia profundamente a percepção das diferentes dimensões das políticas públicas. Além das nítidas e urgentes exigências de tomadas de decisões nas políticas de saúde, também políticas referentes aos direitos humanos (como direitos civis, sociais ou de reconhecimento) demandam ações emergenciais em sua modelagem política e institucional, assim como uma melhor compreensão sobre a forma como os indivíduos percebem e executam esses direitos e como ocorrem as negociações entre os mundos do público e do privado.

Os integrantes do Núcleo RM Curitiba consideram que os efeitos da pandemia replicam tanto nas definições e estratégias dos governos nacionais, no arranjo federativo, nas possibilidades de ação e decisão dos poderes locais, quanto sobre as formas como a sociedade civil entende, absorve e (re)significa suas práticas do dia a dia em seu ambiente privado, na vizinhança, no trabalho, nas práticas culturais e, por certo, nas inúmeras relações que cotidianamente estabelece com as estruturas do Estado.

Este trabalho busca colher e oferecer elementos que permitam uma maior compreensão do processo de disseminação da pandemia na Região Metropolitana de Curitiba (RMC), no contexto do Estado do Paraná, tendo como período de análise do início dos casos na região, março de 2020, até o final do mês de junho. Tem como principal objetivo avaliar a eficácia das medidas tomadas pelo poder público e seus efeitos sobre a população, particularmente os segmentos mais vulneráveis. Reúne resultados preliminares de pesquisas que estão sendo realizadas por integrantes das várias instituições que participam do Núcleo da RM Curitiba, do Observatório das Metrôpoles, assim como importantes contribuições do coletivo PRContraCOVID-19, do qual o Núcleo faz parte.

Como base para as análises realizadas pelo Núcleo, para este artigo, são consideradas variáveis norteadoras a vulnerabilidade social¹, a prosperidade social², os indicadores sobre

¹ O IVS é um índice sintético cujos componentes servem de suporte para a identificação de porções do território onde há a sobreposição daquelas situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território, e sinalizar o acesso, a ausência ou a insuficiência de alguns “ativos” em áreas do território brasileiro, os quais deveriam, a princípio, estar à disposição de todo cidadão, por força da ação do Estado. Os três subíndices que o compõem – i) infraestrutura urbana; ii) capital humano; e iii) renda e trabalho – representam três grandes conjuntos de ativos, cuja posse ou privação determina as condições de bem-estar das populações nas sociedades contemporâneas (IPEA, 2015).

² A análise integrada do desenvolvimento humano com a vulnerabilidade social oferece o que se denomina aqui de prosperidade social, que é a ocorrência simultânea do alto desenvolvimento humano com a baixa vulnerabilidade social, sugerindo que, nas porções do território onde ela se verifica, ocorre uma trajetória de desenvolvimento humano menos vulnerável e socialmente mais próspera. Nesse sentido, reflete uma situação

efeito-território³ e as informações contidas nos Informes Epidemiológicos sobre a disseminação do coronavírus

Esta contribuição sintetiza a propagação do coronavírus no território da RM Curitiba em seu momento ascendente, as políticas, ações e normas implementadas, a situação dos bairros e municípios periféricos mais suscetíveis à violação dos direitos humanos, e algumas ideias ou proposições para enfrentamento da pandemia. Complementam esta abordagem, artigos publicados por integrantes deste Núcleo no Boletim do Observatório das Metrôpoles⁴.

1. A propagação intra-regional da pandemia

O novo coronavírus tornou-se realidade no Paraná em 12 de março de 2020 a partir de dois casos confirmados: um em Curitiba, outro em Cianorte, na região Norte Central do Estado. Outros casos foram surgindo nos municípios mais populosos do interior (Londrina, Foz do Iguaçu, Maringá), ao mesmo tempo em que entre os vizinhos à capital, na RM de Curitiba (Pinhais, Campo Largo), ao se considerar a primeira semana após o primeiro registro. A propagação no Estado foi crescente, e passados três meses, em 15 de junho, a contaminação já atingia 304 municípios paranaenses – número que em duas semanas elevou-se para 361 municípios (Tabela 1). Em números absolutos, segundo o Informe Epidemiológico de 01/07/2020 (Sesa, 2020), o Paraná entra no mês de julho com 23.965 casos confirmados, 650 óbitos e uma marcante tendência de crescimento.

em que o desenvolvimento humano se assenta em bases sociais mais robustas, onde o capital familiar e escolar, as condições de inserção no mundo do trabalho e as condições de moradia e de acesso à infraestrutura urbana da população são tais que há uma perspectiva de prosperidade não apenas econômica, mas das condições de vida no meio social. (IPEA, 2015).

³ Efeito-território se refere à condição vivenciada nas grandes cidades em que se mesclam distâncias sociais com proximidades sociais, ultrapassando a leitura tradicional que estabelece relação direta entre pobreza e distância territorial, que foi a base da discussão clássica de centro-periferia. Como afirmam Andrade e Silveira (2013), esse modelo de segregação convive, em algumas cidades brasileiras, com a presença de favelas nas áreas centrais e, mais recentemente, dos condomínios nas áreas periféricas (...). Ambos aproximam fisicamente os diferentes grupos sociais, mas as suas relações são marcadas por alguns importantes identificadores de distância social, que podem ser tanto físicos, como os muros, quanto sociais, como a aparência física (...). Nesses casos, as consequências têm sido o fortalecimento das fronteiras sociais, ou da segmentação dos territórios, com base em atributos sociais.” (Souza, 2016)

⁴ SOUZA, M. N. O Índice de Vulnerabilidade das Unidades Municipais de Saúde como estratégia de enfrentamento da Covid-19 na periferia de Curitiba (30/04/2020); SOUZA, M. N.; SANTOS, V. V. P. O crescimento do número de casos de doenças respiratórias e a (possível) subnotificação de casos de COVID-19 na periferia de Curitiba (28/05/2020); TEIXEIRA, Luiz Belmiro. Como a “cidade modelo” está preparada para o coronavírus (07/05/2020); TERRA DE DIREITOS. Em tempos de pandemia, o sistema de justiça deve garantir os direitos das populações mais vulneráveis (26/03/2020); VASCO, K. M. C. M.; POLLI, S.; PEDROZO, A.; MÁXIMO, M; MAZIVIERO, M. C. Paraná contra a COVID-19 (14/05/2020).

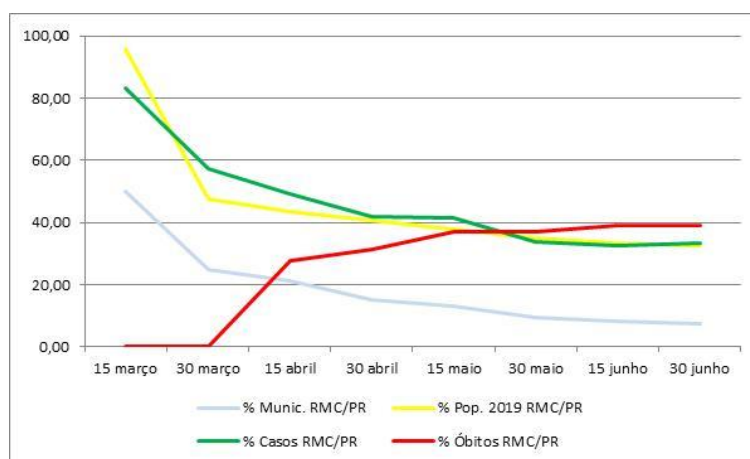
Tabela 1 – Informações sobre a Covid-19 no Paraná em 30/06/2020

Área e período	Nº mun.	Pop. 2019	Casos	Óbitos	Incidência / 100 mil hab.	Mortalidade / 100 mil hab.	Taxa de letalidade (óbitos*100/casos)
Paraná	361	11.248.707	23.965	650	213,05	5,78	2,71
RM Curitiba	27	3.640.611	7.963	254	218,73	6,98	3,19
Demais municípios	334	7.608.096	16.002	396	210,33	5,20	2,47

Fonte: Sesa (Informe Epidemiológico de 01/07/2020)

Ao longo desses meses, observou-se inicialmente uma forte presença da RMC em proporção ao total do Paraná, quanto aos municípios envolvidos, população desses municípios, casos e óbitos (Gráfico 1). Em 30 de março, 58% dos casos se davam em Curitiba e municípios vizinhos na RMC, participação que vem caindo paulatinamente, com a propagação cada vez mais abrangente entre os municípios do interior do Estado, e em 30 de junho (último dado quinzenal analisado) se encontrava em 33,2%. Contrariamente, os óbitos, que em 15 de abril representavam 27,5% do total do Paraná, neste último período alcançaram 39,1%.

Gráfico 1 - Participação % da RM Curitiba no total do Paraná (15/03 a 30/06)



Fontes: Fiocruz (2020); Sesa (2020)

Dos 29 municípios que compõem a Região Metropolitana de Curitiba, 27 já apresentam registros de caso, totalizando 7.693 casos e 254 óbitos por Covid-19, com um coeficiente de mortalidade de 7 por 100 mil habitantes, enquanto entre os demais municípios do Paraná é de 5,2 óbitos. A taxa de letalidade da RMC também é mais elevada que a dos demais municípios paranaenses, respectivamente 3,2% e 2,5%. Sobre esses dados há que se considerar o grande número de sub-registros que comprometem a informação. Considerando os municípios do arranjo populacional de Curitiba⁵, todos já apresentaram casos de infecção pelo novo coronavírus.

⁵ Recorte que configura a ocupação contínua entre o polo e municípios vizinhos, identificado pelo IBGE (2016) como “arranjo populacional” dessa metrópole. Compõe-se dos municípios: Curitiba, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo,

No conjunto da região, Curitiba responde por 56% dos 7.963 casos, e por 57% dos 650 óbitos. Outros municípios do arranjo apresentam números elevados de casos: São José dos Pinhais, com 449, Pinhais, com 414, e Araucária com 401 casos. São José dos Pinhais é também o segundo em número de óbitos, 29, seguido por Colombo, 14, e por Piraquara e Fazenda Rio Grande, ambos com 11 óbitos até 30 de junho (Tabela 2).

Tabela 2 - Informações sobre a Covid-19 nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba

Município	Recorte interior RMC ¹	População 2019	Casos 01/07/2020)	Óbitos 01/07/2020	Incidência (Casos*100 mil/pop.)	Incidência (Óbitos*100 mil/pop.)
Curitiba	RMC1	1.933.105	4.454	145	230,41	7,50
São José dos Pinhais	RMC2	323.340	449	29	138,86	8,97
Pinhais	RMC2	132.157	414	9	313,26	6,81
Araucária	RMC2	143.843	401	5	278,78	3,48
Campo Largo	RMC2	132.002	367	9	278,03	6,82
Colombo	RMC2	243.726	342	14	140,32	5,74
Piraquara	RMC2	113.036	312	11	276,02	9,73
Fazenda Rio Grande	RMC2	100.209	263	11	262,45	10,98
Almirante Tamandaré	RMC2	118.623	160	2	134,88	1,69
Campina Grande do Sul	RMC2	43.288	155	6	358,07	13,86
Quatro Barras	RMC2	23.559	104	4	441,44	16,98
Rio Branco do Sul	RMC2	32.397	76	0	234,59	0,00
Balsa Nova	RMC2	12.941	53	1	409,55	7,73
Mandirituba	RMC2	26.869	49	0	182,37	0,00
Campo Magro	RMC2	29.318	38	1	129,61	3,41
Itaperuçu	RMC2	28.634	37	1	129,22	3,49
Contenda	RMC2	18.584	28	1	150,67	5,38
Bocaiúva do Sul	RMC2	12944	14	1	108,16	7,73
Quitandinha	RMC3	19.049	58	1	304,48	5,25
Tijucas do Sul	RMC3	16.868	48	0	284,56	0,00
Lapa	RMC3	48.163	37	0	76,82	0,00
Adrianópolis	RMC3	5919	32	1	540,63	16,89
Rio Negro	RMC3	34.170	28	1	81,94	2,93
Agudos do Sul	RMC3	9.371	20	0	213,42	0,00
Cerro Azul	RMC3	17.779	16	0	89,99	0,00
Campo do Tenente	RMC3	7.971	4	1	50,18	12,55
Piên	RMC3	12.746	4	0	31,38	0,00
Total RMC		3.640.611	7.963	254	218,73	6,98
Total Paraná		11.248.707	23.965	650	213,05	5,78

Fonte: Sesa (Informe Epidemiológico 01/07/2020)

Notas: ¹RMC1 corresponde ao município polo metropolitano; RMC2, aos municípios que compõem o arranjo populacional, segundo IBGE; RMC3, aos demais municípios da RMC.

Mas são os pequenos municípios, alguns dos limites da RMC, que apresentam os mais elevados coeficientes de incidência (casos/100 mil habitantes) e de mortalidade (óbitos/100

Contenda, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Mandirituba, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul, e São José dos Pinhais.

mil habitantes): com coeficientes de incidência superiores a 400 encontram-se Adrianópolis, Quatro Barras e Balsa Nova; com coeficientes de mortalidade acima de 16 óbitos, também Adrianópolis e Quatro Barras, além de Campina Grande do Sul, com 13,9.

O caso de Campina Grande do Sul merece destaque por ter apresentado elevadas taxas de letalidade no período. O fato de ser divisa com o estado de São Paulo e atravessada pela BR 116, com aglomerações urbanas ao longo da rodovia, pode ser um dos fatores explicativos. Foi o primeiro município a decretar *lockdown* seletivo, no dia 13/05/2020, por decisão exclusiva do poder local, exatamente para o aglomerado urbano localizado na porção norte do município, em função da alta incidência de óbitos na primeira quinzena de maio (três casos para uma população de 4 mil habitantes)⁶.

2. Medidas e ações do poder público no contexto da pandemia

2.1 Municipal - Curitiba

Após os primeiros casos confirmados na capital (12 de março), a Prefeitura Municipal, por meio dos Decretos n° 407 e 421, declara estado de Emergência em Saúde Pública no município e institui as medidas norteadoras para o momento, principalmente no que se refere às regras tanto para o isolamento das pessoas, com ou sem sintomas, que estivessem retornando de viagem ao exterior, quanto para a aquisição de bens, serviços e insumos pertinentes ao enfrentamento do problema. Define como origem dos recursos orçamentários o Fundo Municipal de Saúde (FMS), e dispõem sobre a criação do Comitê de Técnica e Ética Médica, que desde então orienta as ações do governo; a suspensão de aulas das instituições municipais, assim como a proibição da realização de eventos⁷. Na semana seguinte de “enfrentamento”⁸, como se referem os gestores públicos, com base nos Decretos n° 450 e 470, de 26 de março, é realizada a suspensão de atividades não essenciais, inclusive o comércio, e se deixa expressa a proibição da realização de missas e cultos religiosos presenciais, o funcionamento de bares, casas noturnas e a realização de festas privadas (Decreto 470). Neste momento, somados, são 66 casos confirmados na capital e nenhuma morte.

⁶ Decreto 1303 de 13/05/2020, disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/pr/c/campina-grande-do-sul/decreto/2020/131/1303/decreto-n-1303-2020-decreta-a-suspensao-total-de-atividades-nao-essenciais-lockdown-nas-unidades-de-urbanizacao-especifica-do-capivari-barragem-ribeirao-grande-e-jaguatirica-no-municipio-de-campina-grande-do-sul-na-forma-que-especifica-e-da-outras-providencias>

⁷ Essas medidas seguem a Portaria n° 188, de 13 de fevereiro, do Governo Federal, que decreta estado de Emergência Nacional em relação a pandemia de Corona vírus.

⁸ Nessas duas primeiras semanas, foram publicados ainda mais 10 decretos referentes à condição da pandemia. Entre eles estão a revisão de prazos processuais e de contratos da administração pública, a aquisição de EPIS, a instituição de normas para a atividade dos agentes públicos, entre outros.

A primeira morte é registrada em 06 de abril. Em resposta, no mesmo dia, a Secretária Municipal da Saúde, reforça a contratação de novos profissionais para a área da saúde e o incremento do número de leitos de UTI em 31% (Curitiba, 2020b). Em contrapartida, dez dias depois, instituiu-se, por meio de Resolução da SMS (Curitiba, 2020d), a obrigatoriedade do uso de máscaras nos espaços públicos e critérios para a presença de pessoas em estabelecimentos e serviços. O que na prática se trata de regras para a abertura parcial e gradual do comércio, em que, a princípio, são excluídos apenas aqueles estabelecimentos que já estão regulados por Decretos Estaduais (nº 4.230, de 16/03/20, e nº 4.311, de 20/03/20)⁹, como *shopping centers*, galerias e centros comerciais, academias e centros de esportes em geral, mas mesmo estes - após novo decreto do Governo Estadual - são reabertos até o final do mês de maio. Ainda em 17 de abril, data da primeira reabertura, Curitiba apresenta 391 casos confirmados e 9 óbitos.

Curiosamente, dias depois, é a própria Secretária Municipal da Saúde que reforça a necessidade do isolamento domiciliar e o distanciamento social, argumentando que “a população está sendo cooperativa até aqui. Precisamos manter o foco” (Curitiba, 2020a), mas sem considerar que é a própria atuação do município, ao reabrir o comércio de lojas de rua, que incentiva a circulação de pessoas e promove a flexibilização do distanciamento. Dessa forma, é transferida à população uma responsabilidade que é da Prefeitura e dos órgãos de gestão municipal. A diretora de fiscalização da Secretaria Municipal do Urbanismo, é taxativa ao afirmar, após a Ação Integrada de Fiscalização Urbana (AIFU)¹⁰, que as aglomerações são a principal razão para interdição dos estabelecimentos, e em conformidade com a Secretaria da Saúde, também responsabiliza os cidadãos ao atribuir por tais condições o “descaso das pessoas” (Curitiba, 2020c). Demonstrando não apenas a articulação e unificação dos gestores municipais, mas principalmente a mudança de foco do potencial problema: a reabertura do comércio.

Em 1º de maio, 14 dias após a reabertura, os casos aumentam para 614 confirmados e 23 óbitos. As políticas de flexibilização e reabertura do comércio prosseguem, mas agora também em âmbito estadual, em que, a partir do dia 25 são os *shopping centers*, galerias, centros comerciais e academias que têm a permissão para funcionamento (G1PR, RPC Curitiba, 2020). Durante todo mês, a Prefeitura Municipal segue com ações para regulamentar contratos administrativos; a aquisição de bens, serviços, insumos e EPI; a contratação de funcionários da saúde, entre enfermeiros e médicos, assim como, a regulação das demais atividades municipais como a manutenção da suspensão das aulas

⁹ O Decreto nº 4.230 dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus - Covid-19; o Decreto nº 4.311 altera o Decreto nº 4.230.

¹⁰ A AIFU tem como finalidade a vistoria e fiscalização dos estabelecimentos comerciais em razão de documentação, condições do local e medidas de prevenção a Covid-19 em Curitiba.

municipais, entrega de kit de alimentos e outros. Ainda, há uma série de decretos prevendo aumento orçamentário para o Fundo Municipal de Saúde, chegando ao montante de R\$ 107.163.080,89 (Decretos nº 626, 683, 721, 722, 750 e 766)¹¹. Em termos epidemiológicos, em 15 de maio, a cidade apresenta 841 casos confirmados e 33 óbitos, chegando ao final do mês, dia 30, em 1.109 casos confirmados e 46 óbitos.

No entanto, essas ações não foram suficientes para conter a transmissão do novo coronavírus, de forma que em 11 de junho, pela primeira vez desde o início da pandemia, Curitiba atinge o registro de mais de 100 casos em apenas um dia. Os casos confirmados na capital chegam a 1.226, e os óbitos a 71. Em 13 de junho, a Prefeitura muda o alerta para nível intermediário (bandeira laranja) em relação às condições da pandemia e situação de restrição da cidade. Em resposta ao alerta, no mesmo dia, anuncia a restrição da atividade comercial (essencial e não essencial) com o fechamento parcial dos estabelecimentos de atividades como: academias, centros religiosos, bares, clubes sociais e parques; além da restrição de horários do comércio varejista, dos *shoppings centers* e serviços de alimentação local, galerias e centros comerciais, restaurantes e lanchonetes, escritório em geral e lojas de materiais de construção. Ainda, transforma em Decreto as orientações da Resolução nº 01 da SMS e inicia um projeto de escalonamento no horário do comércio e da frota do transporte público.

Em 16 de junho, a Prefeitura reforça medidas sanitárias para o enfrentamento da situação, em que novamente o que se coloca são medidas reativas ao crescimento do contágio, com a fiscalização do uso de máscaras, a obrigatoriedade dos estabelecimentos públicos e privados adotarem estratégias para a diminuição da possibilidade da transmissão e a previsão de sanção. Entre as idas e vindas¹² sobre o fechamento do comércio e o escalonamento de horários, é perceptível a ênfase em ações de fiscalização e, conseqüentemente, a interdição e multa a estabelecimentos funcionando irregularmente (Curitiba, 2020e; Curitiba, 2020f). O último decreto¹³ anunciado até o fechamento deste artigo, 30 de junho, adota medidas mais restritas em relação ao funcionamento de atividades e serviços não essenciais, reforçando que academias, bares e restaurantes, e eventos como teatro e cinema devem permanecer fechados. Ainda, os *shoppings centers*, galerias, suas respectivas praças de alimentação e o comércio varejista, que então tinham o horário reduzido para funcionamento, retornam à categoria de serviços não essenciais e

¹¹ Outras legislações desse período são: Lei Ordinária nº 15.627, de 05 de maio de 2020: Regime Emergencial de Operação e Custeio do Transporte Coletivo. Lei Ordinária nº 15.634, de 14 de maio de 2020, referente aos contratos administrativos (remanejamento de recursos de fundos especiais; revisão de formas de pagamento de contrato; determina que empresas contratadas institua regime de escalas, rodízios e teletrabalho; e outras relacionadas).

¹² Entre 13 a 30 de junho, com os decretos nº 774, nº 796, nº 810 e nº 870.

¹³ Decreto nº 870, de 30 de junho de 2020, que acompanha o Decreto Estadual nº 4.942, da mesma data.

são também suspensos. Espera-se, com esta medida, conter a transmissão do vírus, pois este é o fato a ser prevenido. O que sugere, conjuntamente com medidas de fiscalização, contratação de profissionais da saúde e incremento dos leitos de UTI, a testagem massiva da população, medida que até então não tem sido adotada como eixo de ação da Prefeitura. Atualmente, dia 30 de junho, os casos confirmados já atingem 5.178 pessoas e chegam a 148 óbitos (Quadro 1).

O contexto demonstra que a situação de emergência em decorrência do novo coronavírus exige atuação efetiva dos gestores municipais em termos, principalmente, de prevenção da transmissão do vírus e do contágio da população, e não apenas do enfrentamento ou do combate, presumindo um ato de reação a uma situação em que nos defrontamos. Ou seja, é necessário que a Prefeitura assuma uma ação que busque prevenir a população do contágio e não responsabilizá-la por isso, é preciso assumir um conjunto de medidas antecipadas, e não esperar que encontremos, através da lotação de leitos de UTI e aumento do número de mortes, o pico da transmissão na cidade.

Quadro 1 - Linha do Tempo em Curitiba (12/03/2020 a 30/06/2020)

12/março	13/março	16/março	20 e 26/março	6/abril	17/abril	1/maio
<p>Primeiros casos:</p> <p>São diagnosticados os primeiros casos no estado do Paraná: 05 em Curitiba, a capital; e 01 em Cianorte.</p>	<p>DECRETO N° 407 – Estado de Emergência em Saúde Pública em Curitiba e institui medidas para seu enfrentamento.</p> <p>1) Isolamento de pessoas que retornam de viagem do exterior; 2) dispensa de licitação para aquisição de bens e serviços para enfrentar o problema</p> <p>Com base na Portaria MS n° 188, de 13 de fevereiro de 2020 (Emergência Nacional - âmbito federal)</p>	<p>DECRETO N° 421 – Situação de Emergência em Saúde Pública.</p> <p>§1º, art. 1º “(...) autoriza a adoção de todas as medidas administrativas necessárias ao enfrentamento da emergência (...)”.</p> <p>1) Determina as condições de isolamento e quarentena para pessoas com suspeita e diagnóstico confirmado; 2) cria o Comitê de Técnica e Ética Médica para orientar nas decisões dos órgãos e entidades municipais; 3) suspende, de forma total, as aulas das instituições municipais, e eventos da Administração pública Direta ou Indireta, além de eventos privados com mais de 200 pessoas.</p>	<p>DECRETO N° 450 e 470 - medidas complementares ao D 421 - suspensão de atividades da iniciativa privada (eventos e serviços não essenciais).</p> <p>Os estabelecimentos comerciais estão fora da lista de serviços essenciais, portanto, devem permanecer fechados durante o período da pandemia (há contradição com o noticiado no site da Prefeitura, na mesma data)</p> <p>Até 21 de março, são 29 casos confirmados e 293 suspeitos. Nenhuma morte.</p>	<p>Primeiras mortes:</p> <p>03 mortes.</p> <p>A Cidade tem 192 casos confirmados, 681 descartados e 138 suspeitos.</p> <p>Nesta data, outras 66 cidades do estado também já haviam sido atingidas pelo Coronavírus</p> <p>Totalizando aprox. 466 casos confirmados, 156 suspeitos e 14 mortes no Estado.</p>	<p>RESOLUÇÃO N°1 -</p> <p>Torna obrigatório o uso de máscaras e prevê critérios para presença das pessoas nos estabelecimentos e serviços.</p> <p>Na prática, trata-se de regras para a abertura parcial do comércio, dos estabelecimentos e lojas de rua, em horários especiais e protocolos de higiene e contra aglomerações.</p> <p>391 casos confirmados e 9 óbitos</p>	<p>14 dias após a reabertura</p> <p>Os casos aumentam para 614 confirmados e 23 óbitos.</p>
<p>14 de maio</p> <p>Boletim Covid-19</p> <p>Em Curitiba: 805 casos totais confirmados; 245 suspeitos e 31 óbitos.</p>	<p>a partir de 25 maio</p> <p>DECRETO ESTADUAL -</p> <p>Abertura dos <i>shopping centers</i>, galerias e centros comerciais e academias.</p>	<p>02 junho</p> <p>DECRETO N° 739 - Institui licença para eventos na modalidade Drive-in</p> <p>Boletim Covid-19</p> <p>1.158 casos totais confirmados; 371 suspeitos e 52 óbitos.</p>	<p>09 de junho</p> <p>Programa de Responsabilidade Sanitária e Social - SMS.</p> <p>Institui 3 níveis, sinalizados pelas cores amarela, laranja e vermelha, para descrever as condições da pandemia e situação da cidade.</p>	<p>11 junho</p> <p>Aumento de casos por dia – 121 novos casos/dias</p> <p>Pela primeira vez, desde o início da pandemia de Covid-19, tem-se o registro de mais de 100 casos em apenas um dia.</p> <p>Boletim Covid-19</p> <p>Os casos confirmados na capital chegam a 1.226, e os óbitos a 71 pessoas.</p>	<p>12 junho</p> <p>DECRETOS N° 770 -</p> <p>Institui o Comitê de Supervisão e Monitoramento dos Impactos do Covid-19.</p>	<p>13 junho</p> <p>Alerta Laranja</p> <p>Mudança na situação da capital em relação à pandemia de Covid-19, que passa ao nível 2, indicada pela bandeira de cor laranja.</p> <p>74% dos leitos de UTI ocupados</p>

13 junho	15 junho	16 junho	19 junho	17 e 24 junho	22, 24 e 29 junho	30 junho
<p>DECRETO n° 774 - restrição da atividade comercial (essencial e não essencial) Suspende atividades como: academias, centros religiosos, bares, clubes sociais e parques.</p> <p>Restringe horários de funcionamento: comércio varejista, <i>shoppings centers</i> e serviços de alimentação local, galerias e centros comerciais, restaurantes e lanchonetes, escritório em geral e lojas de materiais de construção.</p> <p>São consideradas não essenciais: salões de beleza, <i>pet shop</i> e afins, serviços de alimentação ambulantes e feiras de artesanato, e serviços imobiliários, além das previstas no DM 470 (26 de março).</p>	<p>DECRETO n° 779 - suspensão de quaisquer atividades educativas presenciais</p>	<p>DECRETO n° 796 – Implementa medidas sanitárias complementares para fins de <u>prevenção e enfrentamento</u>.</p> <p>Dentre elas estão:</p> <p>1) a fiscalização e obrigatoriedade do uso de máscara em espaços públicos;</p> <p>2) a obrigatoriedade de estabelecimentos públicos e privados adotarem estratégias de prevenção da transmissão e infecção do coronavírus;</p> <p>3) Previsão de sanção e</p> <p>4) suspensão de qualquer reunião ou aglomeração de pessoas, salvo na modalidade <i>drive-in</i>.</p>	<p>DECRETO n° 810 – Estabelece a restrição de serviços como medida de enfrentamento.</p> <p>Entre os serviços que ficam suspensos estão: academias e locais para prática esportiva; parques, bares, eventos ou recepções como teatros, cinemas, circos e outros.</p> <p>Também estão suspensas as missas e cultos religiosos, salvo atendimentos individuais e atividades administrativas.</p> <p>Por fim, há a restrição dos horários de funcionamento comercial, portanto, galerias, comércio de rua, <i>shopping centers</i>, praças de alimentação e outros seguem abertos.</p>	<p>Boletim Covid-19:</p> <p>- <u>17 de junho:</u> Em Curitiba, são 2.489 casos confirmados, 475 suspeitos e 94 óbitos.</p> <p>No Estado, são 11.085 casos confirmados, 4.293 suspeitos e 386 óbitos.</p> <p>- <u>24 de junho</u> Em Curitiba, são 2.696 confirmados no total, 120 óbitos.</p> <p>No Estado, são 16.769 casos confirmados, 9.941 suspeitos e 510 óbitos.</p>	<p>DECRETOS n° 816, 819 e 827 – Abrem, somados, crédito adicional suplementar de R\$ 5.909.628,00 para o orçamento do Fundo Municipal de Assistência Social</p> <p>DECRETOS n° 828 – Remaneja R\$ 988.511,04 para reforço do orçamento da Fundação de Ação Social</p> <p>DECRETO n° 836 – Abre crédito adicional suplementar de R\$ 33.333.333,333 para o orçamento do Fundo de Urbanização de Curitiba</p>	<p>DECRETO MUNICIPAL n° 870 (Acompanha o Decreto Estadual 4.942) – Suspende o Decreto 810, e reconsidera como serviços e atividades essenciais o disposto do Decreto 470 (26/03). Ou seja, adota-se uma medida mais restrita em relação ao funcionamento de atividades e serviços essenciais: academias, galerias, igrejas, bares e restaurantes devem estar fechados. Salvo aqueles que atuem na modalidade <i>drive-in</i>.</p> <p>Boletim Covid-19: de 30/07</p> <p>Em Curitiba, soma-se o total de 5.178 casos conformados e 148 óbitos.</p> <p>No Paraná, são 22.623 casos confirmados, suspeitos e 636 óbitos. Em uma semana, tem-se um aumento de 126 mortes.</p>

Fonte: PMC, Portal da Prefeitura.
Elaboração: Kamille B. Mattar

2.2 Região Metropolitana de Curitiba

No âmbito metropolitano, o *site* da Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba (COMEC) não possui área específica tratando da Covid-19 como questão emergencial e que exigem ações integradas. Do ponto de vista formal, verifica-se uma única resolução tratando de medidas de enfrentamento à Covid-19 no âmbito do Transporte Coletivo Metropolitano¹⁴. De acordo com notícias postadas pelo órgão, foram realizados quatro encontros virtuais (até a data de 22 de junho), promovidos pela Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Curitiba (Assomec), cujo assunto gira em torno do transporte metropolitano. Medidas nessa ocasião, de abertura de serviços e comércios em Curitiba repercutiram na necessidade de reunião entre Comec, Companhia de Urbanização de Curitiba (Urbs) e Associação Comercial do Paraná para um debate sobre o horário de funcionamento do comércio com o objetivo diminuir a aglomeração nos transportes públicos.

Constatado grande avanço da Covid-19 no Paraná, e em especial em Curitiba e municípios da RMC, foi realizada, em 17 de junho, uma reunião virtual entre o governador do Estado e prefeitos da Assomec¹⁵. Novas medidas para a RM Curitiba foram publicadas por Decreto Estadual, após passarem por deliberação interna na Assomec. Dois decretos foram publicados no Diário Oficial de 19 de junho, o primeiro direcionado especificamente para a 2ª Regional da Saúde do Paraná, ou seja, para a RMC (Decreto nº 4.885/2020¹⁶), dispendo sobre recomendações para a restrição de horário de atividades comerciais em geral (das 10h às 16h); e *shopping centers* (das 12h às 20h com proibição de abertura nos domingos). Sobre a discussão em relação às medidas de escalonamento das atividades comerciais de modo a evitar aglomerações em horários específicos, especialmente nos terminais de ônibus, o decreto delega esta função aos municípios¹⁷. No artigo 4º, delega também aos municípios a competência de fiscalização das normas que estipularão.

¹⁴ Informação disponível em: http://www.comec.pr.gov.br/sites/comec/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/resolucao.02.2020_-_medidas_coronavirus_-_assinada.pdf

¹⁵ Informação disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=107475&tit=Governo-propoe-regras-para-diminuir-circulacao-de-pessoas-na-RMC>

¹⁶ Informação disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=235469&indice=1&totalRegistros=1&dt=19.5.2020.18.1.9.620>

¹⁷ Art. 3º "Caberá aos municípios indicados no artigo 1º deste Decreto editar normas locais de regulamentação da prestação do serviço público com a finalidade de diminuir a circulação de pessoas, bem como instituir o regime de teletrabalho, resguardando, para manutenção dos serviços públicos considerados essenciais, quantitativo mínimo de servidores em sistema de rodízio, através de escalas diferenciadas e adoções de horários alternativos.

O outro decreto (Decreto nº 4.886/2020¹⁸), aprovado para todos os municípios do Paraná, trata da restrição da comercialização e consumo de bebidas alcoólicas entre 22h e 6h e da intensificação da fiscalização pela Secretaria de Estado de Segurança Pública.

Verifica-se desta forma que a compreensão por medidas articuladas no âmbito da Região Metropolitana foi tardia, e mesmo assim, pouco se avançou em termos de uma diretriz metropolitana a partir da qual os municípios possam regulamentar suas normas locais. Tampouco ficou claro o motivo que levou a autoridade metropolitana a se preocupar em debater a questão da pandemia, qual seja, a discussão em torno do papel do sistema de transporte dentro deste debate, o que por si só já poderia ser o início de um grande guarda-chuva para contemplar os demais desafios que envolvem a questão da Covid-19. A exemplo da pendularidade e distância dos trabalhadores como possíveis vetores da pandemia a/de periferias, que necessitam de um olhar metropolitano sobre necessidades que não se restrinjam à distribuição de máscaras e cestas básicas, mas sobretudo que compreendam a necessidade da aproximação emergencial e urgente do setor público junto às comunidades e realidades locais e cotidianas dessa população.

Diante da escalada exponencial dos números da Covid-19 durante o mês de junho, em novo Decreto Estadual (D.E. nº 4.942/2020¹⁹) publicado no dia 30, o governo impõe regras severas de fechamento de comércio e serviços e de isolamento social na Região Metropolitana de Curitiba e seis outras regiões. Para se tornar um *lockdown*, necessitaria incorporar outras restrições como à locomoção na cidade e barreiras sanitárias, solicitação que foi realizada pelo Ministério Público do Paraná.

O novo decreto que tem validade de 14 dias prorrogáveis e torna obrigatório o fechamento de todas as atividades não essenciais, inclusive feiras livres, restaurantes, lanchonetes e equipamentos e áreas públicas de uso coletivo, restringindo horários de funcionamento dos mercados e supermercados que deverão se manter fechados aos domingos regulando também a sua capacidade máxima. Além disso, suspende procedimentos cirúrgicos eletivos ambulatoriais e hospitalares, visando a otimização no uso de medicamentos e materiais para a utilização em terapias intensivas e emergenciais. Quanto ao transporte coletivo, delimita ao atendimento de passageiros que atuam ou que necessitam utilizar os serviços essenciais, sem, contudo, indicar os procedimentos para o seu cumprimento.

O município de Curitiba aderiu no mesmo dia às novas regras, suspendendo o decreto anterior de restrições criado tendo em vista o alerta laranja. No dia 29 de junho, o município

¹⁸ Informação disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=235470&indice=1&totalRegistros=1&dt=19.5.2020.18.1.32.795>

¹⁹ Informação disponível em: <http://www.aen.pr.gov.br/arquivos/3006decretocovid1.pdf>

de Pinhais havia decretado medidas bastante restritivas, seguindo recomendações do decreto estadual anterior.

2.3 Paraná

O Estado do Paraná elaborou dois Planos de Contingência para a Covid-19. O primeiro trata da organização de medidas e ações do governo em três níveis de resposta, desde o momento em que inicia o monitoramento da doença para a detecção de casos no Estado até o nível três, no qual se verifica a confirmação de transmissão local²⁰. O segundo é um Plano de Contingência de ações e medidas mais detalhadas no nível 3, tratando da gestão com a implantação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública-COE (Resolução SESA nº 126, 02 de fevereiro de 2020), da vigilância epidemiológica, da assistência à saúde, da atenção ambulatorial especializada, do plano de retaguarda hospitalar, do transporte de pacientes e laboratórios²¹. Verifica-se que nos dois planos não são incorporadas estratégias a partir da perspectiva da expansão da Covid-19 em áreas metropolitanas.

O COE, ativado no dia 03 de fevereiro de 2020, compõe-se por representantes das: Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica; Coordenadoria de Organização de Rede de Cuidados da Saúde; Coordenadoria de Vigilância Ambiental; Coordenadoria de Promoção da Saúde; Coordenadoria de Vigilância Sanitária; Coordenação de Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde; Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em saúde; Divisão de Vigilância de Doenças Transmissíveis; Gerência de Atenção Primária em Saúde; Gerência de Urgência e Emergência; Laboratório Central do Estado; Núcleo de Comunicação Social; Vigilância de Saúde do Trabalhador; Comissão de Avaliação, Auditoria e Monitoramento; Ouvidoria Geral da Saúde; Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. O Plano de Contingência do Estado do PR (Nível 3) previu reuniões diárias do COE, sendo que as atas destas reuniões são possíveis de ser encontradas no *site* do Ministério Público do PR²². Neste lugar, verifica-se a existência de atas diárias ou com o intervalo de dois ou mais dias (a partir de 8/jun.) de reuniões realizadas e atualizadas até o dia 23 de junho.

Além dos dados disponibilizados pela Secretaria da Saúde sobre a Covid-19, há as informações do Boletim Semanal da SEPL, SEFA e Receita Estadual²³ que, de acordo com

²⁰ Informação disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/planocovid19final.pdf

²¹ Informação disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-06/plano_de_contingencia_do_parana_covid_19_nivel_3_atualizado.pdf

²² Informação disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-1259.html>

²³ Informação disponível em: <http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/TRANSPARENCIA-Enfrentamento-ao-Coronavirus-11>

estes órgãos, possui como objetivo “disponibilizar para a sociedade dados atualizados da atividade econômica e recolhimento de ICMS no Estado do PR, contribuindo para a quantificação dos impactos causados pela pandemia”.

Antes de concluir, é importante destacar alguns adendos sobre subnotificação e dados da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), a partir de informações de registro de óbitos em cartório:

Em primeiro lugar, é possível perceber que a subnotificação ocorre também aqui no estado. No período compreendido entre a data do primeiro óbito por COVID-19 registrado nos cartórios paranaenses (19 de março) e a data limite do intervalo de segurança que indicamos acima (o que corresponde hoje ao dia 11 de maio), ocorreram 67 mortes por SRAG. No mesmo período em 2019 foram somente 15. Essa diferença de 346,66% permite deduzir que boa parte desses óbitos atribuídos à SRAG foram provocados, na realidade, por COVID-19.

Em segundo lugar, e mais importante, é possível observar que os dados cartoriais revelam uma quantidade e um ritmo de propagação da epidemia muito superior ao que verificamos quando acompanhamos a evolução a partir da data de notificação pela SESA. O boletim epidemiológico recém publicado pela SESA notificou 137 óbitos acumulados por COVID-19 no Paraná. Enquanto isso, o Portal da Transparência – Registro Civil informou na sua última atualização (10h44 do dia de hoje[?]) que foram registrados em cartório 345 óbitos por COVID-19 ou sua suspeita. Ou seja, uma diferença de 151,82% em relação aos notificados pela SESA. Se tomarmos o dia 11 de maio como data de segurança metodológica, a diferença fica em 147,74%. (Júlio César Gonçalves da Silva, Covid-PR)

3. Violação de direitos de grupos vulneráveis no contexto da pandemia na RMC

A Covid-19 evidenciou a profunda desigualdade social existente no Brasil em que diversos segmentos da sociedade vivem situações graves de exclusão socioespacial e vulnerabilidade. Evidenciou também a ausência de ação governamental coordenada para o enfrentamento da pandemia, em que as ações reativas frente aos números de infectados, de mortos e de leitos no sistema de saúde, evidenciam a preferência pela análise única sob o ponto de vista da saúde pública.

Nesse sentido, as diferenças socioespaciais intraurbanas e interurbanas, e grupos populacionais vulneráveis não são aspectos considerados em análises relacionais à questão da saúde pública, e, portanto, medidas necessárias não são evidenciadas, deixando o Estado de prover soluções proativas que preservem as vidas humanas.

Além desse aspecto, outras variáveis relacionais, como: a faixa etária, o trabalho, a circulação das pessoas, o meio de transporte utilizado, os locais que concentram estabelecimentos comerciais e de serviços essenciais que aumentam a vulnerabilidade ao contágio, sobretudo da parcela da população que não pode fazer o isolamento ou a higienização preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pelas condições impostas pela desigualdade social e falta de resposta estatal coordenada para enfrentamento da pandemia.

Embora Curitiba não reúna os mais graves índices de manifestação da pandemia e de colapso do sistema público de saúde das capitais brasileiras, os casos de coronavírus na cidade e Região Metropolitana crescem em ritmo acelerado, motivo pelo qual, as políticas públicas, além de mantidas, precisam ser ampliadas e planos emergenciais implementados. Contudo, os dados do avanço da doença não são melhor explicitados por falta de publicização detalhada e periódica da gestão da saúde e em consequência medidas não são evidenciadas e adotadas para proteção da população, sobretudo da parcela que vive em condições potencialmente vulnerável ao contágio.

3.1 Vulnerabilidade e violação de direitos das Catadoras e Catadores de Material Reciclável no contexto da pandemia

É nesse contexto que se inserem os grupos de Catadoras e Catadores de Materiais Recicláveis e da Pessoa em Situação de Rua, que possuem fragilidades potencializadas pelas condições concretas de vida em que a rua, local de trabalho e de moradia, é também um elemento que leva à maior exposição ao vírus, tornando-os mais vulneráveis à Covid-19. Situação que é agravada pela não ampliação das políticas públicas.

A rua é o local de realização da renda desses grupos vulneráveis e é, também, o local de maior circulação de pessoas, de suas rotas de transbordo em terminais, pontos e estações tubos e da concentração de serviços e comércios que produzem material reciclável em abundância, bem como o deslocamento da RMC às centralidades do município polo.

A ausência de coordenação governamental para enfrentamento da vulnerabilidade ao contágio das catadoras e catadores de material reciclável e da população em situação de rua na RMC ao novo coronavírus, violando o direito à saúde, à assistência social, à segurança alimentar, ao trabalho, à vida e à dignidade humana é evidenciada a partir de dados da Plataforma PRContraCOVID-19²⁴, de entrevistas realizadas com a liderança do Movimento Nacional da Pessoa em Situação de Rua e com a assessoria popular das Catadoras e Catadores de Material Reciclável, em Almirante Tamandaré, Colombo e Curitiba.

Os dados das Catadoras e Catadores de Material Reciclável foram obtidos na Plataforma PRContraCOVID-19 e em reunião *on line* realizada no dia 20/06/2020 com a Assistente

²⁴ A plataforma PrContraCOVID-19 é um sítio virtual colaborativo para integração e interação entre pesquisadores, estudantes sobre análises para o monitoramento e enfrentamento da Covid-19 no Paraná. Além de conteúdo técnico, como painel de monitoramento dos casos, mapa de vulnerabilidade e índice de proteção social, contempla um mapa da solidariedade com campanhas para as populações mais vulneráveis. Todo conteúdo está hospedado em plataforma gratuita disponível em: <https://sites.google.com/view/prcontracovid>.

Social²⁵ que, por meio da educação popular, assessora sete coletivos organizados sob a forma associativa²⁶.

As catadoras e catadores de material reciclável atuam sob condições precárias de trabalho, de forma individual, autônoma e dispersa nas ruas e em lixões, e também, coletivamente, por meio da organização produtiva em cooperativas e associações, na coleta seletiva, triagem, classificação, processamento e comercialização dos resíduos reutilizáveis e recicláveis, contribuindo para a cadeia produtiva da reciclagem. Muitos dos trabalhadores assessorados fazem coleta de forma individual, autônoma e dispersa nas ruas para aumentar os rendimentos diminuídos com a pandemia pela redução de material descartado ou pela cessação do trabalho, como no caso do município de Almirante Tamandaré.

A maioria das pessoas que trabalham com a coleta de materiais recicláveis em Curitiba, Colombo e Almirante Tamandaré reside em favelas ou conjuntos produzidos para desfavelamento ou em espaços caracterizados pela moradia precária, relativa à densidade domiciliar, acesso a saneamento e esgotamento sanitário, condições que, relacionadas ao baixo rendimento e à coleta dispersa nas ruas amplia a possibilidade de contaminação desse trabalhador e de sua família com o armazenamento do material coletado no local de moradia.

Das violações

Segundo dados publicizados na Plataforma PRContraCOVID-19, é possível observar que 3.127 famílias inscritas no CadÚnico²⁷ em Curitiba, Colombo e Almirante Tamandaré que possuem pelo menos um de seus familiares na atividade da coleta de material reciclável estão em situação de vulnerabilidade social. Dessas famílias, 2.182 estão em situação de pobreza ou extrema pobreza, ou seja, com renda *per capita* de até R\$ 178,00 que é critério de elegibilidade para o recebimento do Benefício Bolsa Família. Dessas famílias elegíveis, quase 11% não recebem o benefício.

²⁵ A Assistente Social Antonia Vandécia de Assis é educadora popular do Centro de Formação Irmã Araujo (CEFURIA), organização da sociedade civil que atua a partir da educação popular e da formação política, para o fortalecimento da organização popular em Curitiba, região Metropolitana e outros municípios do Paraná. Disponível em <https://hp.tb.ask.com/tbask/index.html?st=lc&tpr=omni&p2=%5EACRB%5Expt194%5ETTAB03%5Ebr&ptb=D8E69853-EEF3-4754-8D18-E1D550C8BC21&n=7858e561&si=001003013000&enableSearch=true&rdrct=no>.

²⁶ Assessora 191 catadoras e catadores, sendo 99 no Município de Colombo (25 da Associação 3Rs, 65 da Associação Bocaiuva e nove da Associação Rio Verde. 35 no Município de Almirante Tamandaré (25 da Associação Ilha e 10 da Associação Reciclar e Limpar), 50 no Município de Curitiba (50 da Associação Novo Amanhecer e 14 da Associação Barracão).

²⁷ Dados do Cadastro Único para Programas do Governo Federal de março de 2020.

O não acesso ao benefício de renda mínima é um direito violado pelos Governos Federal e Municipal, pois resultam da capacidade de gestão²⁸ do município em executar os serviços de proteção social básica e especial da Política de Assistência Social e da qualidade do preenchimento do cadastro único ou do pagamento de novos benefícios por parte do Governo Federal.

Dessa maneira, a segurança de renda não provida às famílias de catadoras e catadores em situação de pobreza e extrema pobreza por meio da inclusão no benefício Bolsa Família é uma violação de direito à redução da vulnerabilidade e da pobreza necessária para enfrentamento da pandemia, sobretudo considerando as condições concretas de vida dessa população nos territórios precários e na atividade precária que realizam para auferir renda, condições que ampliam a vulnerabilidade à Covid-19.

O não acesso a um patamar mínimo de renda, representa a violação do direito a seguranças que devem ser promovidas pelo poder público a indivíduos em situação de vulnerabilidade e ou risco social para redução de sua condição de vulnerabilidade e de pobreza, essencial na situação de fragilização das condições concretas de vida dessa população nos territórios em decorrência da pandemia.

Entrevista com a Assessoria Popular

A entrevista utilizou como base o formulário online fornecido pelo BrCidades²⁹ contendo as dimensões estabelecidas para elaboração do presente texto³⁰. De acordo com a entrevistada nos municípios de Curitiba, Colombo e Almirante Tamandaré a população de catadoras e catadores de material reciclável é invisibilizada pelo poder público, sobretudo na presente situação de enfrentamento da pandemia.

São aqueles que apresentam questões específicas de sobrevivência em uma atividade que os expõem ainda mais ao contágio, para além das precárias condições de moradia e de infraestrutura sanitária e ambiental em que vivem. Salienta-se que estas condições específicas não são observadas pelo poder público.

As principais violações se referem à:

²⁸ Os dados da Plataforma PrContraCOVID-19 evidenciam uma baixa capacidade de gestão nos Municípios.

²⁹ O BrCidades é uma rede nacional que visa construir coletivamente cidades mais justas, solidárias, economicamente dinâmicas e ambientalmente sustentáveis

³⁰ Disponível em <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfIMtZTN6hkEtguTqL6KsfhVUxiedeFN-mCWMbMFq9rMGPHQ/viewform>.

- Falta de gestão coordenada do poder público, e deste assumir a condição da vulnerabilidade socioeconômica dessa população com a ampliação da exposição ao risco pelo trabalho.
- Falta de plano emergencial para garantir a sobrevivência e a proteção social por meio de recurso financeiro, alimentação e higienização, necessários para a preservação da vida durante a quarentena e o período de contágio da Covid-19 nos municípios. A situação das famílias frente à violação desses direitos moveu a iniciativa da sociedade civil organizada para elaboração de campanhas de solidariedade voltadas à doação de alimentos, material de higiene e recursos financeiros para cerca de 4.000 famílias que trabalham com reciclagem na RMC cadastradas pelo Centro de Formação Urbano Rural Irmã Araújo (Cefuria). As campanhas solidárias deram origem ao Mapa da Solidariedade³¹ elaborado no projeto de extensão da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), de forma participativa com entidades de defesa de direitos, para articular pequenas campanhas de doação às famílias vulneráveis.
- Falta de mecanismos do poder público para reduzir a exposição das catadoras e catadores, organizados coletivamente, ao material descartado e garantir trabalho e renda sem que este amplie os riscos à contaminação na coleta individual. Como por exemplo, os municípios assumirem a coleta seletiva e quarentena de todo o material reciclável produzido no município e o transporte desse material desinfetado até as associações para execução do trabalho.
- Falta de ação orientativa com comerciantes, empresários e a população em geral sobre o descarte de material reciclável e de equipamentos de proteção individual, como máscaras e luvas, na quarentena e durante o período de contágio do vírus, e ainda e do descarte de resíduos sólidos em residências com pessoas contaminadas pela Covid-19.
- Falta de campanhas de reforço de vacinas como a antitetânica e a H1N1 para prevenir a contaminação e assim o agravamento da situação de saúde e a necessidade de utilização de unidades de saúde.
- Falta de provisão de renda, higienização e alimentação que possibilitem as pessoas idosas que trabalham com a coleta de material reciclável fazer o isolamento.
- Falta de plano emergencial que acompanhe a suspensão das aulas para que as mães únicas provedoras que trabalham com a coleta de material reciclável possam permanecer com seus filhos nos domicílios, sem exposição ao contágio nos

³¹ O Mapa compõe a Plataforma PrContraCOVID-19, hospedada no MPPR. Disponível em: <https://sites.google.com/view/prcontracovid/mapa-da-solidariedade>

barracões e nas ruas, tornando a suspensão das aulas um modelo efetivo de não contágio de crianças e adolescentes e seus familiares.

- Falta de gestão da administração pública para que espaços de aglomeração em territórios vulneráveis, como as igrejas, se mantenham fechados evitando aglomerações em territórios que somam condições sanitárias, ambientais e da dinâmica social que potencializam a disseminação e o contágio da Covid-19.
- Falta de condições de trabalho seguro em relação à contaminação pela Covid-19 ou de renda para que os trabalhadores pudessem fazer a quarentena do material e das pessoas, e ainda o isolamento das idosas e idosos.
- Falta de ampliação de serviços públicos, principalmente relativos à saúde, assistência social, segurança alimentar e moradia, para que catadoras e catadores pudessem se proteger da contaminação com o coronavírus, como a ingestão de nutrientes para o fortalecimento da imunidade, o fornecimento de material de higienização para o trabalhador e sua família, condições para isolamento de pessoas com suspeita de contaminação, garantia de acesso à água potável, lavatórios e banheiros nos domicílios e no trajeto do trabalho, orientação sobre violência doméstica contra crianças e mulheres e do atendimento dessas situações durante a pandemia.

3.2 Vulnerabilidade e violação de direitos da Pessoa em Situação de Rua

As condições da “Pessoa em Situação de Rua” no contexto da pandemia foram analisadas com base nos dados da Plataforma PRContraCOVID-19, do Instrumento Jurídico *amicus curiae* elaborado pela Terra de Direitos³² para subsidiar Ação Civil Pública da Defensoria Pública do Paraná Contra a PMC, e em entrevista com uma Liderança do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR)³³, representante de cerca de 17.000 pessoas nos Núcleos Curitiba e Paraná.

Das violações

³² É uma organização de direitos humanos constituída enquanto associação civil sem finalidade lucrativa, fundada em 15 de junho de 2002, com sede em Curitiba. Suas atividades se voltam para a defesa dos direitos humanos em geral e para a efetivação dos direitos humanos econômicos, sociais, culturais e ambientais (Dhesca) em particular.

³³ A entrevista *on line* com Leonildo José Monteiro foi realizada por pesquisadoras do Núcleo Curitiba do Observatório das Metrópoles, Kelly Vasco e Simone Polli, no dia 03 de junho de 2020 teve como base o formulário encaminhado pelo BrCidades, elaborado com as mesmas dimensões do Dossiê de Violação de Direitos do Observatório das Metrópoles. Disponível em: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf-SMiMONMI3JJAYBbuFLXHxszfzfsGBSx6CEIfivH0OLqSOQA/viewform>.

Segundo dados publicizados na Plataforma PRContraCOVID-19, é possível observar que das 2.556 famílias inscritas no CadÚnico³⁴ em Almirante Tamandaré, Colombo e Curitiba em situação de rua, 96% concentram-se no município polo. Das famílias cadastradas, 2.317 estão em situação de pobreza ou extrema pobreza, ou seja, com renda *per capita* de até R\$ 178,00 que é critério de elegibilidade para o recebimento do Benefício Bolsa Família. Dessas famílias elegíveis, 602 famílias, 26%, não recebem o benefício.

O não acesso ao benefício de renda mínima é um direito violado pelos governos federal e municipal, pois resulta da capacidade de gestão³⁵ do município em executar os serviços de proteção social básica e especial da Política de Assistência Social e da qualidade do preenchimento do cadastro único ou do pagamento de novos benefícios por parte do governo federal. Essa situação é ainda mais grave se observadas as especificidades de cada município. Colombo tem apenas 85 pessoas em situação de rua cadastradas, tem apenas um Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP), nenhuma unidade de acolhimento e uma nota de avaliação do equipamento que executa os serviços da proteção social especial baixa (IDCREAS 2,0)³⁶.

O município de Curitiba tem um número elevado de pessoas em situação de rua inscritas, 2.459, seis Centros POP e capacidade de acolhimento para 897 pessoas com uma nota baixa de avaliação do equipamento de execução dos serviços de proteção social especial (IDCREAS 2,74). Portanto, tem uma avaliação razoável na execução dos serviços, considerando o número de pessoas e equipamentos para gerir, mas uma baixa capacidade de proteção social ao considerar a vulnerabilidade social, sobretudo, se considerada a solução de acolhimento que requer estratégias muito mais complexas, haja vista as 1.562 pessoas que não possuem vagas e considerando o relato da liderança de que o número de pessoas em situação de rua é muito maior do que as cadastradas no CadÚnico.

O município de Almirante Tamandaré tem apenas 22 pessoas inscritas no CadÚnico em situação de rua, 17 em situação de pobreza e extrema pobreza e 29% não beneficiadas pela renda mínima, sem centro POP, unidade de acolhimento e a melhor nota dentre os três municípios referente à avaliação do equipamento que executa a proteção social especial (IDCREAS 3,0). Portanto uma boa nota na gestão do serviço, mas um percentual maior de famílias excluídas do acesso ao Bolsa Família, diante do pequeno número de pessoas inscritas. Dessa maneira, a segurança de renda não provida às pessoas em situação de rua por meio da inclusão no benefício Bolsa Família é uma violação de direito à redução da vulnerabilidade e da pobreza necessária para dignidade humana e enfrentamento da

³⁴ Dados do Cadastro Único para Programas do Governo Federal de fevereiro de 2020.

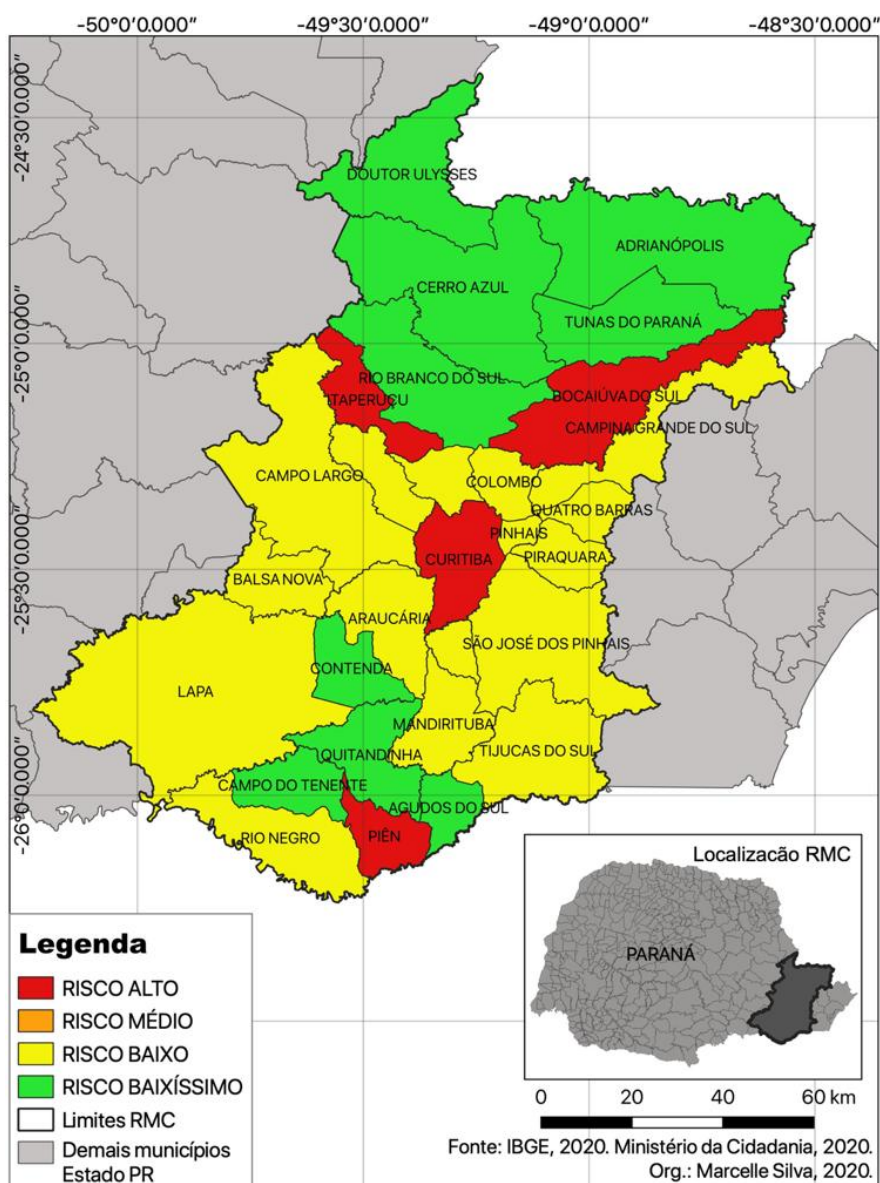
³⁵ Os dados da Plataforma PRContraCOVID-19 evidenciam uma baixa capacidade de gestão nos Municípios.

³⁶ Os valores variam de 1 a 5 e a avaliação é realizada pelo Ministério da Cidadania.

pandemia, sobretudo considerando as condições concretas de vida dessa população. É também violação de direitos não apresentar vagas para acolhimento e alternativas de atendimento, deixando essa população desprotegida socialmente e expondo-a à Covid-19.

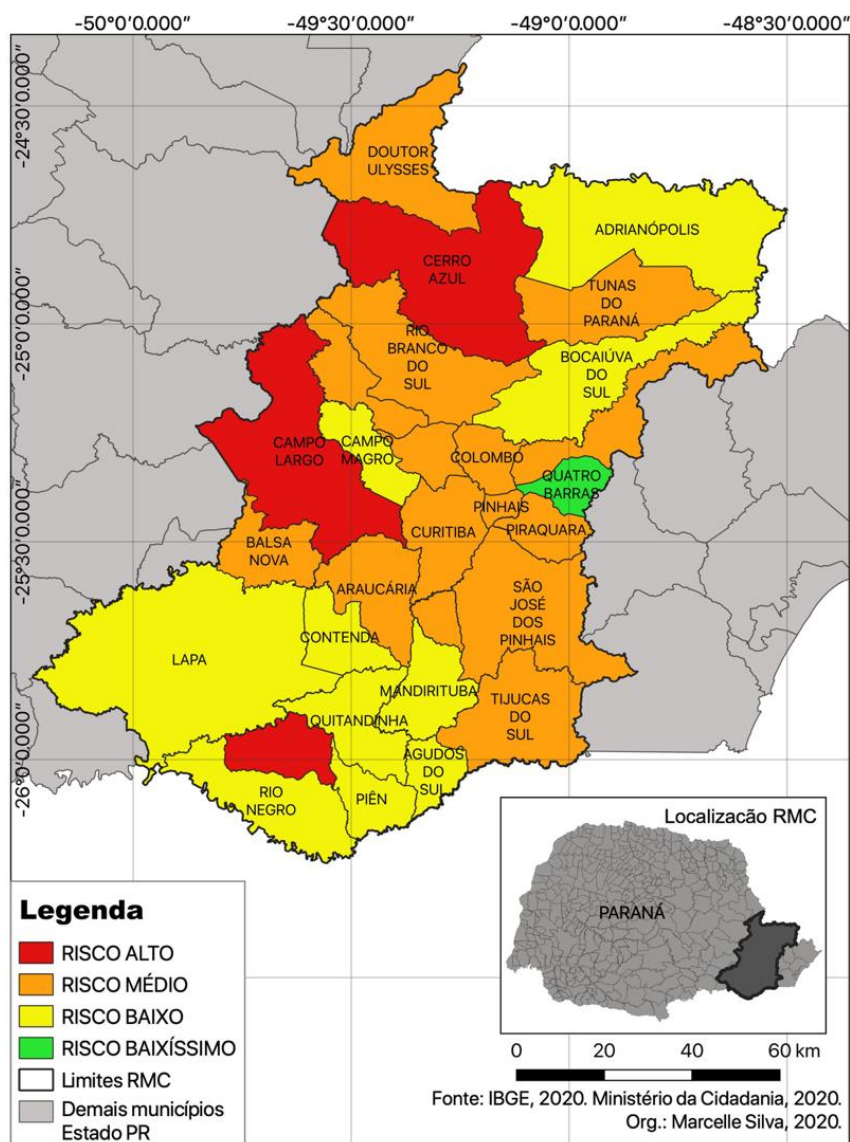
Almirante Tamandaré e Colombo apresentam baixo risco e Curitiba, alto risco à vulnerabilidade da Pessoa em Situação de Risco à Covid-19, considerada a capacidade de acolhimento das Pessoas em Situação de Rua (Figura 1), e de acesso à renda por meio do Benefício Bolsa Família, e na capacidade de gestão do serviço, possuem risco médio na capacidade estatal de proteção social (Figura 2) de todos os inscritos no CadÚnico, incluindo a Pessoa em Situação de Rua.

Figura 1 – Classificação do Índice de Vulnerabilidade das Pessoas em Situação de Rua - Região Metropolitana de Curitiba



FONTE: Plataforma PRContraCOVID, junho de 2020.
Elaboração: Marcelle Borges Lemes da Silva

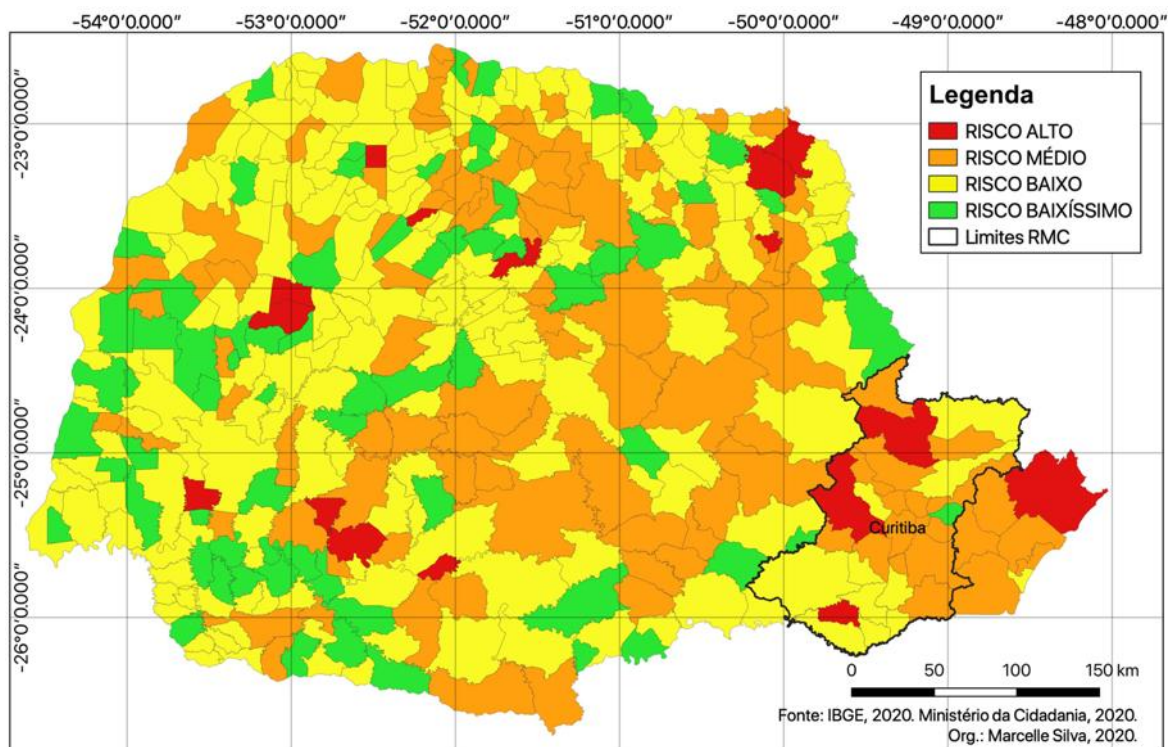
Figura 2 – Classificação do Índice de Proteção Social - Região Metropolitana de Curitiba



FONTE: Plataforma PRContraCOVID, junho de 2020.
Elaboração: Marcelle Borges Lemes da Silva.

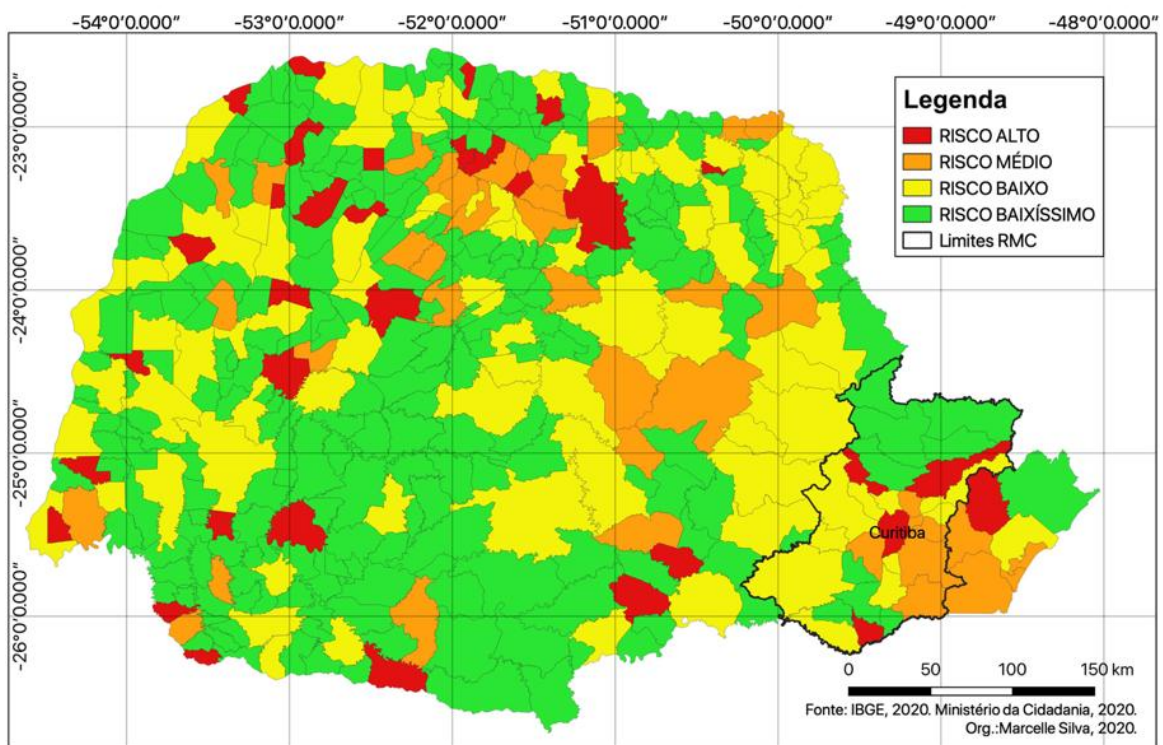
O Índice de Proteção Social nos municípios do Paraná (Figura 3), que representa a capacidade de gestão dos serviços e a vulnerabilidade dessas famílias, e o Índice da Vulnerabilidade Social das Pessoas em Situação de Rua nos municípios do Paraná (Figura 4) evidenciam a capacidade de resposta do Estado na Política da Assistência Social para afiançar as seguranças sociais e fazer o enfrentamento à pandemia e, assim, efetivar a proteção social como condição de enfrentamento da vulnerabilidade e risco social e da pandemia. Demonstram municípios que já estão em alerta do ponto de vista da proteção social aos grupos em vulnerabilidade e/ou risco social, que são potencialmente vulneráveis à Covid-19 frente às desigualdades socioespaciais e por marcadores de raça e gênero.

Figura 3 – Classificação do Índice de Proteção Social - Estado do Paraná



Fonte: Plataforma PRContraCOVID, junho de 2020.
Elaboração: Marcelle Borges Lemes da Silva.

Figura 4 – Classificação do índice de Vulnerabilidade da População em Situação de Rua - Estado do Paraná



Fonte: Plataforma PRContraCOVID, junho de 2020.
Elaboração: Marcelle Borges Lemes da Silva.

Diante das questões evidenciadas, os pesquisadores da Plataforma PrContraCOVID-19 estão direcionando esforços em análises relacionais da vulnerabilidade dos grupos atendidos e da capacidade de resposta estatal dessa política e sua relação com os riscos dos territórios para elencar alertas a serem observados pela gestão pública, entidades da sociedade civil e a população.

Entrevista com a Liderança do Movimento Nacional

De acordo com a liderança, as principais demandas da população em situação de rua antes da pandemia e no contexto da pandemia se referem ao acesso à água potável, banheiros e lavatórios públicos, alimentação adequada, espaços para higienização pessoal e de roupas, equipamentos e serviços públicos para cadastramento, tanto do CadÚnico como de auxílio emergencial.

Também fazem parte destas demandas o acolhimento com abordagem e segurança pública que não viole os direitos da pessoa em situação de rua, regras que respeitem e considerem os laços familiares (sem separar casais e filhos de seus responsáveis) e hábitos cotidianos da pessoa em situação de rua, e vagas que viabilizem o distanciamento mínimo para não contaminação, bem como alternativas de moradia com a implementação do Programa de Locação Social, com abordagem para a moradia, primeiro, tanto para as 5.000 representadas em Curitiba quanto para as 12.000 no Paraná, que possibilitem a estruturação da vida e do processo de saída das ruas.

As principais violações se referem:

- Ao Plano Emergencial - Falta de um plano emergencial de atendimento, orientação e ampliação de políticas públicas para atendimento das necessidades e proteção da População em Situação de Rua ao contágio - apesar do agravamento da disseminação da Covid-19, o atendimento à essa população diminuiu ao invés de aumentar. Desde o início da pandemia, ocorreu o fechamento da maioria dos Centros de Referência Especializados para a População em Situação e Rua (Centros Pop) existentes em Curitiba por não estarem adaptados às recomendações sanitárias para combate à pandemia, seja por promoverem aglomeração ou porque provocavam adensamento maior que o indicado, sem um plano emergencial, com alternativas suficientes ao funcionamento regular. Fez-se necessário uma adaptação do atendimento às orientações de saúde, de modo que a Prefeitura os transformou em Casas de Passagem. Contudo, nessa transformação, a atuação tão importante dos Centros POP, embora tenha sido em alguma medida retomada, ainda não conseguiu recuperar toda a amplitude.

- À dignidade Humana - Falta de medidas para garantir a dignidade humana como permitir o uso de banheiros, serviço básico, que contribuiriam com as medidas de prevenção à disseminação do coronavírus, permitindo lavagem de mãos, escovação dos dentes e uso dos banheiros de forma adequada, sem necessidade de uso das ruas.
- Ao Direito Humano e Fundamental à Água e à Alimentação Adequada - No período de pandemia do coronavírus, a População em Situação de Rua de Curitiba não tem garantido seu direito humano e fundamental à alimentação e nem disponibilização de torneiras comunitárias e galões com bombas manuais. Também não tem no poder público a responsabilização pela oferta das refeições, uma vez que isso tem sido realizado com base na capacidade de organizações voluntárias, e não se orientado pela demanda, de modo a atender, no mínimo, à quantidade de pessoas inscritas no CadÚnico, de maneira gratuita, com no mínimo três refeições diárias, a serem disponibilizadas preferencialmente no centro e arredores, visto que é onde se localiza grande parte da população em situação de rua.
- Ao Direito Humano e Fundamental à Moradia Adequada – A falta de moradia é uma violação que afeta a efetivação de outros direitos humanos além do direito à vida, como os direitos à não discriminação, saúde, água e saneamento, segurança da pessoa e não sofrer tratamento cruel, degradante e desumano. Expõe a população em geral a um risco continuado. A população em situação de rua tem risco médico alto e está sujeita a desproporcionais desafios de saúde e maiores índices de doenças respiratórias, o que aumenta a suscetibilidade às doenças, dentre elas à Covid-19³⁷.
- À falta de implementação do Programa de Locação Social para a Pessoa em Situação de Rua³⁸ demonstra o não cumprimento da obrigação do Estado em providenciar imediatamente acomodação para todas as pessoas sem moradia, vivendo em situações difíceis ou nas ruas, com uma perspectiva de propiciar sua transição para uma moradia permanente, para que elas não retornem à situação de falta de moradia. Nesse programa está prevista a oferta de unidades habitacionais de propriedade do poder público (parque público) para a moradia da população em

³⁷ Quanto ao contexto da pandemia da COVID-19, a Relatora Especial da ONU para a Moradia Adequada elaborou uma “Nota de Referência” aos Estados reforçando que a moradia se tornou se o front de defesa contra o coronavírus.

³⁸ Esse programa nasceu de uma demanda do MNPR, e sua construção iniciou em 2015 com a discussão e articulação de diversas entidades que compõem o grupo de trabalho de Políticas Habitacionais para a Pop Rua, instituído no âmbito do Centro de Apoio Operacional às promotorias de justiça de Proteção ao Meio Ambiente, Habitação e Urbanismo do MPPR, com participação de 11 entidades. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/seminario-em-curitiba-lanca-proposta-de-locacao-social-para-a-populacao-em-situacao-de-rua/22786>

situação de rua, mediante eventual contrapartida de cobrança de taxa proporcional ao rendimento do beneficiário, segundo faixas regulamentadas em lei, e a aplicação das “Cotas de Habitação de Interesse Social” previstas no atual Plano Diretor de Curitiba (art. 85), bem como o cadastramento e utilização de imóveis particulares para a mesma finalidade, desde que atendam aos requisitos de localização, custo e habitabilidade³⁹.

3.3 Outros direitos violados

Direito de ir e vir

Com relação à mobilidade urbana, ela é fundamental para a garantia de um dos direitos fundamentais da pessoa humana que é o de ir e vir e está diretamente relacionada às medidas de contenção da doença e, ao mesmo tempo, revela outra forma de desigualdade, pois são as regiões periféricas (quer em bairros de Curitiba, quer nos municípios que formam o aglomerado metropolitano) as mais dependentes do transporte público. Mesmo considerando que em análise comparada com outras metrópoles brasileiras, Curitiba ainda seja tomada como exemplo bem sucedido na resolução da questão da mobilidade urbana, a crise do transporte coletivo não deixa, também aqui, de ser um dos vetores de contaminação do novo coronavírus na medida em que cotidianamente milhares de pessoas são expostas ao contágio, em estações de embarque superlotadas e viagens em coletivos também com grande lotação, pois precisam buscar formas de sobrevivência, trabalho e acesso aos bens e serviços geralmente localizados nas áreas centrais. Destacamos aqui a rede de serviços hospitalares que em geral estão localizados nas regiões centrais ou no eixo norte, enquanto os bairros mais populosos estão na porção leste e sul da cidade.

A política de mobilidade urbana, organizada através da Rede Integrada de Transportes-RIT, tem o centro da cidade como seu marco zero. Nesse sentido, esta política se revela como mais um indicativo da desigualdade em Curitiba, uma vez que os bairros periféricos da cidade, onde a demanda por transporte público é maior, são os que possuem a menor quantidade de terminais e linhas de ônibus, o que sempre ocasionou aglomerações. Este “velho” problema adquiriu um “novo” contorno diante da pandemia de Covid-19, pois, embora a redução dos serviços de transporte público seja uma estratégia relevante para diminuir os níveis de mobilidade urbana e limitar a disseminação do vírus, também pode catalisar uma disseminação descontrolada do vírus, por promover aglomerações em terminais e veículos, justamente nas regiões mais afastadas dos estabelecimentos com

³⁹ Vale colocar como sugestão medida adotada em outras cidades, como Niterói, quanto ao uso das vagas ociosas dos hotéis centrais como alternativa de locação temporária das pessoas em situação de rua.

capacidade para atender os casos mais graves de Covid-19. A mobilidade urbana, assegurada através do Sistema de Transporte Coletivo, acarreta um cerceamento do direito à cidade, ao não assegurar que a população tenha acesso equitativo aos serviços públicos, uma vez que, quanto mais distante das regiões de infraestrutura consolidada (bairros da região central), menos opções de deslocamento, o que coloca em xeque o fato de o transporte ser um direito social dos brasileiros previsto na constituição.

A mobilidade via transporte coletivo está condicionada ao uso dos alimentadores, que são os ônibus que levam até os terminais de integração, sendo que estes possuem horários e trajetos restritos, com poucos ônibus disponíveis. São os bairros da porção sul de Curitiba, os mais distantes dos equipamentos e bens públicos, além dos postos de trabalho, localizados, principalmente, na região central da cidade. A região periférica, ao sul de Curitiba, é a mais dependente do sistema de transporte coletivo e sempre sofreu as consequências da quantidade reduzida do número de ônibus e a consequente aglomeração, tanto em locais de embarque e desembarque quanto dentro dos veículos. Situação que despertou o alerta das autoridades sanitárias pelo perigo de uma disseminação descontrolada do vírus.

Tanto que, no dia 20 de março de 2020, a Companhia de Urbanização de Curitiba (Urbs) determinou – alegando que, em função da redução de 37% na demanda de passageiros – que as linhas de reforço, que atendem pela manhã e à tarde, não iriam mais funcionar. Além disso, a previsão era de que, a partir do dia 25, o sistema passasse a funcionar com a tabela de sábado durante os dias de semana e a de domingo nos fins de semana. Não é de se espantar que a medida tenha causado grande aglomeração nos terminais, se tornando notícia nos principais meios de comunicação da cidade, o que levou o prefeito Rafael Greca (DEM) a, não só cancelar a medida, como determinar a abertura de uma investigação sobre o ocorrido, como reportado pelo site de notícias Bem Paraná⁴⁰: “É inaceitável que a população tenha que ser submetida a essa superlotação em um momento de pandemia de novo coronavírus. Vamos investigar”, disse o prefeito.

Esta já era uma preocupação do IPEA, como relatado em nota técnica, de abril de 2020:

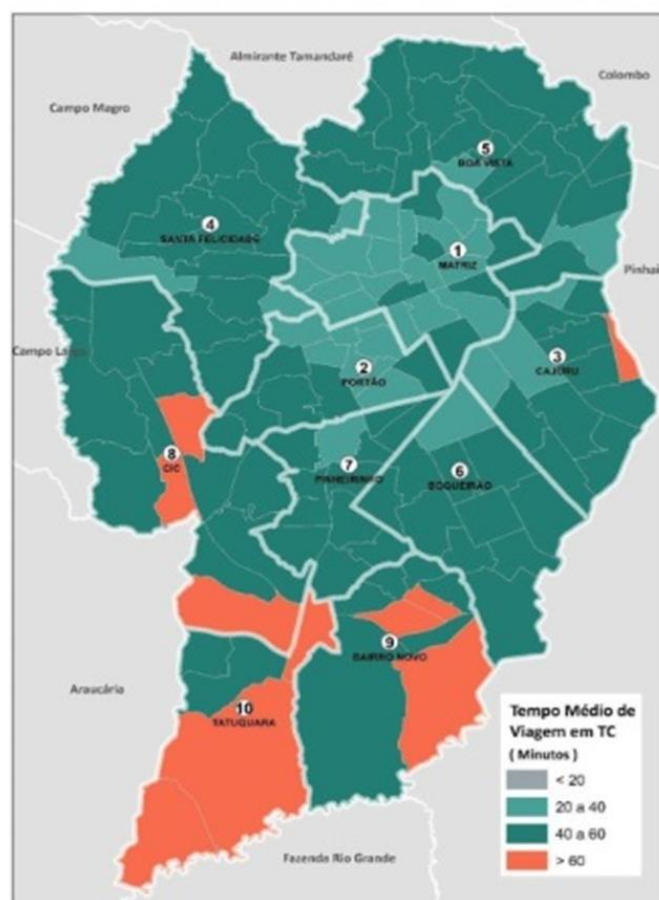
[...] a redução do serviço de transporte público, com diminuição da frota e da frequência de viagens, leva a um aumento no tempo de espera nas paradas de transporte e pode, conseqüentemente, provocar aumento do adensamento de pessoas nas paradas e lotação dos veículos que potencializam a disseminação do vírus (IPEA, 2020, p. 46).

Portanto, um dos pilares do monitoramento das ações públicas, quer na ocorrência da pandemia, quer no pós-pandemia deve ser processo pelo qual as gestões locais – as prefeituras municipais - promovam a reorganização do serviço de transporte público, sem

⁴⁰ Disponível em: https://www.bemparana.com.br/noticia/greca-manda-investigar-responsabilidades-sobre-aglomeracao-em-terminais#.Xq_DBahKjIU

comprometer a oferta de serviços de linhas de transporte regulares. Deve ser dada ênfase a este aspecto porque a redução dos serviços de transporte público embora seja, em tese, uma estratégia relevante para diminuir os níveis de mobilidade urbana e limitar a disseminação do vírus, na prática, pode se revelar como potencial catalisadora de uma disseminação descontrolada do vírus, por promover aglomerações em terminais e veículos. Como exemplo, a Figura 5 localiza por bairros de Curitiba o tempo médio gasto em viagem de ônibus, e mostra que a população dos bairros periféricos, os mais dependentes do serviço de transporte coletivo, são os que ficam mais tempo expostos à contaminação.

Figura 5 - Tempo médio de viagem em transporte coletivo na Rede Integrada de Transporte Coletivo de Curitiba (RIT)



Fonte: IPPUC, 2017.

Direito à saúde

Se a aglomeração provocada pela política de transporte coletivo é um dos vetores de contaminação, é necessário ressaltar que isso gera adoecimento, não apenas pelo novo coronavírus como por outras formas de doenças virais, comprometendo o sistema de saúde. Quando se enfoca a dimensão da saúde, é necessário destacar, conforme

preconizado no texto constitucional, ser um direito de todo cidadão e que cabe ao Estado provê-lo direta ou indiretamente.

Nesse sentido, em 19 de março de 2020, em coletiva à imprensa sobre o enfrentamento da pandemia de Covid-19⁴¹, o então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, destacou a importância da atenção básica em saúde, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), para evitar que as transmissões se alastrem, especialmente em comunidades mais pobres, e para que a rede hospitalar não entre em colapso devido à pandemia do novo coronavírus. Durante a entrevista o ex-ministro ainda destacou que os agentes e os médicos de saúde da família eram fundamentais no enfrentamento à Covid-19.

O Programa Saúde da Família (PSF), considerado fundamental no enfrentamento da pandemia de Covid-19, foi criado oficialmente em 1994, mas seu desenho tem início em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, com foco nas regiões Norte e Nordeste e com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços de saúde para áreas mais pobres e desvalidas. Ou seja, a gênese do Programa Saúde da Família (PSF) se insere, também, no contexto de estudos e pesquisas que associam a organização social do território às inúmeras formas de desigualdade.

Curitiba aderiu ao PSF em 1995, em sintonia com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Existem, até o momento, dois modelos de US na Atenção Primária em Saúde (APS) em Curitiba. Um se refere ao das unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), e o outro, ao modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS). Ambos possuem equipes multidisciplinares, mas diferem na organização do atendimento, no perfil das equipes e na distribuição territorial. No modelo tradicional, os médicos da UBS atendem à população por segmentos, de acordo com sua especialidade, em pediatria, clínica médica e obstetrícia e ginecologia. Nas unidades da ESF, os médicos são especialistas na saúde da família e comunitária, trabalham em tempo integral, atendem as pessoas em todas as fases do seu ciclo de vida e conhecem as famílias da sua comunidade.

De acordo com o *site* da Secretaria Municipal de Saúde⁴², a Rede Municipal de Saúde conta, atualmente, com 111 Unidades Básicas de Saúde, sendo 67 UBS com Estratégia de Saúde da Família e 44 UBS tradicional, nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 13 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cinco unidades especializadas/especialidades médicas, três Centros de Especialidades Odontológicas, dois Hospitais, um Laboratório de

⁴¹ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=530nK1vKslc>

⁴² Informação disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html>

Análises Clínicas, uma Central de Vacinas, cinco Residências Terapêuticas, um Centro de Zoonoses e 68 Espaços Saúde. Estes equipamentos municipais de saúde de Curitiba estão distribuídos, ainda, de acordo com 10 distritos sanitários: Matriz, Boa Vista, Santa Felicidade, Portão, Cajuru, Boqueirão, Pinheirinho, CIC, Bairro Novo e Tatuquara.

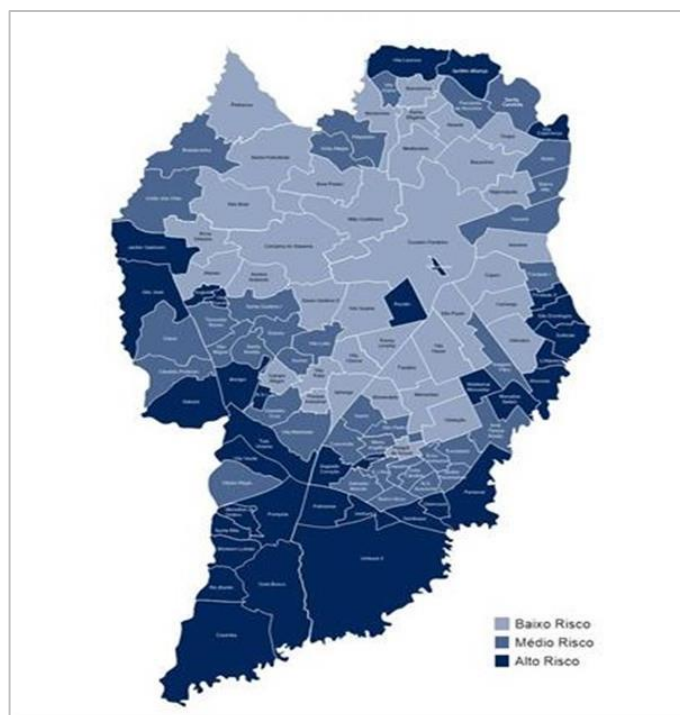
Importante destacar que, desde julho de 2018, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) deu início a um processo de readequação da distribuição de profissionais na rede de atenção básica com o alegado objetivo de corrigir distorções, priorizando as comunidades mais carentes e com maior necessidade de serviços da área. Para tanto, a Secretaria Municipal de Saúde conduziu um amplo estudo com base no Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde (IVAB), elaborado de acordo com o Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Paraná (IVF-PR), do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Ipardes), e da população do Censo do IBGE – 2010, por área de abrangência, utilizando os dados do Cadastro Único do Governo Federal. Desde então, o IVAB é utilizado como estratégia para promoção da equidade no Sistema Único de Saúde em Curitiba, definindo a distribuição dos recursos do SUS Curitiba e norteando as ações de saúde no Município.

De acordo com o Decreto nº 638, de 21 de junho de 2018, que institui o IVAB na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, esse índice é calculado pela média aritmética entre os índices de 4 dimensões: adequação do domicílio, perfil e composição familiar, acesso ao trabalho e renda e condições de escolaridade⁴³. A partir do IVAB, as Unidades Municipais de Saúde são ranqueadas sob a lógica de intervalos regulares com base no conjunto de dados ordenados de forma crescente, e divididas em três grupos a partir do cálculo dos tercis. As Unidades Municipais de Saúde localizadas no tercil 1 são denominadas como de baixa vulnerabilidade, no tercil 2 como de média vulnerabilidade e no tercil 3 como de alta vulnerabilidade⁴⁴. A Figura 6, referente à distribuição das unidades de saúde de acordo com o IVAB, outra vez expõe a vulnerabilidade nas áreas periféricas da cidade.

⁴³ I - Adequação do domicílio - composto por 5 componentes: espécie de domicílios, densidades por dormitório, material de construção do domicílio, água encanada, esgotamento sanitário; II - Perfil e composição familiar - composto por 9 componentes: responsabilidade pela família, razão entre crianças e adolescentes, e adultos, presença de trabalho infantil na família, presença de crianças e adolescentes internados, presença de adultos internados, presença de idosos internados, presença de pessoas com deficiência na família, idosos em condição de agregado, analfabetismo do chefe de família; III - Acesso ao trabalho e renda - composto por 2 componentes: trabalho dos adultos, renda familiar mensal per capita; IV - Condições de escolaridade - composto por 3 componentes: crianças e adolescentes fora da escola, defasagem idade/série, jovens e adultos sem ensino fundamental (Curitiba, Decreto nº 638, 2018).

⁴⁴ De acordo com o Decreto nº 638, os intervalos de IVAB para cada tercil são: I - Tercil 1 (baixa vulnerabilidade): Unidades de saúde com percentagem menor que 3,91%; II - Tercil 2 (média vulnerabilidade): Unidades de saúde com percentagem maior ou igual a 3,91% e menor que 7,80%; III - Tercil 3 (alta vulnerabilidade): Unidades de saúde com percentagem maior ou igual 7,80% até o limite superior, que pode atingir 100% (Curitiba, Decreto nº 638, 2018). De acordo com o Art. 3º do mesmo Decreto nº 638, o IVAB, os intervalos relacionados aos tercis 1, 2 e 3, devem ser atualizados a cada 2 anos ou sempre que houver mudança de área de abrangência de Unidade Municipal de Saúde.

Figura 6 - Distribuição das Unidades de saúde conforme o IVAB



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2018.

Assim, considerando que as autoridades sanitárias são unânimes em destacar a importância do Programa Saúde da Família (PSF) no enfrentamento da pandemia de Covid-19 – programa cuja gênese se insere num contexto mais amplo de estudos e pesquisas que associam a organização social do território às inúmeras formas de desigualdade – cabe investigar mais detalhadamente como se comporta, na prática, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Ressalta-se que o papel dos profissionais de saúde é fundamental, especialmente no contexto de pandemia promovida pelo novo coronavírus. Considerados agentes da linha de frente no combate à Covid-19, esses profissionais possuem contato direto com os usuários da política de saúde, na medida em que são os implementadores da política, responsáveis em muito pelo sucesso da política. A atuação desses profissionais, denominados por Lipsky (2019) de burocratas de nível de rua, envolve certa discricionariedade, ocasionada por: interações face a face que exigem respostas imediatas em situações de emergência; excesso de regulamentações e muitas vezes vagas; trabalho desenvolvido longe da supervisão imediata. Por isso, é fundamental investigar a atuação do referido programa.

Como já afirmado, houve a transferência de profissionais do PSF para áreas com maior vulnerabilidade social, a partir de 2018, antes, portanto, do início da pandemia de Covid-19. Este é um indicador que a SMS seguiu as orientações nacionais e internacionais no sentido da seletividade social das medidas recomendadas de higiene e isolamento diante da

realidade dos territórios periféricos urbanos, espaços com maior propensão à disseminação do novo coronavírus. Cabe agora monitorar a eficácia desta e de novas medidas relativas à disseminação do vírus, registro das informações e providências adotadas.

4. Ações alternativas de enfrentamento à pandemia nas periferias e favelas

4.1 População de rua

As condições de desproteção e de violação da população em situação de rua levaram organizações e movimentos de luta pelos direitos desta população a reivindicar o atendimento das necessidades dessa população. Dentre as ações, as entidades buscaram o apoio da Defensoria Pública do Paraná, que ingressou com Ação Civil Pública para reivindicar um plano emergencial de contenção da pandemia e garantir mínima proteção à vida dessa população. Também a Terra de Direitos⁴⁵ protocolou um pedido *amicus curiae*⁴⁶ para colaborar no debate em torno da Ação Civil pública⁴⁷.

Foi elaborado Ofício denúncia e protocolado por organizações de defesa de direitos em órgãos públicos do Município de Curitiba reivindicando a formulação emergencial de ações dirigidas à população e aos territórios com baixos indicadores sociais, organizado em torno de um Plano Emergencial de Assistência Social para Curitiba.

No documento produzido pelas entidades Terra de Direitos, Instituto Democracia Popular, da Casa da Resistência, Sindicato dos Bancários de Curitiba, Propulsão Local (*SoyLocoPorTi*), Instituto Edésio Passos, Frente Mobiliza Curitiba e Instituto Declara, destaca-se a manifestação ainda mais intensa da pandemia nos grupos socioeconômicos mais vulneráveis e a necessidade da ação governamental para abrandar impactos da Covid-19 e falência do modelo social.

A aprovação ocorreu em 11/05/2020 na Câmara Municipal de Vereadores a indicação de ato administrativo à Prefeitura da capital para desenvolvimento de Plano Emergencial de Assistência Social para Curitiba, em meio à pandemia da Covid-19⁴⁸.

Foi elaborado o Manifesto da Academia e Organizações da Sociedade Civil Organizada pela regularidade e detalhamento de dados sobre a disseminação do novo coronavírus nos territórios e grupos populacionais do Município de Curitiba, protocolado em diversos órgãos

⁴⁵ É uma organização de direitos humanos constituída enquanto associação civil sem finalidade lucrativa, fundada em 15 de junho de 2002, com sede em Curitiba. Suas atividades se voltam para a defesa dos direitos humanos em geral e para a efetivação dos direitos humanos econômicos, sociais, culturais e ambientais (Dhesca) em particular.

⁴⁶ Instrumento jurídico que possibilita o fornecimento de subsídios às decisões tribunais

⁴⁷ Disponível em <https://bit.ly/3d9qvWE>.

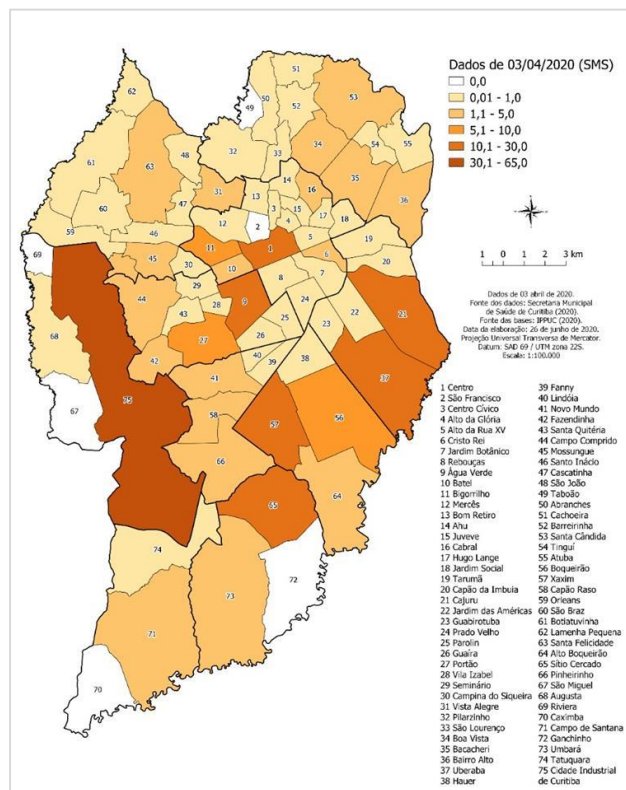
⁴⁸ Informação disponível em: <https://bit.ly/2XTWXgM>

da Prefeitura Municipal de Curitiba, sob protocolo 74.00/509/2020 na SMS, tendo como base a Lei de Acesso à Informação.

Em resposta da Secretaria Municipal de Saúde na informação 26/2020 de 08/06/2020 (Ofício 261/2020 da SMS ao Protocolo 74.00/509/2020), a qual está permitindo aos pesquisadores da Plataforma elaborar representação gráfica da disseminação do vírus nas áreas periféricas da cidade (Figuras 7, 8 e 9).

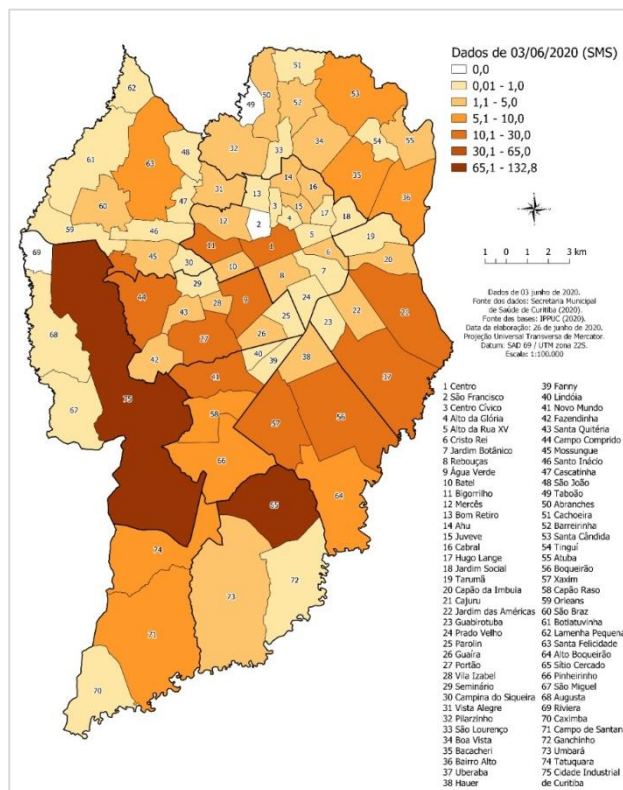
Com base nesta representação gráfica, os pesquisadores da Plataforma estão realizando análise da disseminação para publicização dos dados, subsidiando ações do poder público, da academia, da sociedade civil organizada e da população.

Figura 7 – Taxa de casos confirmados de Covid-19 por 100 mil habitantes nos bairros de Curitiba (abril 2020)



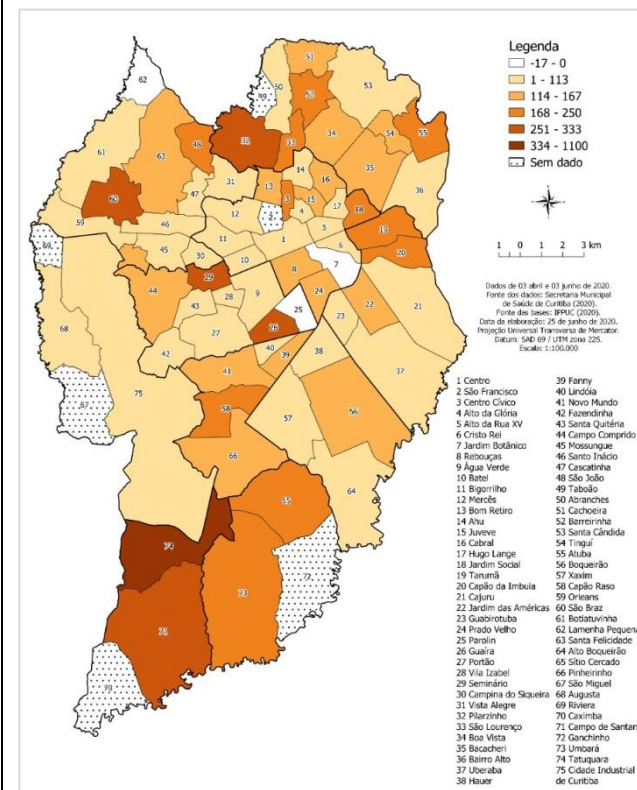
Fonte: Plataforma PRContraCOVID-19, junho de 2020

Figura 8 – Taxa de casos confirmados de Covid-19 por 100 mil habitantes nos bairros de Curitiba (junho 2020)



Fonte: Plataforma PRContraCOVID-19, junho de 2020

Figura 9 – Variação % de casos confirmados de Covid-19 nos bairros de Curitiba (entre abril e junho de 2020)



Fonte: Plataforma PRContraCOVID-19, junho de 2020

4.2 Outros segmentos vulneráveis

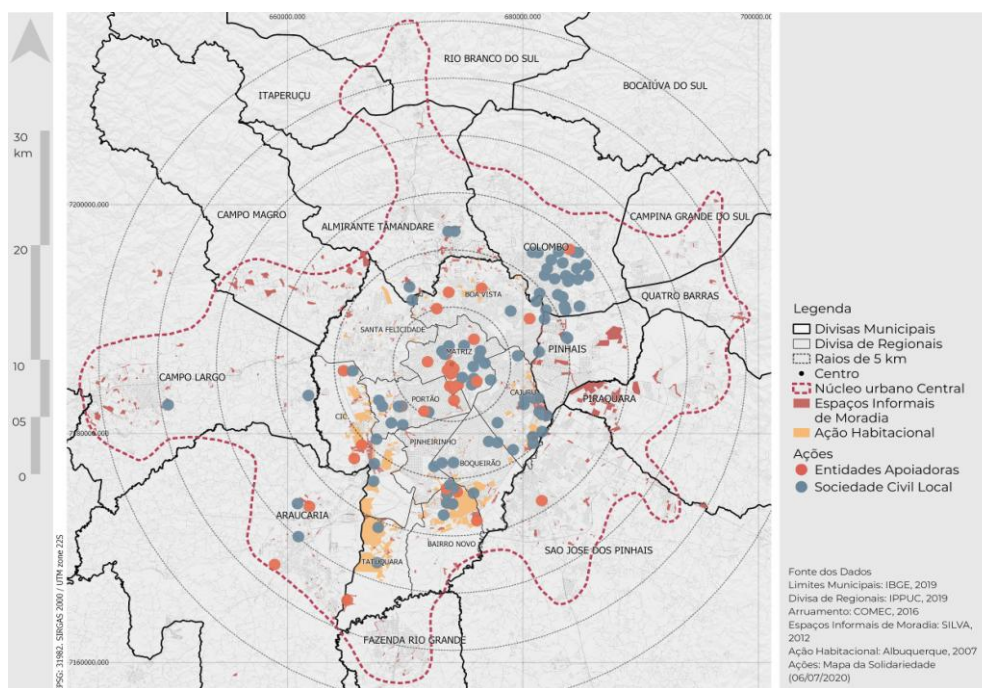
Com as desigualdades e vulnerabilidades acentuadas pela pandemia da Covid-19, várias regiões de Curitiba e Região Metropolitana contam com as ações alternativas de moradores/as e lideranças das comunidades. Foi realizado um mapeamento de algumas iniciativas de solidariedade em comunidades de Curitiba e Região Metropolitana, desenvolvido pela parceria do projeto de extensão da UTFPR “Mapa da Solidariedade”⁴⁹, Cefuria e Observatório das Metrôpoles. Além das ações registradas no Mapa, a Usina de Ideias, que atua no Parolin, também lançou campanhas de conscientização para prevenção da Covid-19, como publicações de cartilhas informativas, imagens nas redes sociais indicando como lavar as mãos, levantamento de dados de casos do novo coronavírus no bairro, e também a campanha “Saúde Favela”⁵⁰ que consiste em vídeos curtos de conscientização da população, sobre os meios de prevenção e cuidados, dados de contágios e óbitos no bairro. Até o dia 20 de junho, foram produzidos quatro episódios da campanha.

O mapa da solidariedade (Figura 10) tem como objetivo conectar territórios vulneráveis com possíveis doações, mapeando os grupos sociais impactados pela crise e redução da renda familiar. Pensando no mapeamento participativo, deu-se visibilidade a pequenas iniciativas de movimentos sociais e grupos organizados pela sobrevivência diária. A plataforma virtual PRContraCOVID-19 possibilitou publicizar o mapa e o formulário para cadastro de novas ações. A utilização de Sistemas de Informação Geográfica permitiu a análise e a sobreposição da moradia popular, informações do Censo IBGE e as informações da forma de organização popular dos grupos.

⁴⁹ Sob coordenação da Profa Simone Aparecida Polli, integram a equipe: Alessandro Lunelli de Paula, Aline Sanches, Bárbara Campos Machado Gross Stecca, Carolina Raiane Gama de Oliveira de Moraes, Cecília Gomes da Rocha Ferraz Pereira, Daisy Ribeiro, Gabriela Paulina Mickus, Giovanna Siokado Magalhães, Kelly M. C. Mengarda Vasco, Mariana Sacoman Kszan, e Rhuan Carlos Borges, Antonia Vandécia de Assis.

⁵⁰ Os vídeos da campanha estão disponíveis no Instagram da Usina de Ideias. Disponíveis em: <https://www.instagram.com/udidpr/>.

Figura 10 – Mapa da solidariedade na Região Metropolitana de Curitiba



Fonte: Plataforma PRContraCOVID-19, junho de 2020.

A prioridade de mapeamento foi de grupos/entidades locais e entidades apoiadoras. As duas realizam campanhas de arrecadação e doação de alimentos, material de higiene e limpeza. A diferença entre elas é que as entidades locais estão geralmente nos assentamentos informais de moradia. Já as entidades apoiadoras podem ser ONGs, Universidades, sindicatos que não convivem com a realidade social diariamente. Essa diferença é importante para identificar o papel e o caráter da entidade ou do grupo organizado. Ao clicar nos pontos aparecem as informações: campanha; entidade promotora; público alvo; demanda; dados de contato/mídias sociais; e dados bancários para possíveis doações. Também é possível que o usuário cadastre uma nova ação de arrecadação através de um formulário disponível no site. Ainda, é possível consultar, para o caso de Curitiba, o número de famílias e de habitantes dos espaços informais de moradia.

Até o dia 06 de julho, coletou-se 127 ações solidárias, sendo 89 apenas em Curitiba. Dessas as iniciativas locais representam 72,44% e a rede apoiadora representa 27,56% do total acumulado.

A pesquisa mostrou que as necessidades básicas da população em termos de sobrevivência diária são muitas, as políticas públicas não estão chegando (nem mesmo o auxílio emergencial do governo federal em 41% das famílias segundo a CUFA) e as famílias estão “se virando” por conta própria, em pequenas iniciativas nos bairros. A ação das

prefeituras do aglomerado urbano de Curitiba⁵¹ em termos sociais são pontuais e insuficientes e não há um plano de atendimento social ou planejamento segundo bairro afetado. Algumas Prefeituras estão agindo sobre pressão da Defensoria ou Ministério Público, é o caso das ações implementadas para a população em situação de rua. As prefeituras não possuem um plano emergencial que contemple além da saúde, a questão social e o emprego.

A experiência evidencia a perspectiva de se desdobrar em análises territoriais mais amplas do impacto da Covid-19 nas condições de moradia e saneamento nas cidades e como esses setores são básicos para garantia da saúde e do isolamento social, não apenas para os habitantes das áreas informais, mas com impacto nas condições de saúde da população de toda a cidade.

5. Considerações finais

A pandemia do novo coronavírus tornou nítidas e urgentes exigências de tomadas de decisões nas políticas públicas, particularmente na saúde e naquelas referentes aos direitos humanos. Seus efeitos rebatem em estratégias das três instâncias de governo como também nas formas com que a sociedade entende, absorve e (re)significa suas práticas cotidianas, seja em seu ambiente privado, na vizinhança, no trabalho, nas atividades culturais, seja nas inúmeras relações com as estruturas do Estado. Buscar e oferecer elementos que permitam compreender o processo e seus efeitos socioespaciais foi a intenção deste trabalho.

Informações sobre a evolução dos casos e óbitos do novo coronavírus no Paraná, até 30 de junho de 2020, evidenciam que a propagação se estendeu entre grande parte dos municípios do estado, concentrando-se na RM Curitiba apenas nos meses iniciais. Em junho, o interior do Paraná já respondia por aproximadamente metade dos casos e óbitos, em um momento de curvas crescentes. De modo geral, a propagação do vírus, captada na elevação das curvas, foi lenta no estado e RMC, acelerando-se quando outras regiões do país já haviam passado pelos piores momentos da pandemia. Cabe acompanhar, doravante, o processo estadual e regional, no contexto das demais regiões do país.

Políticas, ações e normas foram implementadas no âmbito do estado e de alguns municípios, incluindo Curitiba, logo após os primeiros casos confirmados. Decretos estaduais e municipais declararam estado de emergência em saúde pública, instituíram

⁵¹ O aglomerado urbano de Curitiba (IPARDES, 2004) é composto por 12 municípios: Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras e São José dos Pinhais. Estes municípios representam o primeiro anel metropolitano do Núcleo Urbano Central.

regras para o isolamento e o distanciamento social, assim como para a aquisição de bens, serviços e insumos. Foram implantados o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública, no âmbito do estado, assim como comitês de ética médica e similares, que passaram a orientar as ações dos municípios quanto ao funcionamento de atividades educacionais, econômicas, recreativas e realização de eventos. Porém, tanto a condução das medidas restritivas quanto a da flexibilização das atividades desafiaram a lentidão do crescimento das curvas de casos e óbitos, passando a se alternar entre uma e outra quando as curvas iniciaram sua ascensão exponencial em junho.

Nada diferente de outros estados ou RMs do país. Mas nesta, um movimento de prefeitos, junto à associação dos municípios da RMC, a Assomec, inovou na decretação conjunta de medidas referentes ao transporte metropolitano e ao funcionamento do comércio e serviços na região, e mais tarde, a implementação do *lockdown* em alguns municípios. Tais decisões conjuntas foram tardias e de certa forma apenas motivadas para conter os efeitos das medidas adotadas por Curitiba sobre as populações dos municípios vizinhos. Constata-se que em pouco avançaram em termos de uma diretriz efetivamente metropolitana, a partir da qual os municípios pudessem regulamentar suas normas locais. Mesmo assim, não deixam de revelar um mínimo de conscientização quanto à necessidade de ações articuladas. Espaços como os metropolitanos, contínuos e interconectados, com funções comuns e complementares, dependem de decisões conjuntas entre os poderes públicos, que desencadeiem ações supramunicipais cooperadas, para que, no caso de uma pandemia, esse espaço como um todo previna, controle e combata equanimemente a propagação do vírus e seus efeitos.

Duas outras situações vivenciadas na RM de Curitiba merecem reflexão. No âmbito metropolitano, a de que a pendularidade dos trabalhadores é o principal vetor de propagação da pandemia para as periferias, o que exige um enfrentamento incidente sobre as reais necessidades desses trabalhadores, desde suas formas de deslocamento até as condições de vida de suas famílias. Tal magnitude de enfrentamento vai muito além da mera distribuição de máscaras e cestas básicas. No caso de Curitiba, a de que é de responsabilidade da população se prevenir contra o contágio, transferindo a ela uma responsabilidade do poder público. Nos dois casos, observou-se negligência, pois a situação em estados de emergência, como desta pandemia, exige atuação efetiva dos gestores no sentido de assumir medidas antecipadas de prevenção e medidas adequadas de controle e enfrentamento, e não de se postergar as decisões ao momento extremo da contaminação, quando já se verificam o pico da transmissão da doença, o esgotamento dos leitos de UTI, o colapso do sistema de saúde e o aumento dos óbitos.

A ideia de prevenção requer adicionalmente a capacidade do governo em esclarecer à população as razões das medidas adotadas, como o isolamento ou o distanciamento social, a suspensão das atividades e a contenção do deslocamento, e, por consequência, de seu próprio posicionamento em relação às decisões assumidas. Mas, prevenir não prescinde enfrentar, controlar e combater, que, da mesma forma, exigem que se esclareça a que se combate, controla e enfrenta, ou seja, neste caso, um vírus. Mais que ele, as condições de subnormalidade a que estão expostos os segmentos vulneráveis da população, mais sujeitos ao risco, em meio à ignorância sobre o problema que os cerca. Além disso, prevenir também significa a capacidade proativa do Estado, o reconhecimento das desigualdades socioespaciais e o estabelecimento de medidas específicas de prevenção para cada grupo social, na sua condição e dinâmica concreta de vida nos territórios. Nesse sentido, políticas públicas precisariam ser ampliadas e planos emergenciais adequados a cada contexto intra e interurbano, precisariam ser mapeados e estabelecidos, com um amplo programa de comunicação, sensibilização e monitoramento, superando a análise reativa baseada apenas na visão clínica e biológica da disseminação do vírus. Significa ainda escolher a proteção à vida em detrimento de medidas de flexibilização que atendem a interesses econômicos, sem contudo, deixar de viabilizar mecanismos de proteção às pequenas e médias empresas para que possam manter seus empregados, numa luta conjunta pela sobrevivência num novo patamar de civilidade solidária e de cuidado coletivo.

Entre os segmentos vulneráveis, fundamentalmente aqueles que não possuem outra alternativa de sobrevivência além do trabalho na rua, como os catadores de materiais recicláveis e a população em situação de rua. Mas também as comunidades residentes em áreas periféricas e distantes, que se arriscam cotidianamente na mobilidade para o trabalho, servindo-se de transportes e pontos de embarque superlotados, e nessas mesmas comunidades, a situação de superadensamento de moradias e de falta de saneamento básico e salubridade no ambiente em que vivem, entre outras situações de precariedade que, de maneira estrutural, constituem-se a materialidade da violação do direito à moradia e à cidade. Situações que apenas se tornaram mais expostas com a pandemia, e que voltarão a ser os alvos dos efeitos mais contundentes em outros eventos globais que se anunciam, como aqueles resultantes das mudanças climáticas, que já se fazem presentes nas concentrações metropolitanas no Brasil (e fora dele).

A pandemia causada pelo novo coronavírus evidenciou a profunda desigualdade social existente no Brasil, e não diferentemente, na RM de Curitiba, onde diversos segmentos da sociedade vivem situações graves de exclusão socioespacial, vulnerabilidade e privação de direitos. Nos dois segmentos analisados em maior detalhe neste trabalho, a população de catadores de material reciclável e as pessoas em situação de rua, foram observadas

ocorrências inaceitáveis que merecem ser salientadas. No primeiro segmento, 11% das famílias de catadoras e catadores em situação de pobreza e extrema pobreza, elegíveis ao benefício Bolsa Família, não o recebem. A insegurança gerada pela privação dessa renda é uma violação ao direito à redução da vulnerabilidade e da pobreza – condição necessária para o enfrentamento dos danos da pandemia, sobretudo considerando as condições de vida dessa população em territórios precários, e na precariedade da própria atividade que realizam para auferir renda, ampliando sua vulnerabilidade à Covid-19. Sobre o segmento das pessoas em situação de rua de Curitiba, Colombo e Almirante Tamandaré, 96% dessa população concentram-se no município polo. Das famílias cadastradas, elegíveis, em situação de pobreza ou extrema pobreza, 26% não recebem o benefício Bolsa Família. Outra vez, considerando as condições concretas de vida dessa população, a privação desse benefício é uma violação de direito, que se agudiza com a indisponibilidade da oferta de vagas para acolhimento e alternativas de atendimento, deixando essa população desprotegida socialmente e ainda mais exposta à Covid-19.

Entre outros direitos violados está o direito de ir e vir. A mobilidade urbana, que garante esse direito, está diretamente relacionada às medidas de contenção da doença. Porém, o controle à mobilidade, realizado com base na redução da frota circulante e do número de viagens, expõe mais uma vez a desigualdade socioespacial. A redução dos serviços de transporte público adotada como estratégia para diminuir os níveis de circulação de pessoas e limitar a disseminação do vírus, na prática, pode se revelar como catalisadora de sua propagação descontrolada, por promover aglomerações em terminais e veículos. Ao mesmo tempo, as regiões periféricas no interior do município de Curitiba e nos municípios do aglomerado metropolitano, que são as mais dependentes do transporte público, sofrerão com mais intensidade os efeitos da privação do direito à mobilidade.

Outro direito violado, e este com grande evidência, é o direito à saúde, preconizado no texto constitucional e de competência do Estado provê-lo direta ou indiretamente. Embora no período analisado poucos municípios paranaenses tenham tido saturação do sistema público de saúde, a tendência de crescimento dos casos de Covid-19 tem colocado a população em alerta quanto às limitações existentes na operação do sistema em funcionamento. Por exemplo, em Curitiba, o Programa Saúde da Família – considerado fundamental no enfrentamento da pandemia – foi criado em 1994, e desde julho de 2018 vem passando por um processo de readequação da distribuição de profissionais na rede de atenção básica. O objetivo alegado pela Secretaria Municipal da Saúde é de corrigir distorções, em busca de priorizar as comunidades mais carentes e com maior necessidade de serviços da área. No entanto, a distribuição das unidades de saúde, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade das Áreas de Abrangência das Unidades Municipais de Saúde,

expõe as maiores ausências de unidades nas áreas periféricas da cidade que, conseqüentemente, estarão sujeitas a maior vulnerabilidade ao enfrentamento dos efeitos do novo coronavírus. Nessas mesmas áreas, informações da plataforma PRContraCOVID-19 apontam as maiores taxas de casos de Covid-19 por 100 mil habitantes no período de análise.

Diante da negligência do poder público, organizações de defesa de direitos protocolaram um ofício denúncia em órgãos públicos de Curitiba, reivindicando a formulação de um Plano Emergencial de Assistência Social para o município, com ações dirigidas prioritariamente à população e aos territórios com os piores indicadores sociais. Também, em um manifesto, a academia e a sociedade organizada pleitearam maior visibilidade às informações, exigindo regularidade e detalhamento dos dados sobre a disseminação do novo coronavírus nos territórios e entre grupos populacionais do município de Curitiba, tendo como base a Lei de Acesso à Informação. A Secretaria Municipal de Saúde respondeu parcialmente ao manifesto. Foram solicitados dados diários publicados *on line* e foi entregue, em ofício, apenas de um dia, 03/07. Só então, foi possível aos pesquisadores da plataforma PRContraCOVID-19 elaborarem a análise da disseminação do vírus, segundo os bairros de Curitiba, e sua publicização.

Entre outras mobilizações e proposições para enfrentamento da pandemia na RM de Curitiba, destacam-se: a ação que levou organizações e movimentos de luta pelos direitos da população em situação de rua a buscar apoio da Defensoria Pública do Paraná, que ingressou com Ação Civil Pública para reivindicar um plano emergencial de contenção da pandemia e garantia de proteção à vida dessa população, apoiado pela ONG Terra de Direitos; as muitas ações de arrecadação/doação de alimentos, materiais de higiene e limpeza, promovidas pela organização de associações de moradores, sindicatos, universidades, ONGs, em comunidades de Curitiba e Região Metropolitana, que constam no “Mapa da Solidariedade”, projeto de extensão desenvolvido pela UTFPR, em parceria com o Centro de Formação Urbano Rural Irmã Araújo, a Terra de Direitos e o Observatório das Metrôpoles; as campanhas de conscientização para prevenção da Covid-19, como as lançadas pela “Usina de Ideias”, que incluem publicações de cartilhas informativas, imagens nas redes sociais, orientando, por exemplo, como lavar as mãos, além do levantamento de dados de casos do novo coronavírus no bairro; e também a campanha “Saúde Favela”, que consiste em vídeos curtos de conscientização da população, sobre os meios de prevenção e cuidados, assim como levantamento de dados de contágios e óbitos no bairro.

Em síntese, com a pandemia, a RM de Curitiba, como as demais RMs brasileiras, teve ainda mais expostas suas desigualdades socioespaciais, e particularmente as necessidades básicas da população quanto à sobrevivência cotidiana em contexto de desatenção pelas

políticas públicas. Mesmo as políticas mais prementes, como o auxílio emergencial do governo federal, não estão chegando de forma abrangente e suficiente a muitos segmentos sociais, que seguem sua luta cotidiana por sobreviver por sua própria conta e risco, apoiados, em alguns casos, pelas pequenas iniciativas dos bairros. A Defensoria Pública e o Ministério Público estão agindo em atenção às comunidades, na pressão sobre o poder público dos municípios, cuja ação vem sendo pontual e ineficiente, e desprovida de um plano emergencial de atendimento social segundo bairros, que contemple, além da saúde, as necessidades sociais e o trabalho aos cidadãos metropolitanos.

Referências

ANDRADE, L. T.; SILVEIRA, L. S. Efeito-território: explorações em torno de um conceito sociológico. Civitas, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 381-402, 2013.

BELMIRO, L. A linha do tempo das políticas de combate ao coronavírus. IPPUR, UFRJ, 2020. Disponível em: <http://www.ippur.ufrj.br/index.php/pt-br/noticias/outros-eventos/790-a-linha-do-tempo-das-politicas-de-combate-ao-coronavirus>

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. “Desafio é reduzir ao máximo o impacto do novo coronavírus na saúde da população”, diz Secretária da Saúde. Curitiba.pr.gov. 2020b. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/desafio-e-reduzir-ao-maximo-o-impacto-do-novo-coronavirus-na-saude-da-populacao-diz-secretaria-da-saude/55559>. Acesso em 30/06/2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Aglomeração é a principal razão para interdição. Curitiba.pr.gov. 2020c. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/aglomeracao-e-principal-razao-para-interdicao-de-comercios/55988>. Acesso em 30/06/2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria da Saúde reforça necessidade de distanciamento social. Curitiba.pr.gov. 2020a. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/secretaria-da-saude-reforca-necessidade-do-distanciamento-social/55755>. Acesso em 30/06/2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução nº 01, de 16 de abril de 2020d. Disponível em <https://mid.curitiba.pr.gov.br/2020/00296910.pdf>. Acesso em 30/06/2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Fiscais da Prefeitura interditam 46 estabelecimentos na sexta-feira. Curitiba.pr.gov. 2020a. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/fiscais-da-prefeitura-interditam-46-estabelecimentos-na-sexta-feira/56444>. Acesso em 30 de junho de 2020.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. [Bares, lanchonetes e lojas de roupas lideram comércio em funcionamento irregular](https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/bares-lanchonetes-e-lojas-de-roupas-lideram-comercios-em-funcionamento-irregular). Curitiba.pr.gov. 2020f. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/bares-lanchonetes-e-lojas-de-roupas-lideram-comercios-em-funcionamento-irregular/56432>. Acesso em 30 de junho de 2020.

FIOCRUZ. Monitora COVID-19. Fiocruz, 2020. Dados disponíveis em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acesso em 16 jun. 2020.

G1PR RPC PARANÁ. Shoppings reabrem em Curitiba com regras de funcionamento e clientes fazem fila. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2020/05/25/shoppings-reabrem-em-curitiba-com-regras-de-funcionamento-e-clientes-fazem-filas-para-entrada.ghtml>

IBGE. Arranjos populacionais e concentrações urbanas no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro, IBGE, 2016. e-Book (PDF).

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Dinâmica recente da economia e transformações na configuração espacial da região metropolitana de Curitiba. Paraná, 2004. Disponível em:

http://www.ipardes.pr.gov.br/sites/ipardes/arquivos_restritos/files/documento/2019-09/dinamica_RMC_primeira_versao_2004.pdf. Acesso em 16 mai. 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. Brasília, 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica: Mobilidade urbana e o acesso ao sistema único de saúde para casos suspeitos e graves de Covid-19 nas vinte maiores cidades do Brasil. 2020.

LIPSKY, M. Burocracia de nível de rua – dilemas do indivíduo nos serviços públicos. Brasília: ENAP, 2019.

Observatório das Metrôpoles/Grupo de Pesquisa Sociologia e Políticas Sociais - UFPR. Plataforma PRContraCOVID-19, 2020. Disponível em:

<https://sites.google.com/view/prcontracovid/produ%C3%A7%C3%A3o-t%C3%A9cnica/3-paranava%C3%AD-linha-do-tempo>

PLATAFORMA PRContraCOVID-19. Informação disponível em:

<https://sites.google.com/view/prcontracovid/produção-técnica/índice-de-proteção-social-e-vulnerabilidade-de-pessoas-em-situação-de-rua>. Acesso em 30/06/2020.

PLATAFORMA PRContraCOVID-19. Informação disponível em:

<https://sites.google.com/view/prcontracovidPRContraCOVID-19/produção-técnica/2-2-curitiba-análise-intraurbana-de-casos>. Acesso em 30/06/2020.

SESA. Secretaria Estadual da Saúde. Boletim Informe Epidemiológico Coronavírus (Covid-19) de 01/07/2020, Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>. Acesso em 15/07/2020.

SOUZA, M. N. Políticas públicas de educação no Paraná: as condições de trabalho de professores temporários e o efeito de território na alocação de docentes como variáveis de análise. 2016, 325p. Tese. (Tese de Doutorado em Sociologia). Universidade Federal do Paraná, 2016.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

A COVID-19 NAS PERIFÉRIAS DE FORTALEZA

Renato Pequeno
Valéria Pinheiro
Cecília Paiva
Márcio Alan Menezes
Sarah Benício
Katarinne Alves
Juliana de Boni Fernandes
Luisa Fernandes
Marcela Monteiro
Natália Brito e Souza
Eustógio Wanderley Correia Dantas
Maria Clélia Lustosa Costa
Ana Leticia Freitas Lima
Giovanna de Castro Silva
Carlos Lucas Sousa da Silva

Fortaleza
Julho de 2020



APRESENTAÇÃO

Este dossiê se organiza em duas partes, sendo estas complementares e associadas, consubstanciando em um documento olhares diversos e interdisciplinares sobre o impacto da pandemia na Região Metropolitana de Fortaleza, principalmente.

A primeira parte, logo abaixo, é resultado de um trabalho coletivo de diversas entidades de assessoria organizadas na Frente de Luta por Moradia Digna, sob articulação do Lehab/Núcleo do Observatório das Metrôpoles associada ao projeto com o Fórum Nacional de Reforma Urbana e Habitat para a Humanidade. A segunda parte corresponde a uma contribuição do Lapur UFC, também componente do Observatório das Metrôpoles, reunindo os resultados de alguns artigos científicos elaborados por pesquisadores deste laboratório que integra o Programa de Pós-graduação em Geografia da UFC.

PARTE 1

INTRODUÇÃO/METODOLOGIA

A Frente de Luta por Moradia Digna é uma rede de comunidades, movimentos e assessorias que existe desde 2013 e atua, por meio de formações, articulação e proposições na defesa do direito à cidade em Fortaleza. Com a chegada da pandemia na cidade de Fortaleza e no estado do Ceará, a preocupação com as condições de vida nas periferias aumentou enormemente, aprofundando a necessidade de cobrança tanto por respostas rápidas do Poder Público como por medidas estruturais que amenizassem o impacto na vida dos/as mais vulneráveis.

Diante de uma situação tão desafiadora, decidimos pela realização de um questionário para apreensão da situação real vivenciada nos territórios, aplicado virtualmente no início de maio em 23 localidades, com vistas à incidência política/jurídica. Logo em seguida, foi formada uma articulação nacional que objetiva a construção de um panorama mais nacional do problema - Articulação de Redes e Entidades Nacionais para enfrentamento ao COVID-19 nas periferias - e que também optou pela realização de questionários on-line com comunidades e a produção de uma sistematização nacional. Somamo-nos a este processo, adaptamos o formulário original de modo a contemplar perguntas que haviam no nacional, e realizamos uma nova rodada, obtendo, em junho, respostas de 22 territórios (bairros/comunidades/conjuntos habitacionais), mais um das mulheres catadoras da Serrinha e mais duas de organizações que atuam com a população em situação de rua, totalizando 25 questionários respondidos da Região Metropolitana de Fortaleza¹.

Os territórios populares investigados através de questionários estão classificados principalmente em 3 tipos de recorte espacial: bairros, bairros-conjuntos e comunidades. Eles estão bem distribuídos pela totalidade de Fortaleza, havendo representatividade em todas as regionais, permitindo assim uma boa visão geral da situação. Além disso, Há representações, também, nos municípios de Caucaia e Maracanaú (Região Metropolitana de Fortaleza).

i. Bairros: Granja Lisboa, Granja Portugal, Henrique Jorge, Jangurussu, Jardim dos Bandeirantes (Maracanaú), Jardim Iracema, Manoel Sátiro, Mucuripe, Paupina, Sabiaguaba, Serrinha, Vicente Pinzón.

ii. Conjuntos: Cidade Jardim 2, Conjunto Palmeiras, Orgulho do Ceará (Maracanaú), São Cristóvão, Nova Metrôpole (Caucaia), Residencial José Euclides.

iii. Comunidades: Aldaci Barbosa, Picuí (Conjunto Metropolitano - Caucaia), Dendê, Goiabeiras, Lagamar, Pici, Serviluz, Poço da Draga, Vila Vicentina, Rio Pardo, Raízes da Praia.

¹ Alguns destes são atualizações dos de maio, portanto, algumas comunidades responderam nas duas rodadas.

A maioria das pessoas que responderam o formulário faz parte de movimentos de moradia, mas também contamos com respostas provenientes de membros de movimentos de mulheres, luta antimanicomial, do campo da segurança pública, cultura e movimento negro, dentre outros.

Além da síntese das respostas subjetivas e a elaboração de gráficos com as respostas objetivas dos formulários, este documento traz também uma análise das condições urbanas pré-pandemia, que não podem ser desconsideradas neste contexto, bem como um apanhado dos dados oficiais de óbitos, doentes, sistema de saúde e outras informações diretamente conectadas à pandemia correlacionadas à dinâmicas socioterritoriais que julgamos procedentes e consequentes.

Registre-se que a produção deste documento é fruto do esforço de diversos indivíduos e membros de entidades de assessorias técnicas componentes da Frente de Luta por Moradia Digna (FLMD) que atuaram na construção do formulário, mobilização de lideranças, produção dos mapas e sistematização dos dados: Cecília Paiva, Márcio Alan Menezes (advogad@s do Escritório de Direitos Humanos Frei Tito de Alencar - EFTA); Juliana De Boni Fernandes; Katarinne Alves, Sarah Benício (estagiárias de Direito EFTA); Lara Paula (Coletivo Flor de Urucum de Advogados populares); Luísa Fernandes (Programa de Educação Tutorial Arquitetura e Urbanismo UFC - ArqPET UFC/Escritório Modelo de Arquitetura e Urbanismo UFC - Canto Emau); Marcela Monteiro (Taramela Assessoria Técnica em Arquitetura e Cidade); Natália Brito e Souza (Centro de Assessoria Jurídica Universitária-CAJU/UFC); Renato Pequeno (LEHAB/Observatório das Metrôpoles); Thaís Oliveira (Núcleo de Assessoria Jurídica Comunitária - NAJUC/UFC); Valéria Pinheiro (LEHAB/Observatório das Metrôpoles).

Agradecemos ainda a atenção e disponibilidade no fornecimento de informações por meio do formulário de pessoas que estão na linha de frente do combate ao coronavírus nas suas comunidades: Adriana Gerônimo (Grupo JBD, Fundação Marcos de Bruin, FLMD, Campo Popular do Plano Diretor, FPSP); Alessandra Félix (Coletivo Vozes de Mães e familiares do Sistema Socioeducativo e Prisional do Ceará); Angélica da Silva (MTST); Bibi Mesquita e Frei Nailson (O Pequeno Nazareno e Nosso Lar Fco. de Assis/ POP rua); Breno Gabriel (Grupo Mucuripe da Paz); Camila Cruz (Círculos Populares); Carlos Alberto (Movimento das Trabalhadoras e Trabalhadores por Direitos); Diego Paula de Araújo (Acervo Mucuripe e Conselho Gestor da ZEIS Mucuripe); Doris (MTST); Dyego (São Cristóvão); Francisco Fernandes e Cícera (Movimento dos Conselhos Populares, CEBs, GDFam e FLMD); Francisco de Assis (Movimento do Conselhos Populares); Sérgio Rocha (CG da ZEIS do Poço da Draga); Gabriel de Oliveira (Picuí); Gicelia Almeida da Silva (Neabi Fortaleza, Fórum da Luta Antimanicomial do Ceará); Gleiciany Queiroz (Coletivo Sabiá e Biblioteca Comunitária Sabiá); Jefferson Ferreira (OPA); Juliana Araujo (Movimento Círculos Populares); Kedna Francis Lopes (Conjunto Eldorado 2- Nova Metrópole); Lídia Raiely (Biblioteca Adiando e Movimento Negro Unificado); Lídia Valesca Pimentel (Fórum de Rua de Fortaleza, Rede Rua, Grupo Espírita

Casa da Sopa); Luana (Orgulho do Ceará); Lúcia Ângelo (Pastoral Operária e CEVs); Marcos Melo (Associação de Moradores do Titanzinho); Maria de Fátima Moura (Resistência Vila Vicentina e FLMD); Maria Ercilia Maia (FLMD/Aldaci Barbosa); Maria Lilian (Movimento Igualdade); Marta Gomes (Associação de Catadoras Mulher, Luta em Cena); Mayara Moreira Justa (FLMD/ São Cristóvão); Michael Gomes (Coletivo Dendê de Luta); Miguel Ferreira Neto (“Pai Neto”); Paulo Ferreira dos Santos Filho (Movimento de educação e indígena); Paulo Uchôa de Sousa (Meninos de Deus); Raimundo Moacir, Antônia Maria, Paulo José, Cristina França (União dos Moradores do Jardim Iracema) e Lúcia Barroso (coordenadora do Posto de Saúde Airton Monte no Jardim Iracema); Rodrigo Paulino (Conselheiro da ZEIS Lagamar); Taynara Mirelle do Nascimento (Fórum Cearense de Mulheres) e Terezinha Fernandes (FLMD).

Esta primeira parte se organiza em quatro seções. A primeira traz uma breve apresentação da realidade local, apontando alguns elementos que indicam as disparidades socioespaciais presentes na cidade, especialmente vinculados às condições de moradia e à precariedade no acesso às infraestruturas. Nesta seção inicial busca-se também apresentar o quadro de favelização da cidade, abordando a representatividade da população vivendo em assentamentos urbanos precários por bairro em Fortaleza. Em seguida, a segunda seção aborda os conteúdos dos informes e boletins que tem sido semanalmente publicizados pelas secretarias de saúde estadual do Ceará e municipal de Fortaleza, adotando-se os municípios e os bairros como unidade de análise respectivamente.

A terceira seção destaca a visão dos 21 territórios pesquisados, indicando a realidade pré e durante a pandemia revelada pelos respondentes. Em seu conteúdo, os resultados discutidos derivam de duas fases de aplicação de questionários, uma primeira em maio de caráter qualitativo, e uma segunda em junho, quali-quantitativa e similar ao que foi aplicado em outras metrópoles. Busca-se no caso identificar e analisar as ações e omissões do Estado, assim como as práticas sociais de resistência e as reações por parte das comunidades e dos movimentos.

Por fim, a quarta seção traz um quadro de recomendações associadas aos direitos humanos à moradia, ao saneamento básico, à água, à segurança, ao acesso à informação. Alguns grupos mais vulneráveis são destacados como a mulher, o adolescente e a criança.

1. A cidade desigual pré-pandemia: de que cidade estamos falando?

Nesta primeira seção do dossiê pretende-se apresentar em linhas gerais as condições de desenvolvimento desigual vigentes em Fortaleza. Diante do objetivo maior deste trabalho, considera-se fundamental esta contextualização no sentido de levantar algumas hipóteses sobre a distribuição espacial dos casos de Covid-19 na cidade e na região metropolitana ocorridos nos últimos 4 meses desde o início da pandemia.

As condições de desenvolvimento desigual a serem abordadas serão tratadas a partir de algumas variáveis associadas aos padrões de urbanização existentes no território da metrópole e das condições de moradia. Todos eles pautados em dados oficiais obtidos a partir de pesquisas censitárias do IBGE e da Prefeitura Municipal de Fortaleza, sendo complementados com as informações fornecidas semanalmente através de boletins e informes pelas Secretarias de Saúde Estadual e Municipal referentes aos casos e aos óbitos causados pela pandemia.

Inicialmente, vale mencionar que no âmbito estadual, quando se analisa a rede urbana cearense, Fortaleza corresponde a um ponto de convergência de rodovias regionais por meio das quais ocorre grande parte do deslocamento de pessoas e mercadorias. As disparidades de desenvolvimento econômico e social entre Fortaleza e as cidades médias e os centros regionais são enormes, visto que grande parte da demanda por serviços e comércio no Ceará é atendida na capital.

Da mesma forma, o planejamento e a gestão territorial integrada desta unidade da federação mostram-se extremamente centralizados, sem que exista qualquer instituição regional intermediária entre o governo estadual e as prefeituras. Entretanto, quando se analisa as informações setoriais, constata-se a presença de superintendências regionais de saúde no estado e regiões administrativas no município, ainda que se perceba a centralização das informações por parte da Coordenadoria de Vigilância em Saúde / Célula de Vigilância Epidemiológica.

Segundo estimativas do IBGE, a população da capital cearense supera a marca de 2,6 milhões de pessoas correspondendo a quase 30% da população estadual. Trata-se a mais densa capital brasileira, um dos 10 municípios mais densos do País. Fortaleza comanda ainda uma região metropolitana com mais de 4 milhões de habitantes composta por outros 18 municípios.

Seguindo o padrão de estruturação das cidades brasileiras, Fortaleza se apresenta como uma cidade bastante segregada, marcada por bairros verticalizados à beira mar conectados ao eixo sudeste, que se direciona para os bairros compostos por condomínios fechados. A segregação se agrava se observarmos que a grande maioria dos conjuntos habitacionais se localiza ao sudoeste e ao oeste, para onde milhares de famílias foram involuntariamente deslocadas desde os anos 1970, com um considerável incremento nesta última década. Por outro lado, no que se refere à cidade informal e precária, a capital cearense, abriga quase 1,1 milhão de habitantes em assentamentos urbanos precários vivendo em apenas 11% do território municipal.

Em termos político-administrativos, o município se subdivide em 7 regionais, cada uma delas reunindo um conjunto de bairros. Grosso modo é possível afirmar que aquelas que se posicionam mais ao oeste (I, III e V) são as mais precárias, e as demais (Centro, II, IV e VI) apresentam melhores

condições de desenvolvimento. No caso deste relatório, vale destacar que as informações oficiais da Secretaria Municipal de Saúde indicam que o Centro toma parte da Regional II.

Todavia, Fortaleza também pode ser compreendida por meio de outras divisões. Oficialmente dividido em 121 bairros, o município quase não faz uso destes como unidades territoriais de planejamento. É possível reconhecer ampla diversidade entre os bairros, destacando-se alguns bem mais homogêneos que outros em sua composição social e suas condições de moradia. Há bairros constituídos de unidades residenciais exclusivamente de conjuntos habitacionais, outros que correspondem a favelas, assim como boa parte tem sua origem em loteamentos populares com infraestrutura precária.

Frente a este contexto de crescimento desordenado e de desenvolvimento desigual, observa-se ainda que os instrumentos de planejamento territorial realizados desde o Século XX não obtiveram êxito no enfrentamento às disparidades sociais e no ordenamento, concentrando a sua aplicabilidade em zonas de interesse do setor imobiliário, onde o controle urbano agrega valor. Neste sentido pretende-se nas partes seguintes apresentar algumas evidências destas iniquidades socioespaciais adotando dados censitários (IBGE 2010) e informações de assentamentos urbanos precários (Plhis, 2013) associadas aos registros de casos e óbitos de COVID-19 obtidos junto aos boletins publicados pela Secretaria municipal de Saúde de Fortaleza.

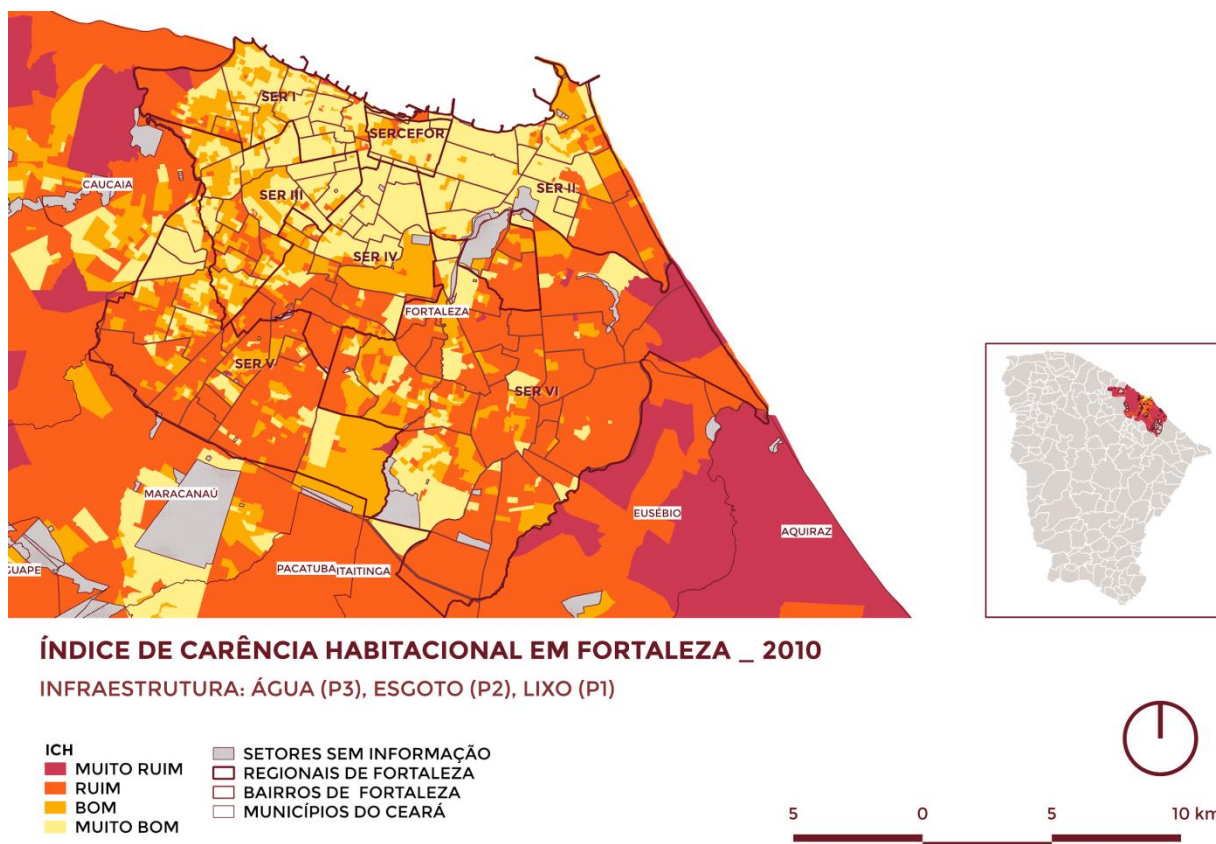
Inicialmente trataremos das condições precárias de acesso às infraestruturas urbanas reveladas por dois indicadores sintéticos elaborados no Laboratório de Estudos da Habitação - LEHAB para compreensão das disparidades no acesso às oportunidades que a cidade oferece. Primeiro, o Índice de Carência de Habitabilidade (ICH), ver **Mapa 1**, composto a partir dos dados censitários obtidos para cada domicílio, relacionado ao tipo de infraestrutura disponível mencionado pelo morador, notadamente abastecimento d'água, saneamento e coleta de lixo. O outro denominado Índice de Qualidade do Entorno (IQE), ver **Mapa 2**, diz respeito aos dados informados pelo pesquisador do censo referentes às condições do entorno dos domicílios considerando as infraestruturas e serviços presentes nas vias. Ambos utilizam dados de 2010, o que indica que algumas transformações poderão ser reconhecidas com o novo censo, especialmente considerando o amplo deslocamento de comunidades e famílias para as franjas periféricas de Fortaleza.

a. Carência da habitabilidade

No caso da carência de habitabilidade observa-se que os setores considerados muito ruins ou péssimos se localizam em sua maior parte fora da capital nos municípios conurbados a Fortaleza. Todavia, os que foram classificados como ruim prevalecem em boa parte da capital,

concentrados nas áreas dos bairros respectivas às Regionais I, no extremo leste, II, à sudeste, V e VI, em boa parte destas áreas, revelando que grande parte dos setores mais distantes do centro e do litoral não dispõem de infraestrutura, inclusive no litoral mais ao leste.

Chama atenção que todo o setor mais ao leste de Fortaleza correspondente à direção preferida do mercado imobiliário indique carência de habitabilidade dada a falta de saneamento básico. Todavia a disponibilidade de terra, assim como a proximidade de centralidade tem favorecido a implantação de condomínios fechados. Complementa o quadro, a constatação de que a parte com boas condições de acesso às infraestruturas se restringe aos bairros centrais e pericentrais, assim como nos conjuntos habitacionais periféricos mais antigos.

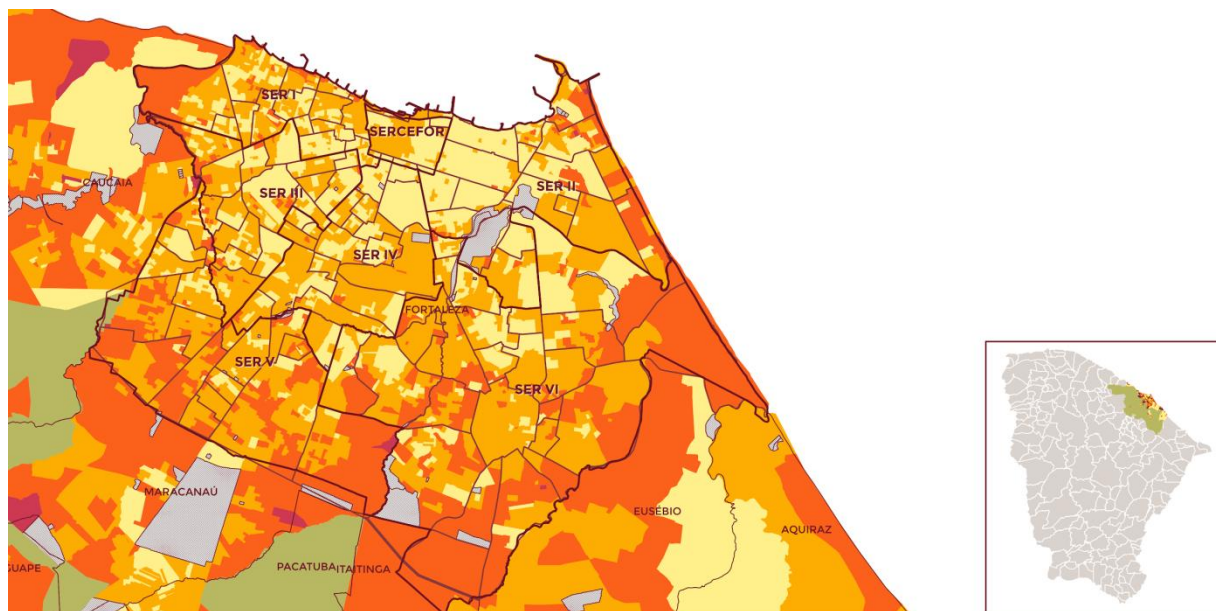


Mapa 1. Fonte: dados do IBGE, 2010; Fortaleza em Mapas, 2019. Elaboração: LEHAB-UFC, 2014, e Juliana De Boni, 2020.

b. Precariedade do entorno

Quanto à qualidade do entorno, ver **Mapa 2**, tendo em vista os mesmos 4 níveis, seria possível afirmar certa semelhança, considerando a borda periférica contínua em situação piorada, enquanto os setores mais centrais indicam condições satisfatórias no entorno. Todavia, um olhar mais atento indica algumas alterações. Primeiro, a expansão das melhores condições nos

bairros pericentrais e no entorno na direção sudeste avançando para a periferia, constatando-se que as áreas de interesse do setor imobiliário sejam privilegiadas com investimentos em infraestrutura urbana. Segundo, verifica-se a presença de muitos fragmentos na parte oeste com situação piorada, os quais se vinculam aos chamados assentamentos urbanos precários que se apresentam em mais de 93%.



ÍNDICE DE QUALIDADE DO ENTORNO _ 2010

IQE	■ SETORES SEM INFORMAÇÃO
■ MUITO RUIM	■ SETORES RURAIS
■ RUIM	■ REGIONAIS DE FORTALEZA
■ BOM	■ BAIROS FORTALEZA
■ MUITO BOM	■ LIMITES MUNICIPAIS CEARÁ

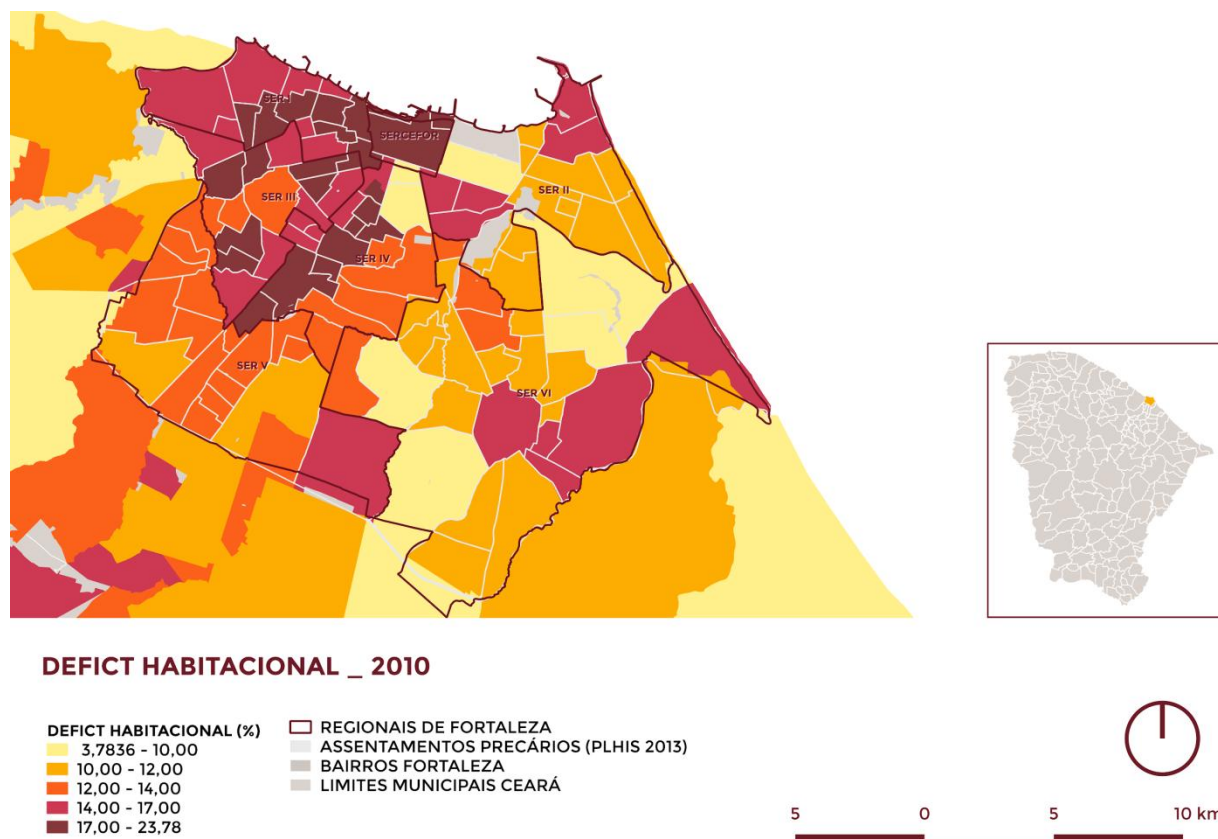


Mapa 2. Fonte: dados do IBGE, 2020; Fortaleza em Mapas, 2019. Elaboração: LEHAB, 2014, e Juliana De Boni, 2020.

Percebe-se, a partir do **Mapa 2**, que os bairros dentro do município de Fortaleza que possuem pior qualidade de entorno estão concentrados principalmente em áreas periféricas, localizados nas Regionais V e VI, que fazem fronteiras com os outros municípios da Região Metropolitana, no extremo oeste, no bairro Vila Velha, que faz fronteira com o município de Caucaia, e também no extremo leste, com setores qualificados como piores em bairros litorâneos, como Cais do Porto, Praia do Futuro II, Sabiaguaba.

As condições de desigualdade de desenvolvimento também podem ser abordadas a partir do déficit habitacional. No caso, segundo o **Mapa 3**, observa-se o maior percentual do déficit nos bairros ao oeste do centro indicando para os mesmos maior adensamento. Ressalta-se que tomam parte deste indicador os seguintes componentes: coabitação, moradia em cômodo,

ônus excessivo do aluguel para famílias com renda abaixo de 3 salários mínimos e moradias improvisadas, por vezes atingindo percentuais que superam 20% do total de famílias naqueles bairros.



Mapa 3. Fonte: dados do IBGE, 2010. Elaboração: LEHAB, 2014, e Juliana De Boni, 2020.

c. Condições de moradia: Assentamentos urbanos precários

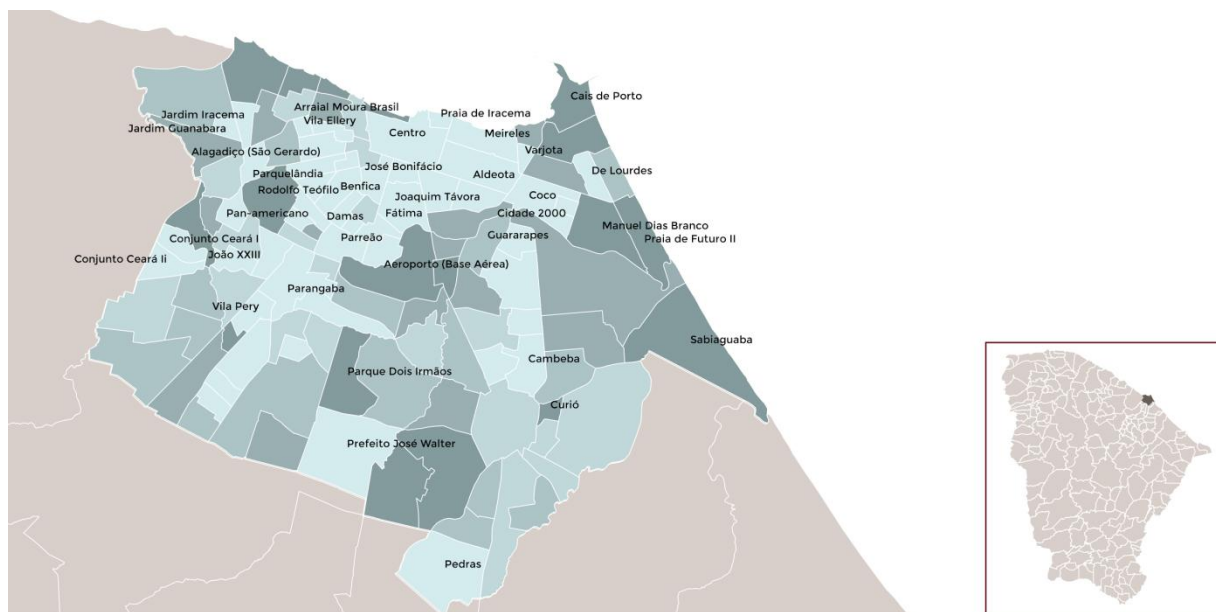
Fortaleza revela uma outra forma de compreensão de suas desigualdades se considerados os assentamentos urbanos precários na forma como se distribuem pelos seus bairros. Estes apresentam condições de maior densidade demográfica, assim como padrões de maior intensidade de ocupação do solo, em grande parte sem recuos frontais ou laterais que por vezes fazem da rua e da viela a continuidade de suas moradas, apesar do convívio com esgoto a céu aberto. São exíguos os espaços livres, o que leva a que os mesmos correspondam a pontos de aglomeração e encontro, variando desde as frentes de casas e bares, esquinas e pequenos largos. De acordo com os dados do Plano Local Habitacional de Interesse Social de Fortaleza (PLHISFor) de 2013, ver **Mapa 4**, o percentual de pessoas vivendo oficialmente em condições precárias totaliza 44%. De acordo com o PLHISFor, considera-se assentamento urbano precário os seguintes tipos: favelas, loteamentos irregulares, conjuntos habitacionais precários, mutirões e cortiços.

Há 19 bairros da cidade com mais de 80% da sua população vivendo em assentamentos urbanos precários, os quais corresponderiam ao que denominamos como bairro-favela. Destes 14 teriam mais de 90% de sua população nesta condição. Nove bairros com maior concentração de população em favelas são litorâneos, ocupando dunas e faixas de praia em núcleos com altíssima densidade de maneira conflituosa. Destaque para os bairros do Arraial Moura Brasil, do Pirambu, Cristo Redentor e Barra do Ceará que representam todo o litoral ao oeste do Centro de Fortaleza abrigando antigas comunidades formadas desde a implantação da via férrea.

Outros 16 bairros apresentam percentuais consideráveis de pessoas em assentamentos precários, variando entre 80 e 60%. Destes, pelo menos 10 apresentam características que os colocam na condição de bairros populares, visto que os demais setores abrigam unidades domésticas em situações socioeconômicas similares. Chama atenção que os demais – Mucuripe, Papicu, Edson Queiroz, Sapiranga, Jardim das Oliveiras e São João do Tauape, são bairros de interesse do mercado imobiliário por conta de sua proximidade com as centralidades mais valorizadas.

Numa situação intermediária, outros 15 bairros formam um grupo com percentual entre 40 e 60% de sua população vivendo em assentamentos precários. Destes, pelo menos 10 são periféricos e apresentam graves problemas de saneamento ambiental decorrentes da comercialização ilegal de seus loteamentos, repletos de irregularidades urbanísticas.

A desigualdade se revela ainda mais quando se analisa os 33 bairros com menores percentuais, aqueles com menos de 10% de sua população em assentamentos precários, dos quais apenas 8 não possuem favelas. Boa parte representa o padrão de bairro com maior presença do mercado imobiliário. Outros correspondem ao que denominamos de “bairro conjunto” visto que a sua quase totalidade se confunde com o programa habitacional que os originou como os conjuntos Ceará I e II e o Prefeito José Walter.



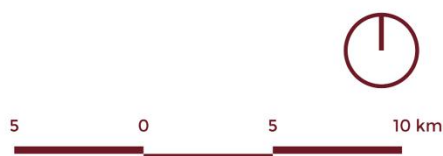
ASSENTAMENTOS PRECÁRIOS POR BAIRROS EM FORTALEZA

ASSENTAMENTOS PRECÁRIOS POR BAIRRO

- 0% - 20%
- 20% - 40%
- 40% - 60%
- 60% - 80%
- 80% - 100%

LIMITES MUNICIPAIS CEARÁ

Percentual de população de assentamentos precários (PHIs) em relação à população do bairro (censo IBGE)
Fonte: IBGE, PLHIS



Mapa 4. Percentual de moradores em Assentamentos Precários por bairro. Fonte: PLHIS, 2013, e Censo IBGE, 2010. Elaboração: LEHAB, 2014, e Marcela Monteiro, 2020.

Somados, estes indicadores revelam o desenvolvimento desigual predominante em Fortaleza, com intensa diferenciação entre os setores mais e os menos favorecidos. Esta condição indica maior vulnerabilidade social em três situações: os municípios conurbados a Fortaleza, os bairros periféricos e os setores precários inseridos em bairros aparentemente dotados de maior qualidade urbanística que representam em muitos casos comunidades de favelas. No caso, estes setores seriam mais susceptíveis à disseminação de doenças transmissíveis por veiculação hídrica, dadas as condições precárias de saneamento, assim como pelas condições socioeconômicas reveladas pelas condições de moradia precárias e deficitárias.

d. Equipamentos de saúde

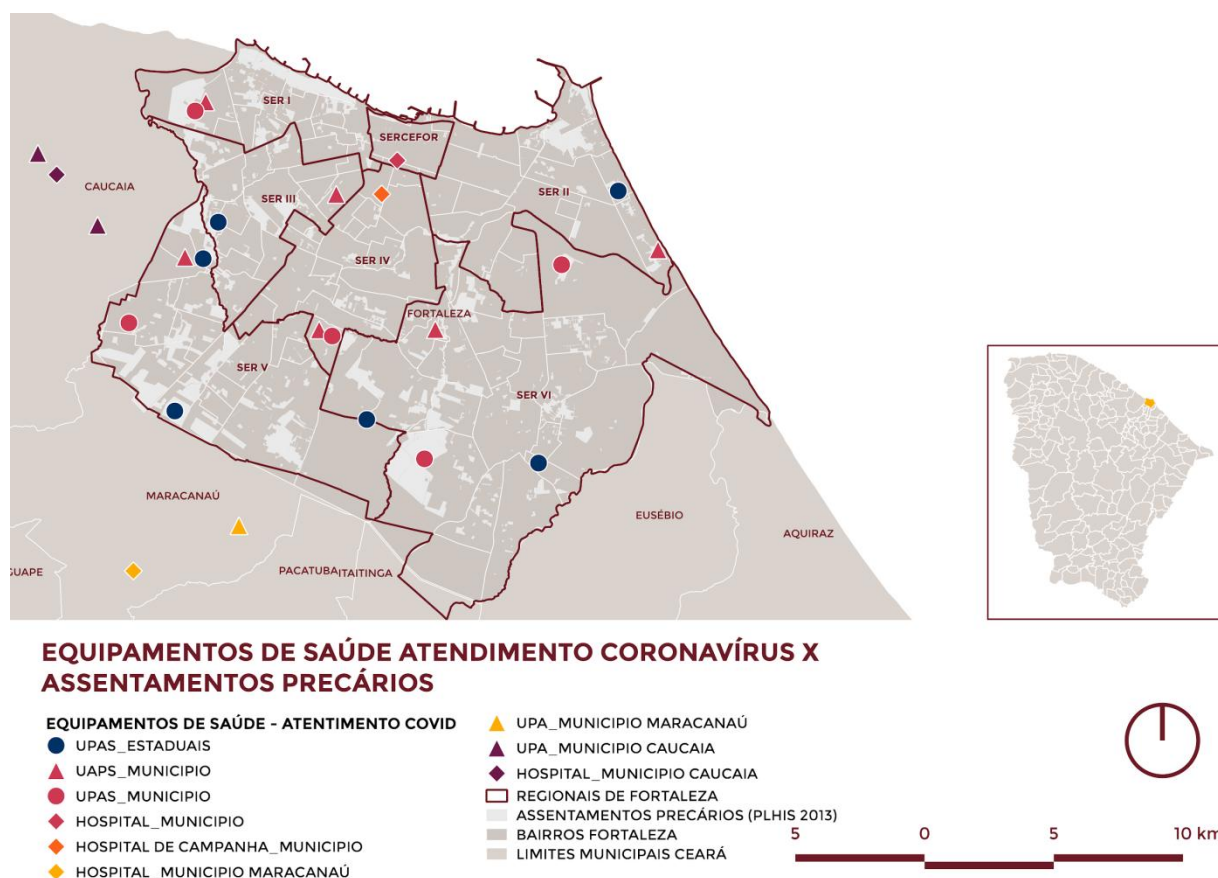
Com o intuito de complementar uma breve apresentação da realidade metropolitana, em especial a referente a Fortaleza e os municípios a ela conurbados, buscou-se mapear os equipamentos de saúde diretamente vinculados à pandemia. Na capital, o atendimento nos equipamentos de saúde da rede pública fica a cargo tanto do Governo do Estado quanto da Prefeitura Municipal de Fortaleza - PMF. Nos municípios vizinhos, os equipamentos são todos municipais, dado que a rede de hospitais regionais estaduais encontra-se distribuída pelos

municípios que atuam como cidades médias ou centros regionais destacados na rede urbana cearense. No que se refere às unidades de saúde que atendem a demanda específica de pacientes com suspeita de Covid-19, elas podem ser divididas quanto à gestão responsável e o tipo de unidade:

- À cargo do Governo do Estado do Ceará são seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), nos respectivos bairros:
 - Praia do Futuro;
 - Messejana;
 - Autran Nunes;
 - Conjunto Ceará;
 - Canindezinho;
 - José Walter.
- À cargo da Prefeitura Municipal de Fortaleza são seis UPAs, seis Postos de Saúde e dois Hospitais:
 - UPAs nos respectivos bairros:
 - Cristo Redentor;
 - Vila Velha;
 - Jangurussu;
 - Edson Queiroz;
 - Itaperi;
 - Bom Jardim.
 - Postos de Saúde (UAPS):
 - Maria Aparecida Lima de Almeida (Conj. Nova Assunção), na Regional I;
 - Frei Tito (Antônio Diogo), na Regional II;
 - Anastácio Magalhães (Rodolfo Teófilo), na Regional III;
 - Dom Aloísio Lorscheider (Itaperi), na Regional IV;
 - Maciel Brito (Conjunto Ceará), na Regional V;
 - Edmar Fujita (Dias Macedo), na Regional VI.
 - Hospitais:
 - Instituto José Frota - IJF
 - Hospital de Campanha Presidente Vargas

No **Mapa 5** é possível identificar os equipamentos de saúde mencionados acima e traçar uma relação com os assentamentos precários de Fortaleza. Segundo o Plano Local de Habitação de Interesse Social - PLHIS (2013), a capital concentra cerca de 800 assentamentos precários. Ainda segundo o PLHIS, estas localidades equivalem a 11% do território e concentram 44% da

população de Fortaleza.



Mapa 5. Equipamentos de saúde para atendimento aos casos de Corona Vírus

Fonte: base de dados do Fortaleza em Mapas/SEUMA, 2019. Localização dos equipamentos de saúde para atendimento da população disponível nos links: <https://www.cmfor.ce.gov.br/2020/04/30/coronavirus-onde-buscar-atendimento-em-fortaleza/> e <https://www.saude.ce.gov.br/2018/06/25/upas-do-governo-do-ceara-tem-98-de-indice-de-satisfacao-no-atendimento/>. Elaboração do Mapa: Juliana De Boni Fernandes, 2020.

Importa registrar aqui que, nos questionários respondidos, quase 100% das comunidades, quando indagadas sobre outros problemas de saúde que tem afetado as pessoas durante a pandemia, relatam a Dengue como doença predominante, tanto nas respostas do início de maio (um fala em “surto de dengue” em alguns territórios), como em junho, demonstrando preocupação com o alto número de casos e a dificuldade de atendimento de saúde, colapsado por conta da COVID-19. Citam também hipertensão, diabetes, e doenças mentais. Alguns relatam a dificuldade de realização de exames básicos, mas também registram o esforço feito pelos/as profissionais de saúde para bem atender.

2. O que dizem os relatórios técnicos: como o problema se manifesta?

Diferentemente de outras políticas públicas, como a de desenvolvimento urbano, fundiária, ambiental e habitacional, as ações das Secretarias de Saúde estadual do Ceará e municipal de Fortaleza tem garantido maior transparência no acesso às informações indicando semanalmente a distribuição espacial e o quantitativo. Nos boletins estaduais, adota-se como regionalização as áreas descentralizadas de saúde de residência, tendo o município como unidade territorial de análise. No caso do município adota-se a divisão por regional e o bairro como unidade.

Duas fontes de dados oficiais foram utilizadas para a compreensão da totalidade do problema nas escalas estadual em municípios, e de Fortaleza em bairros. Importante mencionar que este texto se refere aos dados publicados pelos últimos boletins e informes do mês de junho (26/06/2020), abrangendo, portanto o período de pico da pandemia e o início da queda dos números de casos diagnosticados e de óbitos na região metropolitana. Enquanto ação de monitoramento e considerando a necessidade de acompanhamento continuado do problema, pretende-se dar prosseguimento à leitura destes informes e boletins, assim como da sistematização dos dados, considerando que as bases de dados complementares, como as que revelam as carências de habitabilidade e de precariedade das condições de moradia não fazem parte do escopo definido pelos epidemiologistas das instituições governamentais.

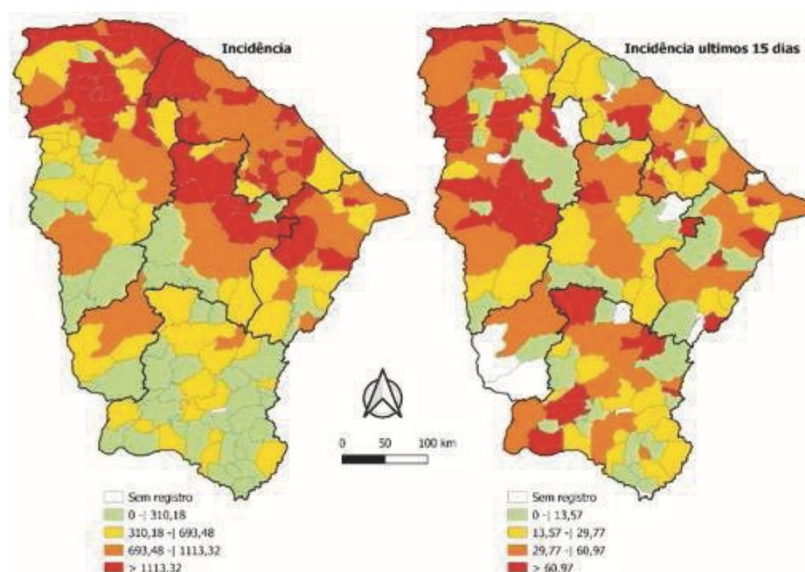
No caso dos boletins epidemiológicos do Estado do Ceará, a situação epidemiológica da COVID-19 vem sendo apresentada com relação aos casos e aos óbitos, considerando o total acumulado e a incidência nos últimos 15 dias. Destaque para a qualidade da cartografia temática que permite compreender possíveis tendências a partir da distribuição espaço-temporal, revelando até a concentração de casos na Região Metropolitana de Fortaleza e na Zona norte do estado, comandadas pela Capital e pelo município de Sobral respectivamente. Ao adotar o município, não há qualquer diferenciação entre as zonas urbana e rural. Todavia, no atual momento em que se observa a tendência de maior crescimento no interior do estado, esta diferenciação entre campo e cidade poderia ser esclarecedora no sentido de reduzir a expansão para localidades e comunidades de base agrícola.

Estas regiões com maior concentração de casos correspondem àquelas com maior crescimento demográfico entre os últimos censos demográficos. Chama atenção que as mesmas abrigam os centros regionais que detém boa parte do parque industrial localizado no interior do Estado, assim como possuem maior integração com Fortaleza, o principal foco da

pandemia no Estado.

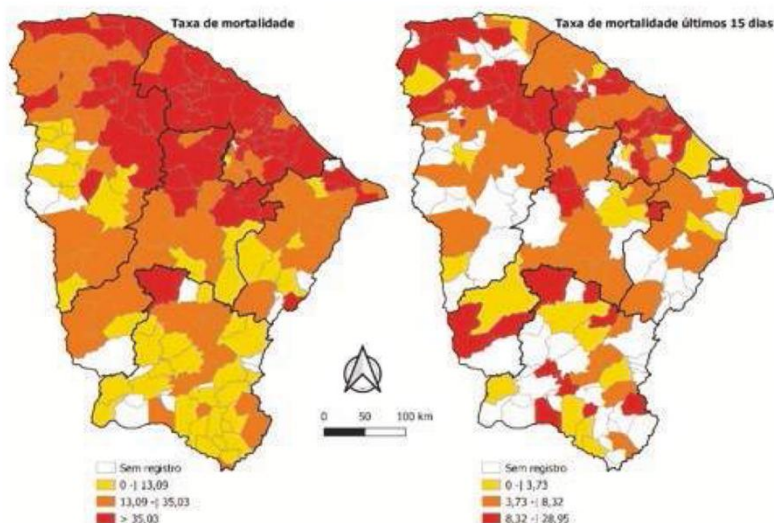
Todavia, se observa nos **Mapas 6 e 7** seguintes a tendência de expansão em direção ao interior do Estado, como indicam os dados específicos para os últimos 15 dias. Verifica-se assim a tendência de que municípios que comandam as regiões do Litoral Leste / Jaguaribe, do Sertão Central e do Cariri como Aracati, Limoeiro do Norte, Russas, Quixadá, Iguatu, Juazeiro do Norte, Crato e Brejo Santo venham a apresentar maior crescimento da demanda por internações tanto pelos residentes nestes municípios, como por moradores de outros menores de suas regiões de abrangência.

Os dados trazem ainda informações relacionadas aos casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) de forma mais ampla incluindo outros vírus ao longo dos últimos 6 meses e comparados ao mesmo período no ano de 2019. Ao serem identificados os casos de COVID-19, os mesmos são classificados por faixa etária e sexo, assim como são relatados os sinais e sintomas, assim como as doenças prévias e associadas em função do risco de morbidade.



Mapa 6 – incidência dos casos confirmados acumulada e últimos 15 dias segundo município de residência, Ceará, 22 de junho de 2020

Fonte: eSUS VE e SVEP Gripe, GAL/LACEB-CE, Rede laboratorial particular. Dados sujeitos a revisão, atualizados às 14 hs. Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará, semana 26ª, 2020.



Mapa 7. Taxa de Mortalidade por COVID-19 acumulada e últimos 15 dias, segundo município de residência, Ceara, 22 de julho de 2020.

Fonte: eSUS VE e SVEP Gripe, GAL/LACEB-CE, Rede laboratorial particular. Dados sujeitos a revisão, atualizados às 14 hs. Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará, semana 26^a, 2020.

De modo a traçar cenários, os boletins estaduais buscam analisar para todo o Estado e por superintendência regional as taxas de internação e de ocupação de leitos em UTI nas unidades monitoradas pela SESA. Os dados por municípios são ainda analisados graficamente por regiões, destacando os municípios com maior incidência, de modo a traçar cenários da situação existente.

Diante da situação em que a pandemia atinge o estado do Ceará, caberia investigar se a presença de hospitais distribuídos por outras macrorregiões edificadas e postos em funcionamento nas últimas décadas tem contribuído com a redução do histórico fluxo dos municípios do interior em direção à capital encurtando o trajeto de pacientes de cidades de suas regiões de influência.

Ao tratar dos municípios incluídos na superintendência regional de saúde de Fortaleza, o boletim informa que até o dia 22/06/2020, esta região engloba 42.033 casos suspeitos, 57.033 casos confirmados dos quais 4.492 vieram a óbito. Como aponta o gráfico seguinte verifica-se tendência de redução desde as 3 últimas semanas, sugerindo que o pico da pandemia teria ocorrido na derradeira semana de maio. Na RMF além de Fortaleza, municípios a ela conurbados como Caucaia e Maracanaú, justamente os mais populosos, apresentam os maiores números de óbitos.

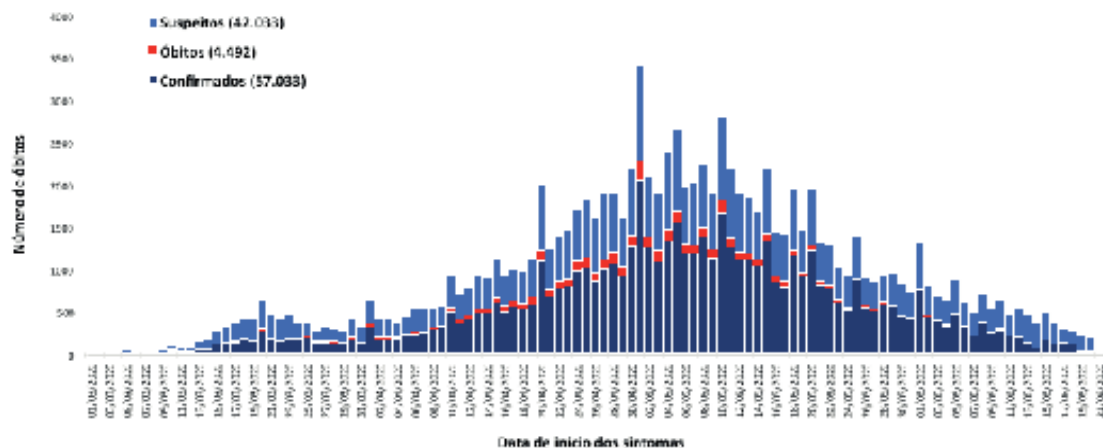


Figura 1. Número de casos suspeitos, confirmados e óbitos segundo data do início dos sintomas, SRS Fortaleza, 22 de junho de 2020.

Fonte: eSUS, Sivep Gripe, GAL/LACEN-CE, Rede laboratorial particular.

O boletim traz ainda por região a análise tendencial por região por meio da curva do número de reprodução efetiva (R_t), que indica a taxa de transmissão evidenciando possível interrupção na cadeia de transmissão. No caso do Estado do Ceará, para o período de março a junho, observa-se a diminuição de 2,4 a 0,7. Para a região de Fortaleza, a curva é similar, com a diminuição de 2,4 para 0,8. Contudo o relatório indica que atrasos na notificação podem estar influenciando nesta queda. Destaque ainda para a representatividade do Laboratório Central Público do Ceará (LACEN) processando mais de 56% dos exames para Covid-19.

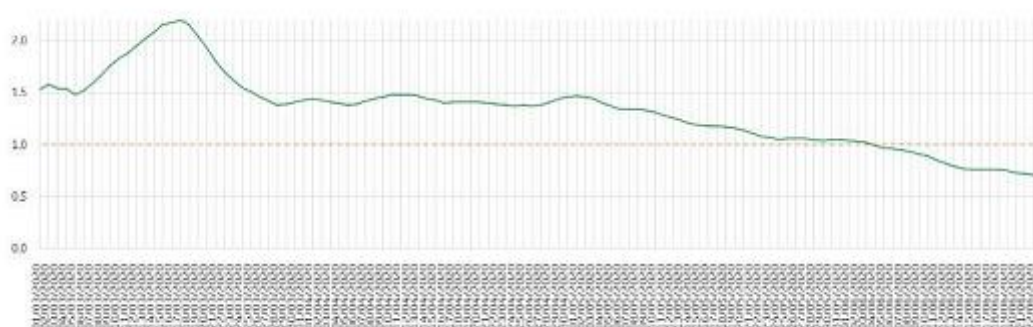


Figura 2. Curva do número de reprodução efetiva (R_t) dos casos de COVID-19 , Ceará, 2020.

Fonte: eSUS, Sivep Gripe, GAL/LACEN-CE, Rede laboratorial particular.

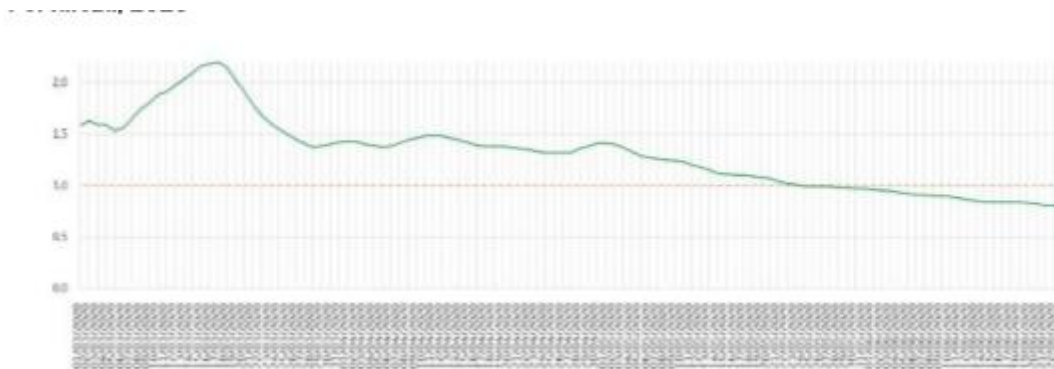


Figura 3. Curva do número de reprodução efetiva (Rt) dos casos de COVID-19 , SRS Fortaleza, 2020.

Fonte: eSUS, Sivep Gripe, GAL/LACEN-CE, Rede laboratorial particular.

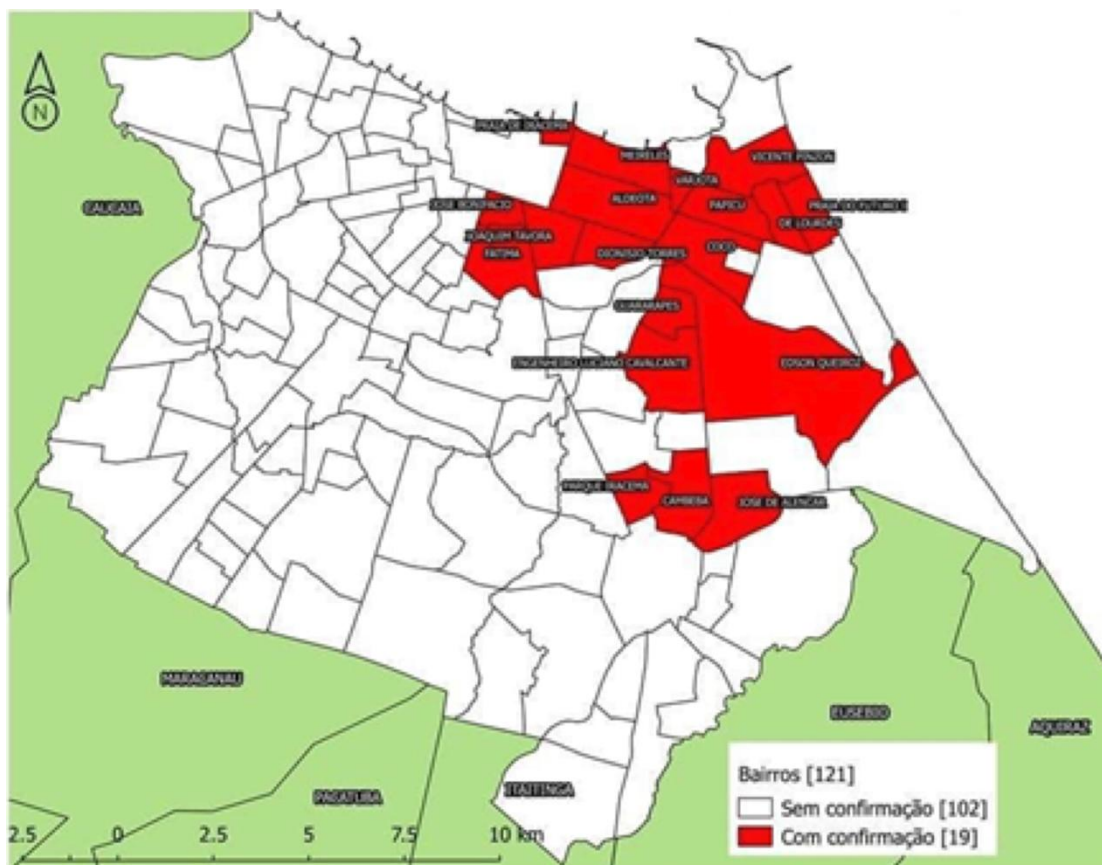
Sobre Fortaleza, foram utilizados os dados dos informes semanais disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Nos parágrafos seguintes desta seção trataremos do município de Fortaleza subdividido em bairros, conforme a divisão adotada pela secretaria municipal de saúde, com alguns ajustes. Adota-se uma divisão com 117 bairros, quando ainda não havia algumas divisões: a. Quintino Cunha e Olavo Oliveira; b. Ancuri e Parque Santa Maria; c. Mondubim e Aracapé; d. Vila Manoel Sátiro e Novo Mondubim.

No caso do informe semanal municipal COVID-19 apresentado pela Secretaria Municipal, os conteúdos apesar de similares, apresentam maior detalhamento por conta da adoção do bairro como unidade territorial de análise. Tratando-se de uma doença com forte propagação, estudos que tratem de epidemias em cidades com altas densidades tendem a permitir análises diferenciadas que revelam movimentos diversos, desde o seu surgimento, a forma como se deu a sua disseminação, culminando com a sua contenção, estabilizando-se ou até chegando a níveis extremos de redução.

Além disso, com base no quadro de desigualdades socioespaciais apresentados na parte inicial deste dossiê, as informações trazidas pelos números de casos, de óbito e as taxas de letalidade podem ser melhor compreendidas evidenciando correlações entre os setores com maior incidência de COVID-19 como a renda média, o acesso às infraestruturas e condições de moradia, mediante a representatividade dos moradores de assentamentos urbanos precários por bairro.

Para dar início a esta análise espacial, vale lembrar o primeiro mapa publicado pelo Jornal O POVO com registro de casos de COVID-19 por bairros em Fortaleza (**Mapa 8**), registrando a situação da COVID-19 em 20/03/2020. O artigo destacava a concentração dos casos já diagnosticados trazendo cartograma com as primeiras confirmações localizadas nos bairros

com maior renda, com maior intensidade de transações imobiliárias e com melhores padrões de urbanização. Trata-se de um conjunto de bairros cujo perfil socioeconômico permite a realização de viagens ao exterior, assim como possui acesso aos serviços de saúde privado, em busca da confirmação da doença.



Mapa 8. COVID 19: casos confirmados por bairros do município de Fortaleza / CE, 2020

Fonte: cartograma publicado pelo Jornal O Povo em 21/03/2020 a partir de dados disponibilizados Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, 20/03/2020.

Passados três meses, a situação se mostra bem diferente O que se restringia a um setor da cidade se expandiu, revelando com rapidez a vulnerabilidade de grande parte da cidade em função das disparidades no acesso às infraestruturas, das condições desiguais de moradia, diretamente relacionadas aos padrões de renda média mensal familiares.

Na figura 4 seguinte, obtida junto ao informe da 26ª semana emitido pela Secretaria Municipal de Saúde, observa-se uma série de cartogramas que registram os óbitos ao longo de seis quinzenas, desde a última semana de março até a terceira semana de junho. Nesta sequência é possível constatar um conjunto de dinâmicas reveladoras de deslocamentos, concentrações, disseminações e retrações.

No primeiro cartograma, observa-se que os 59 óbitos ocorridos de 24/03 a 07/05/2020 se concentravam nos bairros mais ricos (Meireles e Aldeota) onde os primeiros casos foram constatados, bem como em dois núcleos periféricos de baixa renda e adensados, um ao oeste (Barra do Ceará) e outro, ao sul (Prefeito José Walter).

Na quinzena seguinte ocorreram 217 mortes por COVID-19, quando já se verificava uma maior dispersão, com a disseminação para diversos setores pericentrais (Jacarecanga, São João do Tauape, Edson Queiroz), assim como nos bairros com maior presença de assentamentos precários no litoral leste próximos ao Porto do Mucuripe (Vicente Pinzon, Cais do Porto). Da mesma forma, se dissemina nos bairros próximos ao litoral oeste (Barra do Ceará, Vila Velha, Jardim Iracema) onde a densidade é maior e na periferia sul, com menor intensidade.

O terceiro cartograma, referente ao período de 23/04 ao 07/05, compreende 828 óbitos. Nesta quinzena o acumulado indica que a situação no litoral leste se repete com o crescimento de mortes nos bairros do Cais do Porto e Vicente Pinzon, assim como se acirra no trecho litorâneo ao oeste. Constata-se ainda a expansão para outros bairros circunvizinhos e o direcionamento para o sudoeste de Fortaleza, setor ainda mais precário e desprovido de infraestrutura.

Na quarta quinzena atinge-se o pico com 1.245 mortes, quando a propagação da doença se apresenta como mais uma maneira de revelar a divisão social em Fortaleza, partilhando-se entre o leste auto-segregado com melhores condições de vida e o oeste popular menos favorecido. A situação sugere que a junção de características inerentes aos bairros populares como densidade, presença de assentamentos precários, saneamento inadequado, baixa renda familiar devam favorecer a maior propagação da COVID-19. Por outro lado, na parte leste, é notória a redução dos casos que vem a óbito.

O quinto cartograma da série apresenta as áreas onde se concentram os 672 óbitos no período de 23/05 a 06/06/2020. Nele se percebe a tendência de diminuição da epidemia reduzindo-se em 54% o total de casos. Contudo ainda se observa que os bairros ao oeste apresentam maior vulnerabilidade à disseminação da pandemia. Permanece a dispersão para os bairros mais próximos na banda oeste com o deslocamento ao longo da bacia do Maranguapinho. Tratando-se de bairros populares com maior intensidade de empregos informais, é possível afirmar que medidas como o isolamento social tenham surtido menor efeito. Também chama atenção que os bairros onde os primeiros casos surgiram voltaram a se destacar como o Meireles e a Aldeota e nos bairros pericentrais. O mesmo se observa na periferia, deslocando-se de sudoeste ao sul e ao sudeste.

O sexto cartograma desta série com os óbitos da quinzena de 07/06 a 21/06, indica o recrudescimento da pandemia em Fortaleza com um total de 243 óbitos georeferenciados. Estes números representam cerca de 1/5 dos casos no período de maior pico, sugerindo uma possível melhoria da situação na cidade.

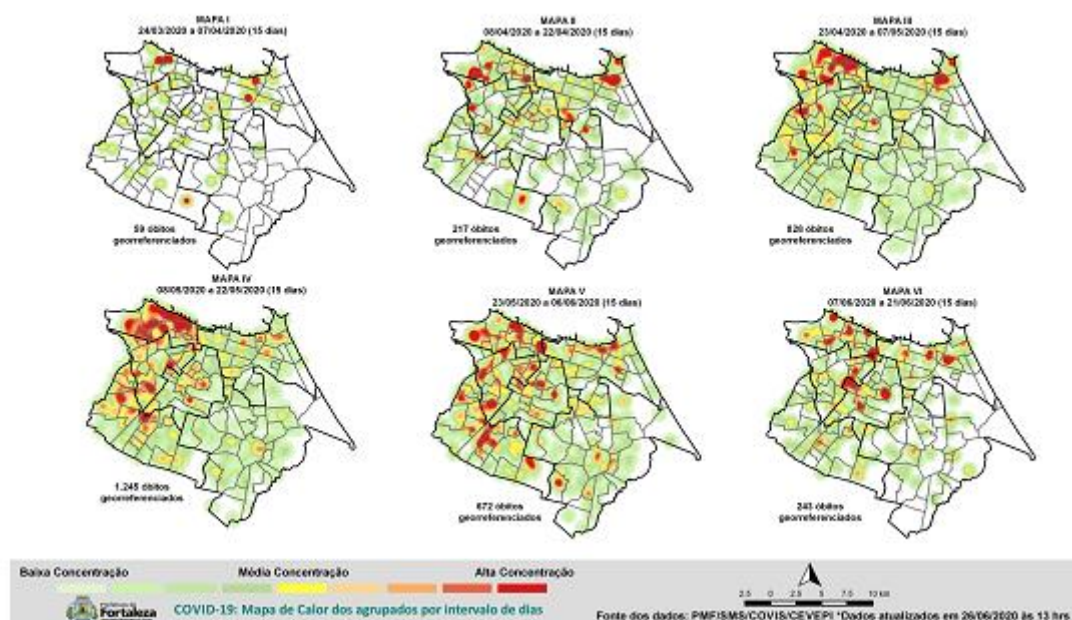


Figura 4. COVID-19: Densidade espacial de óbitos por intervalos quinzenais, segundo bairro de residência do paciente. Fortaleza, 2020.

Fonte: Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, semana 26ª, 2020. Acesso: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/coronavirus/PDFS/Informe%20semanal%20COVID-19%20SE%2026%C2%AA%202020%20SMS%20Fortaleza-compactado.pdf>

Diante deste quadro, busca-se verificar a existência de alguma associação entre a incidência de óbitos com as condições de vida desiguais anteriormente mencionadas a partir de dois indicadores. Primeiro taxa de letalidade, investigando-se a maior incidência de óbitos em alguns bairros. Em seguida, busca-se compreender a relação entre a renda média em salários mínimos e os óbitos, concluindo-se com análise relativa ao percentual de pessoas em assentamentos urbanos precários. Todos eles adotando o bairro como unidade espacial de análise. Busca-se com a sobreposição destas variáveis identificar a presença de possíveis agrupamentos, destacando que ambos serão relacionados à totalidade de casos de óbitos ocorridos no período de 01/03/2020 a 26/06/2020, portanto quase 4 meses de pandemia no município.

Com relação à taxa de letalidade, relação entre os óbitos e os casos diagnosticados, observa-se no mapa 9 a presença de 3 padrões ou tipos: os dois primeiros com maiores registros de

COVID-19 (i) são mais periféricos e concentrados na parte oeste de Fortaleza; (ii) são pericentrais. Um terceiro padrão diz respeito ao outro extremo, no qual a letalidade é inferior a 5% dos casos (Pequeno, 2015).

No primeiro destaque para os bairros posicionados na fronteira de Fortaleza com Caucaia ao oeste, justamente os dois municípios mais populosos da RMF. Realce para o fato de que se trata das áreas com piores condições de infraestrutura salvo os conjuntos habitacionais construídos na década de 1970 e nos primeiros anos dos 1980 pelo BNH (Conjunto Ceará I e II em Fortaleza; Araturi e Nova Metrópole em Caucaia. Estes mesmos bairros correspondem também aos que concentram maior número de famílias em áreas de risco e para onde foram destinados alguns empreendimentos habitacionais voltados para o reassentamento destas comunidades. Destacam-se o Vila Velha, a Barra do Ceará, o Autran Nunes, a Granja Lisboa, dentre outros com taxa de letalidade acima de 20%. Além disso, toda a borda ao sul de Fortaleza, mostra letalidade entre 10 e 20% dos casos.

No segundo tipo, os bairros possuem como similaridade a conformação de um semi-anel pericentral, justamente aqueles com maiores percentuais de famílias de baixa renda vivendo em aluguel e favela. Trata-se de bairros que assimilaram em seu tecido social alguns assentamentos urbanos precários altamente adensados, nos quais também se observa a presença de moradias populares com maior taxa de coabitação. Destaque para os bairros do litoral oeste: Cristo Redentor e Pirambu, Floresta, Pici, Itaperi, Parreão e Aeroporto. Ao final, soma-se o enclave litorâneo ao leste nas proximidades do Porto do Mucuripe, com os bairros Vicente Pinzón e Cais do Porto, onde a favela predomina.

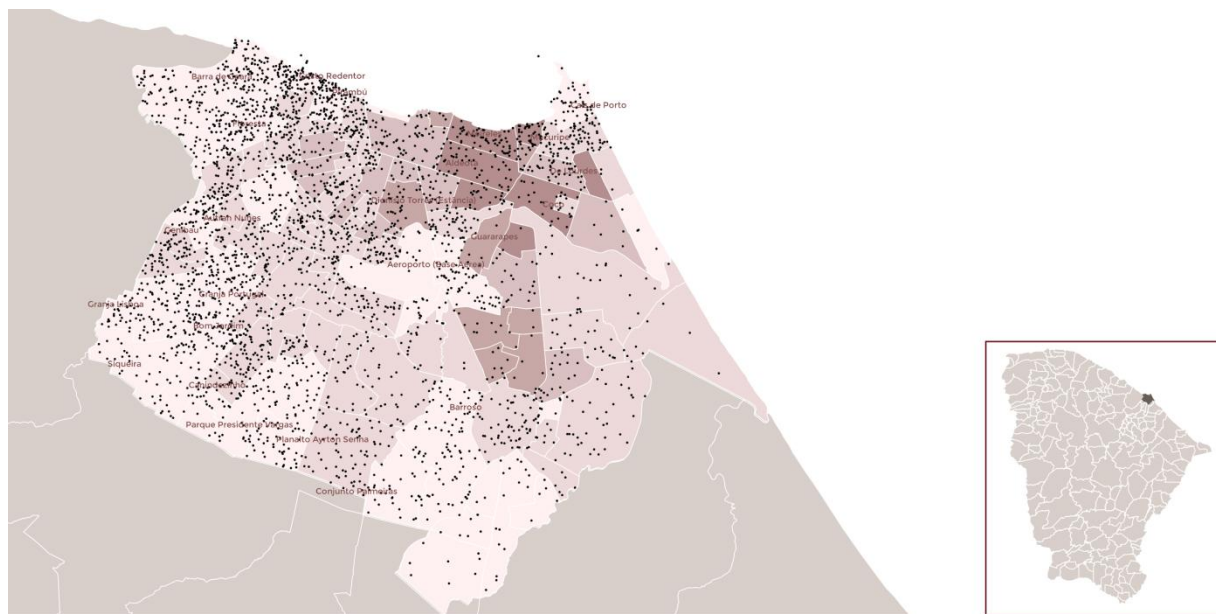
Com terceiro tipo, bairros com menor letalidade, realce para aqueles com maior percentual de famílias com renda média alta. Importante lembrar que nestes setores houve maior número de testes, ampliando-se portanto o universo de casos ao contrário das periferias, onde os exames só são realizados quando a gravidade é maior.

A partir da análise do cruzamento de dados relativos à renda média por bairro e o número de óbitos pela Covid-19 em Fortaleza, é possível observar que grosso modo, existe uma relação inversamente proporcional. O **Mapa 9** apresenta, em cores graduais, a relação entre a renda média por bairro e ao salário mínimo de 2010, segundo dados do IPECE, sob uma nuvem de pontos que representam o número de óbitos nos bairros, expondo a concentração dos óbitos.

Bairros como Aldeota, Meireles e Cocó, por exemplo, concentram as maiores rendas da cidade, acima de 5 salários mínimos, e, segundo os dados do Boletim Epidemiológico de Fortaleza, em 26 de junho de 2020, essa quantidade já era inferior em relação a bairros como

Barra do Ceará ou Prefeito José Walter, onde os primeiros óbitos causados pela Covid-19 foram registrados. Enquanto na Aldeota havia cerca de 41 óbitos e o Meireles 57, na Barra do Ceará a quantidade já era de 119 óbitos.

A renda média por bairro possui relação estrutural com a quantidade de assentamentos precários que estão situados nesses perímetros, uma vez que são nos assentamentos onde se encontram as famílias que possuem as menores rendas na cidade.



ÓBITOS POR COVID-19 X RENDA MÉDIA POR BAIRROS EM FORTALEZA

RENDA MÉDIA (EM RELAÇÃO AO SM)

- 0,5 - 1,0
- 1,0 - 2,0
- 2,0 - 3,0
- 3,0 - 5,0
- 5,0 - 7,2

· 1 PONTO = 1 ÓBITO
 ■ LIMITES MUNICIPAIS CEARÁ

Dados utilizados em 26/06/2020
 Rendimento médio por bairro em relação ao
 salário mínimo do ano de 2010 (R\$ 510,00)
 Fonte: IPECE e Boletim da PMF



Mapa 9. Óbitos por COVID-19 X Renda média por bairros em Fortaleza em 26/06/2020

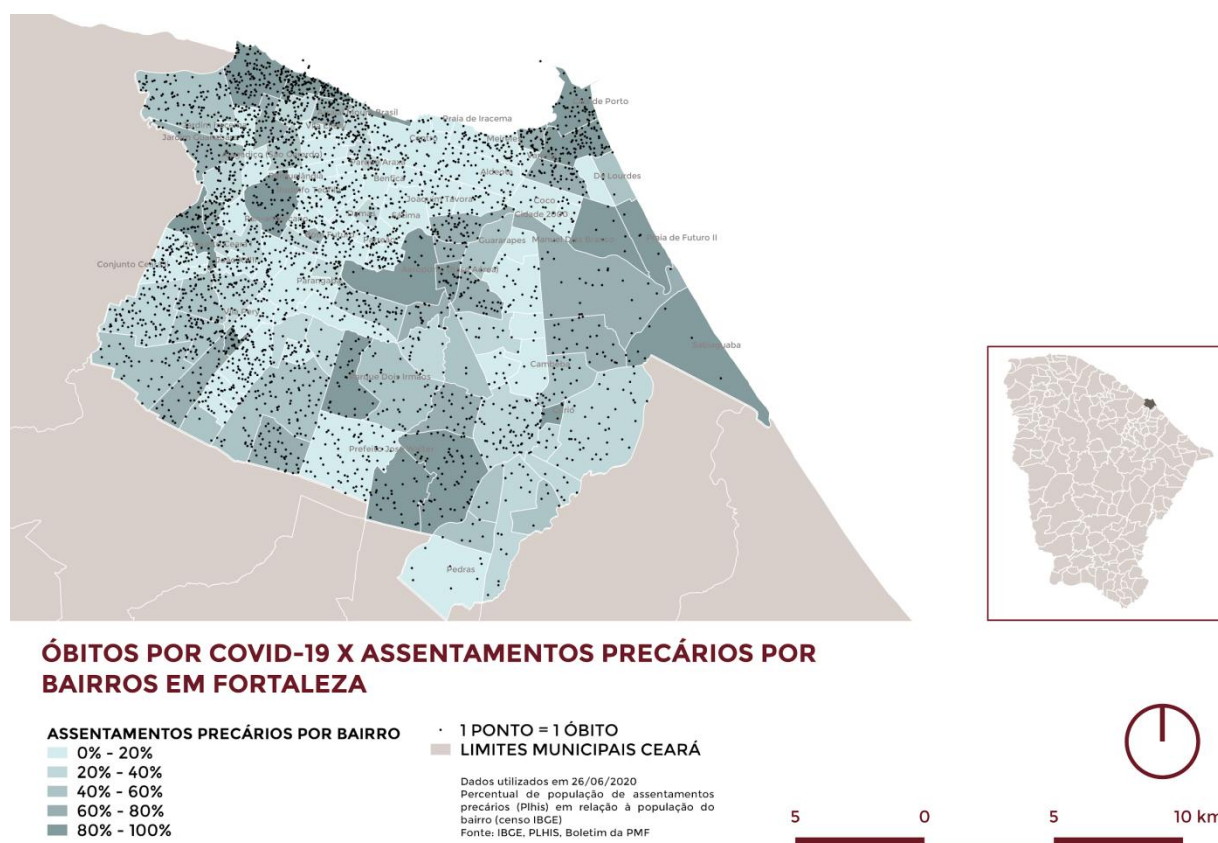
Fonte: dados do IPECE; Censo IBGE, 2010; Fortaleza em Mapas, 2019; Secretaria da Saúde da PMF, 2020. Elaborado por: LEHAB-UFC e Marcela Monteiro, 2020.

A partir da sistematização desenvolvida no **Mapa 10**, procura-se evidenciar o número e concentração de óbitos no território fortalezense, publicado no Boletim Epidemiológico da Prefeitura Municipal de Fortaleza de 26 de junho de 2020, em relação ao percentual de população de assentamentos precários por bairro, com base nos dados do PLHIS 2013 e do censo do IBGE.

A análise dos dados evidencia a concentração de população de assentamentos precários em alguns bairros, chegando a praticamente uma totalidade, como Cais do Porto, Vicente Pinzon,

Pirambu, Cristo Redentor, Barra do Ceará, José Walter, Palmeiras. Dentre os bairros que possuem alta concentração da população vivendo em assentamentos precários, é importante destacar Cais do Porto, Vicente Pinzon, Pirambu, Cristo Redentor e Barra do Ceará, pois além da intensidade em relação ao percentual apontado, é possível perceber também as maiores quantidades de óbitos no período identificado.

Mesmo nos bairros mais periféricos, onde os assentamentos urbanos precários, notadamente as favelas, se confundem com o entorno, constata-se uma ampla dispersão de óbitos. No caso, vale ressaltar que o porte dos bairros nas franjas da cidade são de maior porte em superfície, assim como apresentam menor densidade, mesmo nas comunidades, onde ainda se consegue construir uma unidade habitacional isolada no lote.



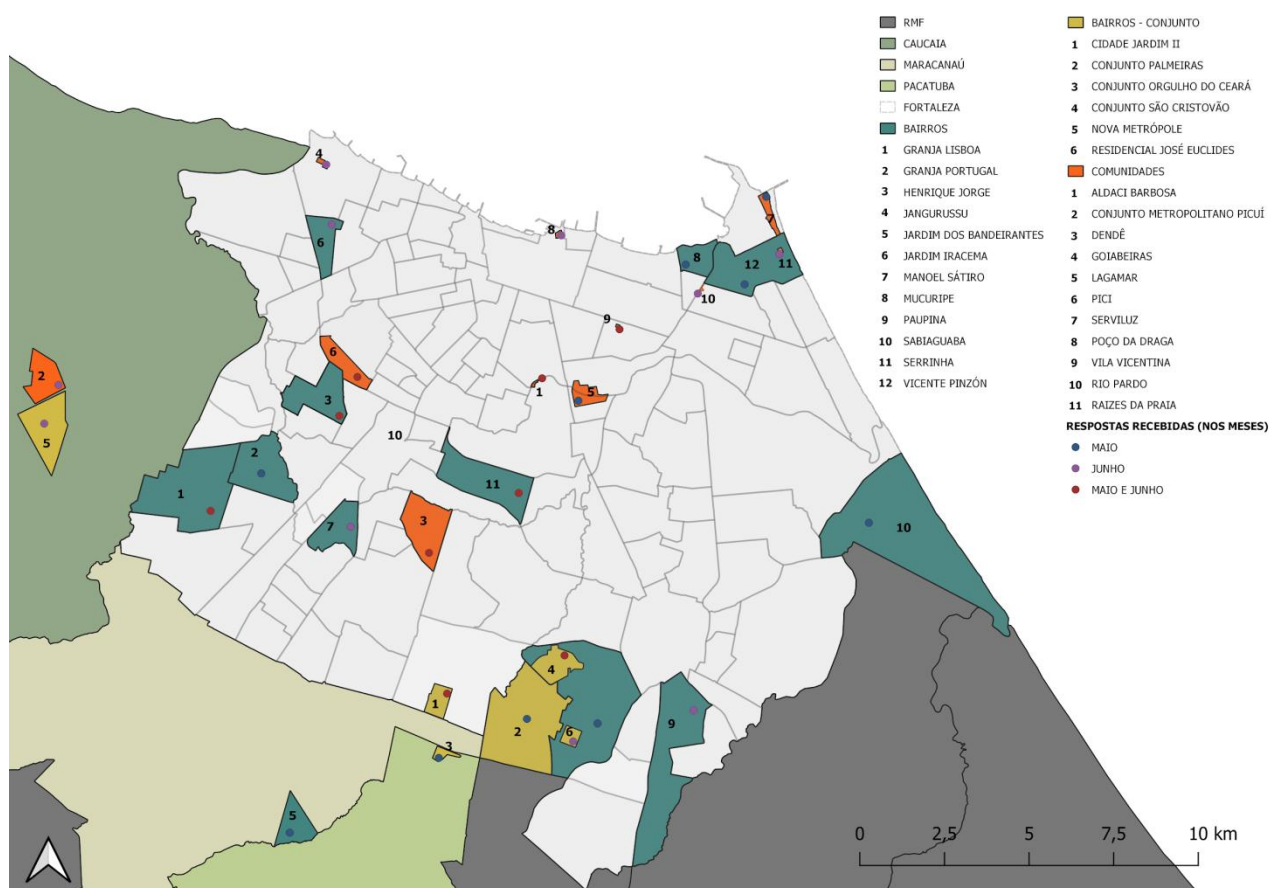
Mapa 10. Óbitos por COVID-19 X Assentamentos urbanos precários por bairros em Fortaleza em 26/06/2020

Fonte: PLHIS, 2013; Censo IBGE, 2010; Secretaria da Saúde PMF, 2020. Elaborado por: LEHAB-UFC, 2014, e Marcela Monteiro, 2020.

3. A visão das comunidades e movimentos

Trazemos nesta seção uma sistematização das respostas dos questionários de junho/2020, considerando também algumas informações adicionais dos questionários aplicados em maio de 2020, com caráter qualitativo².

Como mencionado, os territórios contemplados e investigados pelo dossiê abrangem todas as regionais de Fortaleza, além de alguns pontos da região metropolitana (**Mapa 11**), garantindo a pertinência dessa avaliação para a cidade como um todo do ponto de vista de comunidades e grupos socioespacialmente excluídos em geral. Os territórios também enfrentam realidades e dificuldades diversas, potencializadas no contexto de pandemia.



Mapa 11. Distribuição espacial dos territórios pesquisados neste dossiê, classificados como bairros populares, bairros conjuntos e comunidades nas duas fases deste estudo: maio e junho 2020.

Fonte: PLHIS, 2013; Fortaleza em Mapas, 2019. Elaborado por: LEHAB-UFC e Luísa Fernandes, 2020.

O fato dos territórios estarem espalhados pela cidade confere diferentes características na sua relação com o contexto urbano que os envolve. Os bairros-conjuntos são localizados em áreas

² As citações inseridas neste documento dizem respeito a algumas respostas dos questionários aplicados, sem identificação direta do território e da pessoa, pois não solicitamos às mesmas a divulgação de suas falas.

periféricas, avançando inclusive para os municípios vizinhos de Caucaia e Maracanaú³. No caso de Fortaleza, chama atenção que alguns deles são recentes, oriundos da segunda fase do Programa Minha Casa Minha Vida, comprovando suas precariedades a partir dos apontamentos de Pequeno e Rosa nas pesquisas que avaliaram esta pseudopolítica pública.

Os bairros populares, predominantemente periféricos, são de maior porte, justamente aqueles onde as precariedades levam a que as favelas sejam confundidas com o tecido urbano regularizado. Já as comunidades pesquisadas mostram-se mais próximas dos bairros centrais. No caso, como a maioria dos questionários foram aplicados nas áreas onde a Frente de Luta por Moradia atua, os mesmos coincidem com setores que se encontram ou que estiveram sob ameaça de remoção por conta de algum grande projeto urbano, como o Lagamar, a Aldaci Barbosa, a Rio Pardo, associadas ao VLT; outras podem ser associadas aos projetos turísticos e viários, como a do Serviluz, o Raízes da Praia, do Poço da Draga, as Goiabeiras.

A densidade também é um indicador relevante para análise, especialmente considerando o contexto de pandemia. Analisando os territórios investigados, e observando dados do IBGE (2010), é possível constatar que uma área considerável faz parte de assentamentos com alta densidade populacional e construtiva, especialmente na zona oeste da cidade. Aspectos como o grande número de pessoas vivendo na mesma casa, a densidade construtiva, a alta ocupação dos lotes, e poucas aberturas nas casas, aliados a espaços urbanos que também trazem precariedades diversas, configuram ambientes cuja salubridade é comprometida. Essa situação, que também é fruto das diversas negligências do Poder Público para com esses territórios, torna-se ainda mais grave num contexto em que o isolamento social e as boas condições de habitabilidade se tornam essenciais não só para o bem-estar, mas para a preservação da vida da população.

Visto que, em Fortaleza, a promoção de serviços de infraestrutura urbana por parte do Poder Público é bastante desigual e está muito concentrada em áreas centrais da cidade, onde vive a maior parte da população de renda média e alta, o acesso a serviços básicos em bairros periféricos é dificultado. As relações de trabalho, também, por muitas vezes forçam um deslocamento diário periferia-centro, onde ainda há maior oferta de emprego. Isso acarreta em um deslocamento de mais de 30 minutos para 46% da população fortalezense, sendo de mais de 1 hora para 12,7% das pessoas, em um sistema de transporte público sobrecarregado (Prefeitura de Fortaleza, 2015).

³ É ainda importante acrescentar a existência de casos, como o conjunto habitacional Orgulho do Ceará que se encontra em limites conflitantes entre os municípios de Pacatuba e Maracanaú. Essa situação mantém os moradores desassistidos, uma vez que nenhum dos municípios se responsabiliza pelos equipamentos e serviços públicos necessários.

A partir dos questionários apreendemos que quase 70% dos respondentes avaliam que os transportes públicos que atendem as comunidades estão superlotados, quase 24% afirmam que está pior durante a pandemia e apenas 19% registram ter presenciado distribuição de máscaras nos mesmos.

Segundo o site Fortaleza em Mapas, da Prefeitura, o IDH de todos os bairros que se afastam minimamente da zona central da cidade são classificados como “muito baixo”, correspondendo à grande maioria do território da cidade.

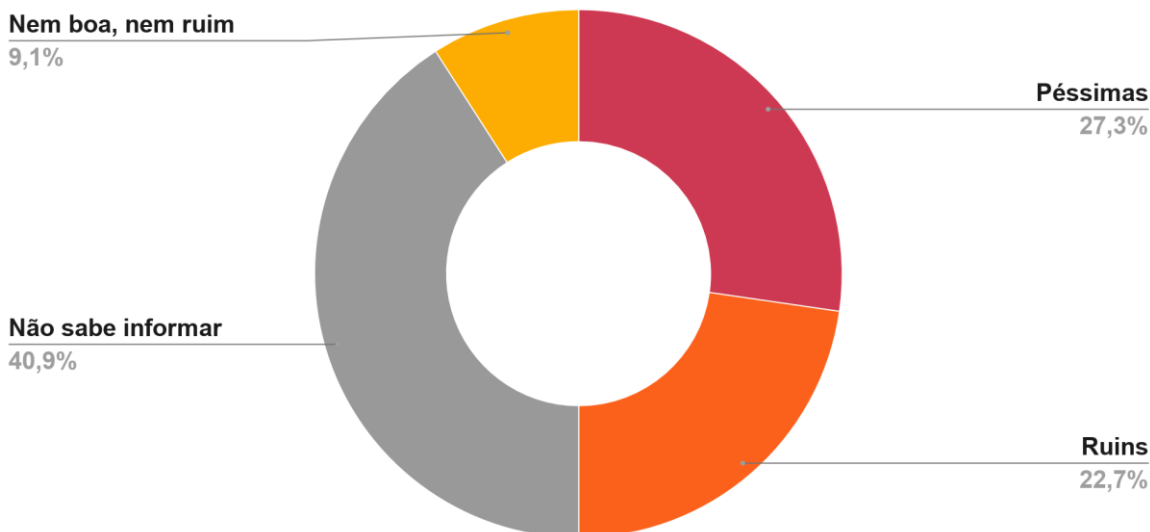
Ainda assim, mesmo comunidades localizadas em zonas centrais e melhor providas de infraestrutura em geral, como o Lagamar, a Vila Vicentina e o Poço da Draga, também passam por processos de exclusão urbana. Apesar de estarem em contextos de centralidade na cidade, alguns serviços públicos são negados e não alcançam esses territórios. Além disso, dadas suas localizações consideradas privilegiadas na cidade, essas comunidades sofrem com insistentes pressões do mercado imobiliário, muitas vezes pactuado com o Poder Público, sendo as ameaças de remoção constantes. Esses 3 territórios destacados, não obstante serem ZEIS, foram ameaçados de remoção nos últimos anos, sob diferentes pretextos, sendo necessária constante articulação e luta comunitária para resistir a esses processos, notadamente através da Frente de luta por Moradia Digna. Situações como essas se devem, em boa parte, pela marginalização desses territórios, que, por estarem em alguma situação de irregularidade - dentre outras questões - são tratados como áreas passíveis de remoção, e vistos como terrenos potencialmente “disponíveis” para o mercado de terras.

Ainda no tocante à remoção, algo bastante preocupante em Fortaleza são os constantes despejos realizados pelas facções criminosas na disputa por territórios. Tal estratégia de acúmulo de capital e força política já vinha em um crescente desde 2017, e durante a pandemia não foram suspensos, tendo sido, em alguns locais, inclusive, mais acirrados, com mais tiroteios, mortes, ameaças de invasão. Não há política que responda a isso de maneira integrada, segura e abrangente, e as famílias ficam, no geral, abandonadas. Em muitos casos, chegam a sair das casas apenas com a roupa do corpo, perdendo documentos, roupas, móveis, agravando ainda mais a situação de pobreza em que vivem. Tais remoções acontecem em grande parte nos conjuntos habitacionais, tendo as famílias ainda que arcar com a burocracia estatal para realizar o distrato dos seus imóveis adquiridos por meio do Minha Casa Minha Vida, e, enquanto isso, seguem como devedoras das parcelas do Programa.

Relacionado a isto, mais da metade dos questionários indicam a continuidade da realização de

operações policiais nas comunidades, classificadas como ineficazes e altamente violentas para com os moradores.

avaliação das operações



a. Situação pré-pandemia

Em relação aos territórios dos quais obtivemos respostas, vale registrar que estamos tratando de algumas comunidades que nasceram a partir de ocupação, que com a organização comunitária foram adquirindo algumas melhorias. Além disso, foram pesquisados bairros populares e conjuntos habitacionais que também contam com a presença de movimentos organizados que pleiteiam políticas urbanas para além da casa. Em comum entre todos que responderam, um registro de que perpassam por um abandono histórico por parte do Estado, cuja ausência de políticas urbanas se revelam nos mapas apresentados no início deste relatório.

As condições de moradia dos territórios estão divididas em dois grupos. O primeiro corresponde à uma condição considerada boa ou regular, porém dentro da perspectiva da moradia autoconstruída ou a condição de habitabilidade contida em um novo conjunto habitacional. Dentro deste primeiro grupo, responderam oito territórios e estes entendem que as moradias são consideradas mais ventiladas, com mais aberturas, um tamanho de frente do lote razoável, baixo ou nenhum nível de coabitação, quantidade de cômodos razoável.

O segundo grupo concentra as respostas que consideram as moradias precárias e insalubres. Com 16 respostas (1 território não respondeu), esse grupo descreve a condição de moradia

como ruim descrevendo as casas geminadas, com pouquíssima ventilação, alto índice de coabitação nas residências, estruturas debilitadas, sem ligação com a rede de esgotamento sanitário. Alguns territórios descrevem presença parcial de habitação precária, enquanto também há presença de moradias em condições de habitabilidades consideradas boas ou razoáveis.

Sobre a vida econômica local, pequenos comércios são a atividade predominantemente citada, seguida de prestações de serviço na própria comunidade ou fora dela.

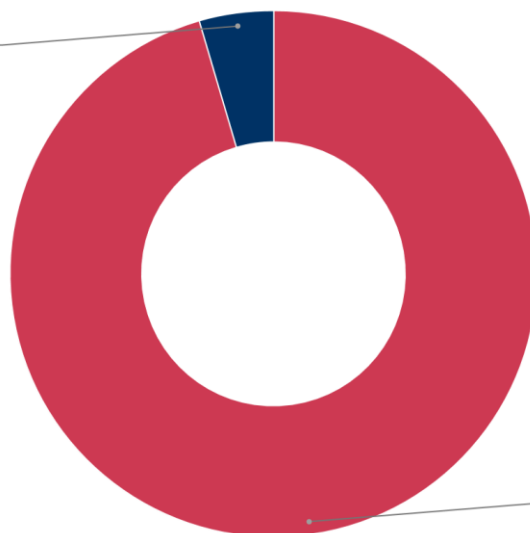
b. Impactos da pandemia

De maneira sintética, quanto à concretude da pandemia no seu local de moradia, além dos registros de óbitos e adoecimentos por COVID-19 e o colapso dos equipamentos de saúde, citam majoritariamente o acirramento da questão do desemprego, falta de renda, pobreza, fome. Aliada à diminuição da renda com desemprego, cortes nos salários, impedimento do exercício de comércio formal ou informal, reclamam que a permanência das pessoas em casa aumentou muito os gastos domésticos. Além disso, também surgem menções à depressão, acirramento da violência, redução do transporte público e aumento de pessoas vivendo nas ruas. Alguns registros trazem especificidades locais, como na Sabiaguaba a comunidade denunciar o aumento do fluxo de veículos off-road nos campos de dunas e a suspensão do transporte coletivo de um município da região metropolitana para Fortaleza, ocasionando mais perdas de empregos.

casos confirmados de COVID-19

Não sabe informar

4,5%



Sim
95,5%

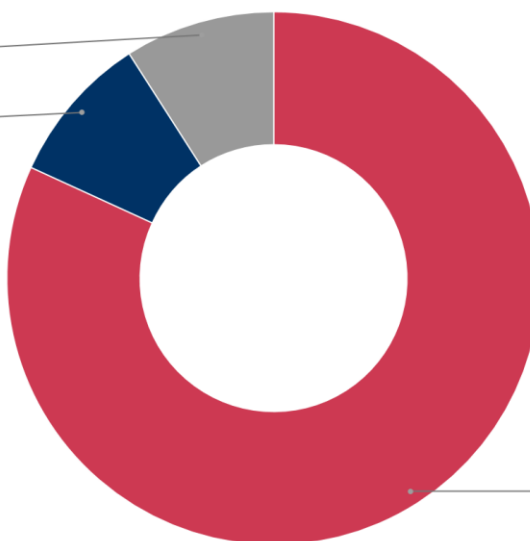
óbitos por COVID-19

Não sabe informar

9,1%

Não

9,1%



Sim
81,8%

“O isolamento social modificou bruscamente nosso modo de viver e se movimentar no bairro, os pequenos comércios foram os que mais apresentaram problemas, os autônomos e as mulheres artesãs, os vendedores ambulantes (frutas, verduras, material de limpeza...) eles pararam de vender, e isso fez com que nos desloquemos para os supermercados grandes, isso é um problema porque deixamos de gerar a economia com os nossos.”

c. O que o Estado está fazendo / se propondo a fazer: ações e omissões

Neste tópico foram analisadas as ações do Estado - notadamente a partir das respostas

obtidas aos questionários - as quais podem ser classificadas em medidas de conscientização, assistência social e mitigação dos danos financeiros, fiscalização, prevenção e assistência médica. Cabe destacar que tanto a Prefeitura Municipal de Fortaleza como o Governo do Estado do Ceará propuseram uma série de intervenções, investindo em intensa divulgação de algumas dessas iniciativas nos meios formais de comunicação, como jornais e propagandas. No entanto, a avaliação destas ações nos territórios populares investigados tende a ser negativa, especialmente no que diz respeito à amplitude das medidas e acessibilidade dos meios necessários para solicitação de assistência.

Desde o início da pandemia, alguns movimentos sociais buscaram incidir junto ao Poder Público na cobrança por ações mais amplas, organizados no que se denominou Fórum Ceará pela Vida.⁴ Este entregou ao governador uma carta com reivindicações construídas coletivamente, no dia 05 de maio:

- a. Por amor à vida, decretação imediata do *lockdown* no Ceará;
- b. Participação de representações dos movimentos populares no Comitê que discute e analisa a pandemia no Estado;
- c. Defesa intransigente do SUS como sistema público, direito constitucional, descentralizado, integral e não condicionado à medida do teto dos gastos;
- d. Que a Prefeitura de Fortaleza acate proposta já apresentada na Câmara Municipal de requisitar hotéis, pousadas, motéis e demais estabelecimentos privados para hospedar populações de baixa renda e sem condições habitáveis para cumprir o isolamento social;
- e. Solicitamos ações mais enérgicas em cidades que ainda insistem em desrespeitar as normas de isolamento;
- f. Garantia de EPIs para os profissionais da saúde, a fim de evitar adoecimentos e mortes, com manutenção das equipes de forma permanente nos *fronts* de trabalho;
- g. Realizar vigilância e garantir acesso aos serviços de saúde para as populações mais vulneráveis como a População do Campo, da Floresta e das Águas; a População Privada de Liberdade; a População em Situação de Rua; a População Indígena e outras populações que tiveram riscos sociais agravados nesse contexto;
- h. Apoiamos a iniciativa do Consórcio Nordeste em instituir a Brigada Emergencial de Saúde do Nordeste;
- i. Os leitos de UTI nos hospitais privados precisam compor as demandas de atendimentos do Estado;
- j. Instituição, em âmbito estadual, de um **Programa para Aquisição de Alimentos** (PAA), garantindo compra de produtos de áreas de assentamentos, agricultores familiares, sistemas agroflorestais e comunidades rurais, com distribuição simultânea de produtos para as comunidades e povos mais necessitados em nosso Estado;

⁴ Esta é apenas uma das articulações formadas, mas citada com destaque aqui por tratar-se de movimentos com maior inserção junto ao Governo do Estado, alguns inclusive da base política do mesmo, e com representação no Gabinete de crise, formado no âmbito da pandemia.

k. Suspensão de ações judiciais de qualquer natureza, ou execuções judiciais, que afetem as condições de sobrevivência e a permanência de populações em áreas e territórios, bem como a ação enérgica do Estado e suas instituições para coibir ameaças de conflitos ou invasões por parte de empreiteiras, imobiliárias, fazendeiros e outros;

l. Manutenção das ações da Assistência Social, com o pleno funcionamento dos CRAS e CREAS, tendo em vista que os serviços do SUAS são essenciais e devem fazer interface com os serviços de saúde;

m. Avançar na campanha de taxação das grandes fortunas, denunciado e impedindo perdão, isenção e benefícios para as grandes empresas de capital no Estado e exigindo que mantenham empregos e atuem mais nas campanhas de contribuição;

n. Instalação de um Comitê de Crise que trate do enfrentamento à violência contra a mulher em nossa Capital e Estado, com a criação, em regime de urgência, do que estamos chamando de *Pelotão Maria da Penha* com estrutura e equipes de trabalho para o atendimento imediato às vítimas. Investimento em campanhas educativas permanentes, bem como otimização contínua dos equipamentos que integram a Rede Estadual de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher;

o. Intensificar campanhas de comunicação com a campanha *#FiqueEmCasa*, por meio dos diversos veículos, ampliando o processo de informação e convocação da sociedade para o perigo da contaminação, com recorte para a População do Campo, das Florestas e das Águas;

p. Solicitamos à Prefeitura de Fortaleza que a distribuição das cestas básicas às famílias de estudantes seja realizada em locais distantes das UPAs e postos de saúde, evitando mais contaminações;

q. Pedimos a imediata suspensão das atividades decorrentes da mineração no Ceará, principalmente aquelas relacionadas a pesquisa, lavra e indústria que consideramos não serem essenciais nesse momento;

r. Fiscalizar empresas terceirizadas das prefeituras e do Estado que estão colocando trabalhadores e trabalhadoras para trabalhar em serviços que não são essenciais;

s. Que seja fortalecido o serviço público, em todas as suas esferas, com manutenção e respeito aos direitos dos servidores e das servidoras públicas que estão na linha de frente ao coronavírus.

t. Revisão processual dos grupos de risco. É urgente reduzir o encarceramento desses grupos: portadores de HIV, doenças crônicas, idosos etc;

u. Divulgação de boletim diário epidemiológico do sistema carcerário e socioeducativo (algumas organizações já solicitaram isso no GT do GMF/TJ e ainda não foram atendidos);

v. Aquisição emergencial de EPIs para trabalhadores/as catadores/as de materiais recicláveis que trabalham de forma individual (máscaras, luvas, botas e álcool em gel) para manusear os materiais e descarte adequadamente após o uso;

w. Garantir segurança alimentar dos trabalhadores/as catadores/as disponibilizando cestas básicas, onde é considerado pelas autoridades locais, o período crítico de propagação do Covid-19 ;

x. Utilização dos recursos do IQM e Bolsa Catador para garantir renda mínima aos catadores/as, como complemento aos recursos disponibilizados pelo governo federal.

Tais demandas foram compiladas a partir da organização de dezenas de coletivos, partidos,

sindicatos, fóruns, conselhos e diversos segmentos populares do campo e das cidades. Seguiram-se algumas reuniões com secretarias e parte dos pedidos foi encaminhada até o momento (ex: do um milhão de máscaras pedidas, já foram entregues aos movimentos 170 mil). Há grupos de trabalho constituídos dentro do Fórum, com demandas setoriais, como o de Cultura (ex: apoio para artistas), de Educação (ex: negociação sobre bolsas, prazo para volta as aulas, condições para ensino remoto...); de Saúde (ex: apoio para curso de agentes populares de saúde, ampliação dos carros de som informativos e contribuição deste fórum na definição de percurso e linguagem...), etc.

Destaque para a demanda de 20 mil cestas básicas colocada há quase três meses que ainda não foi atendida em nenhuma unidade. Há um projeto de lei em avaliação na Procuradoria Geral do Estado, para depois seguir para apreciação da Casa Civil e posteriormente para votação na Assembléia Legislativa, que garantiria esses recursos e, se aprovada, ainda demandaria cerca de 30 dias para execução da compra, segundo informações da Secretaria de Desenvolvimento Agrário em reunião com o Fórum. Na última reunião do Fórum foi colocada a possibilidade das cestas serem entregues no meio de setembro, e uma das pessoas presentes disse: “Se demorar ainda isso tudo, é melhor o governador mandar os caixões”. Lembremos que o fornecimento de cestas básicas é uma garantia da política de assistência social e, como benefício eventual e em caso de estado de emergência, caberia dispensa até de licitação. Dada a demora governamental em garantir esta demanda de alimentação básica pelos movimentos organizados, dada a urgência da situação, já se comenta no Fórum a possibilidade de judicialização para obtê-las.

Um outro ponto colocado por esta articulação é a necessidade de garantia do direito à moradia, tendo a ampliação do aluguel social ganhado relevância nas negociações. Foi feita uma reunião de alguns movimentos com a Secretária de Habitação de Fortaleza, que afirmou que municipalmente há uma limitação legal de mil benefícios por ano e esta política do aluguel social é gerida por três secretarias, Habitafor, defesa civil e secretaria de ação social. A lei também só permite que Habitafor atenda às famílias que estão com alguma demanda de remoção por obra pública, Defesa civil atende aos casos da emergência. A Secretária informa que já tem discutido com o governo estadual para fazerem uma política mais ampla, utilizando os recursos do FECOP e solicita ajuda dos movimentos para alavancar essa pauta com Vereadores e Deputados. Os movimentos entendem que esta é uma demanda de longo prazo, mas buscam mantê-la no horizonte dada a sua importância para dirimir os impactos da pandemia.

Voltando à avaliação das ações estatais a partir das respostas aos questionários, no âmbito de

iniciativas da Prefeitura Municipal de Fortaleza citadas verificou-se a passagem de veículos para higienizar as ruas e de carros de som alertando sobre as precauções necessárias para se proteger do vírus. No entanto, esta medida foi identificada como insuficiente e ineficaz, seja pelo volume do som, como pela rota, seja pela ausência de uma outra atividade associada que contribua com a possibilidade dos moradores cumprirem adequadamente as medidas de prevenção.

Ainda, no que se refere à prevenção, identificou-se o fornecimento de máscaras, as campanhas de vacinação contra a gripe comum e H1N1⁵, realizadas em escolas e postos de saúde, dando prioridade a profissionais da saúde e idosos.

No que se refere às medidas de assistência social e mitigação dos danos financeiros foi citado o fornecimento de auxílio gás, tanto de iniciativa do Executivo Municipal quanto do Estadual, medida esta que foi avaliada como de baixo alcance. Além disso, foi identificada a isenção nas contas de água - até 10 metros cúbicos - e energia para famílias de baixa renda, bem como a distribuição de cestas básicas nas escolas ou nos CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), para famílias dos alunos da rede municipal de ensino⁶ e também para beneficiários do Bolsa Família. Cumpre ressaltar que, em relação à efetividade desta medida, foi mencionado pelos representantes dos territórios pesquisados que se deu de forma limitada, pois muitas vezes a cesta é utilizada por todos os residentes da casa e não somente para usufruto da criança atendida, resultando na durabilidade reduzida dos mantimentos. Pondere-se, ainda, que essa ação não teve como objetivo abranger outros grupos, como idosos, pessoas com deficiência ou doenças crônicas, dentre outros, o que se caracteriza como omissão importante. Verificou-se, também, a distribuição de cestas básicas e o fornecimento de vale alimentação a alunos da rede estadual de ensino - com recurso proveniente da merenda escolar - no valor de R\$ 80,00, que também demonstrou-se insuficiente diante do contexto observado.

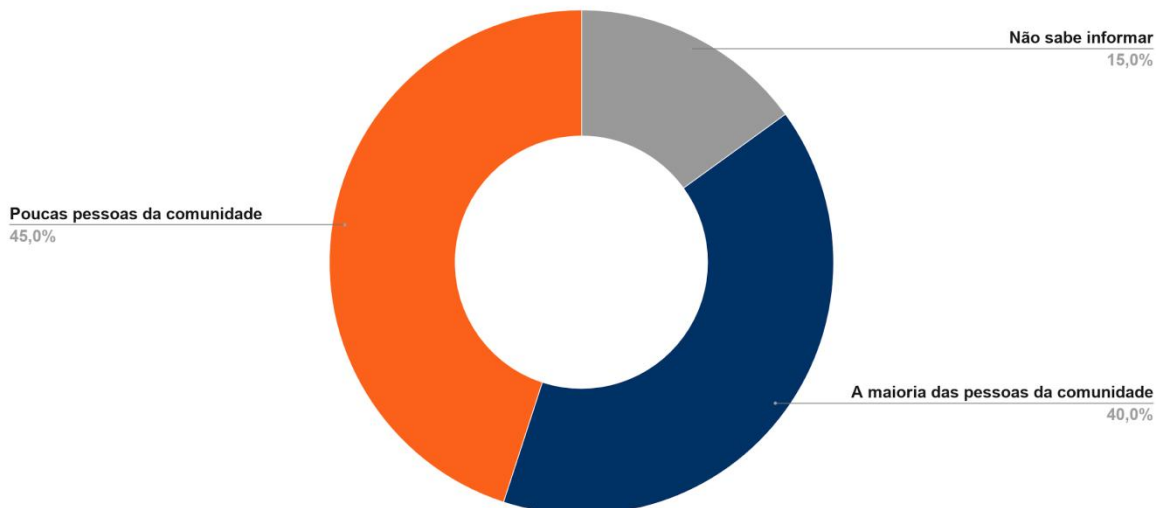
Por sua vez, o auxílio emergencial, política pública federal de assistência voltada a famílias em situação de renda precária, trabalhadores e trabalhadoras autônomas, beneficiários do Bolsa Família, dentre outros requisitos, além de nem sempre consistir em um valor suficiente para suprir a renda necessária a uma família, também demonstrou-se um processo burocrático. Foi observado o descompasso entre as previsões da lei do auxílio emergencial e sua aplicação, uma vez que o sistema indica aos usuários o não cumprimento dos requisitos, apesar de grande parcela dos moradores dos territórios investigados terem direito ao benefício. Além da

⁵ Conforme verifica-se no site oficial da PMF (<https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-de-fortaleza-adota-medidas-de-prevencao-e-combate-ao-novo-coronavirus>), para auxiliar no diagnóstico dos casos do novo coronavírus, foi montado um esquema especial de imunização contra gripe H1N1, H3N2 e influenza b.

⁶ Em julho o Governo Estadual paga o quinto mês seguido do Cartão Mais Infância. Trata-se de um benefício, de R\$ 85 a mais de 45 mil famílias de baixa renda do Ceará.

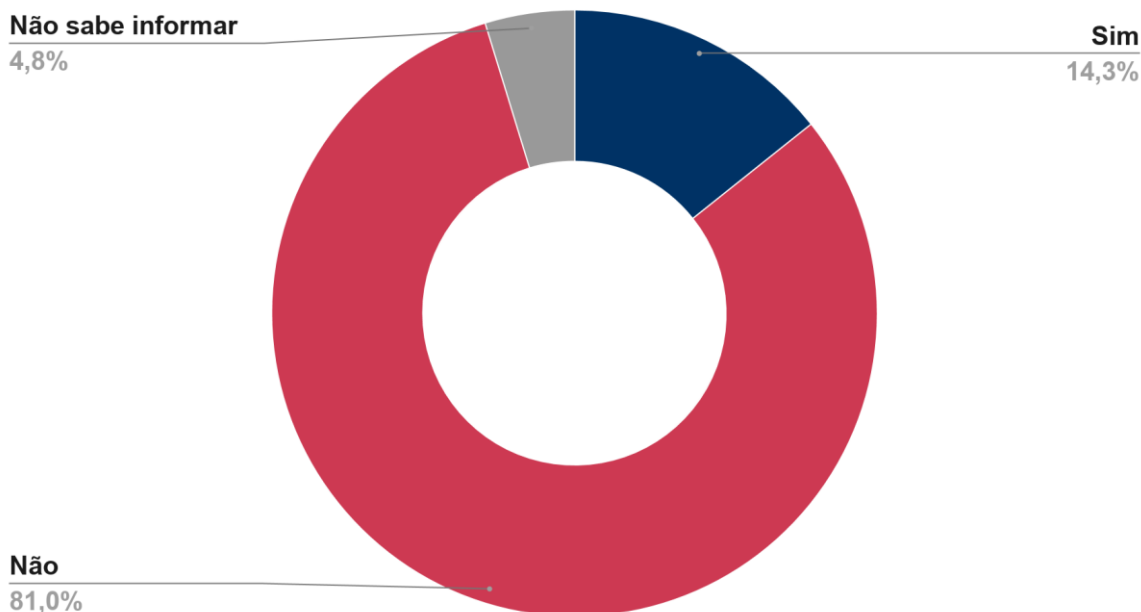
burocratização do processo, em decorrência da dificuldade para acessar a internet ou manusear o aplicativo, sobrecarga do sistema e indeferimento de pedidos de pessoas em situação de precariedade, a população se vê obrigada a aglomerar em filas nos bancos, não somente se expondo a contaminação pelo COVID-19, como também em um processo vexatório para conseguir pleitear o acesso a um direito essencial à sobrevivência no contexto vigente.

acesso ao Programa de Auxílio Emergencial da Caixa pelas pessoas da comunidade



Em relação à rede de atendimento e assistência médica de âmbito municipal, foi identificada a adaptação do atendimento em UPAs e postos de saúde às condições do Covid-19. Nesse quesito, segundo os relatos, a construção de hospitais de campanha, fornecimento de testes de Covid-19 nas UPAs, os canais de atendimento para tirar dúvidas e os canais de transparência de informações sobre a pandemia são ações que reverberam de maneira indireta no território, e foram bem avaliadas, apesar de aquelas ações que dependem do acesso à internet e mecanismos de acessibilidade à comunicação serem identificadas como limitadas. Foi comentada, nessa perspectiva, a incapacidade dos equipamentos públicos de saúde de suprirem as demandas da população. A falta de testes rápidos também é significativa.

acesso à testes para a COVID-19 nos postos de saúde próximos



Embora o Governo do Estado do Ceará tenha intensificado as ações de atendimento médico e do suporte necessário ao tratamento, essas ações não possuem enraizamento nas áreas mais precárias, demonstrando-se de baixa efetividade no controle do avanço da doença nesses territórios. Destaca-se a omissão do Executivo Estadual no que tange à promoção de ações de prevenção na maior parte dos territórios investigados. A ausência de iniciativas neste âmbito impacta diretamente na qualidade de vida das periferias de Fortaleza, aumentando a possibilidade de sobrecarga do sistema de saúde básico e agravando as condições de precariedade a que os moradores das comunidades se encontram sujeitos cotidianamente.

Ante o exposto, as políticas públicas e ações de iniciativa municipal voltadas a prestar assistência aos territórios em vulnerabilidade demonstraram-se insuficientes. Ressalte-se a escassa oferta de novos serviços públicos especificamente voltados as táticas de conscientização, prevenção e controle do avanço da pandemia nas periferias de Fortaleza. Os participantes ressaltaram a incapacidade dos equipamentos públicos de saúde de suprirem as demandas da população, o que resulta em um elevado contingente de moradores desassistidos, que contam com poucos agentes comunitários de saúde e uma rede de atendimento que funciona apenas parcialmente.

"... mas nesse momento apenas uma agente comunitária de saúde está fazendo o acompanhamento de toda a Comunidade Aldacir e da Maravilha, devido ao afastamento de 3 ACS por fazerem parte dos grupos de risco"

Metade dos participantes relataram não visualizar nenhuma ação dos agentes comunitários de

saúde. Das ações verificadas, concentradas em visitas domiciliares a pessoas do grupo de risco, especialmente idosos – dois territórios citaram que estas visitas foram canceladas durante a pandemia. Além disso, dos 21 territórios populares investigados, em apenas 3 deles as pessoas da comunidade relataram ter conhecimento de que há acesso a testes para a COVID-19 nos postos de saúde próximos - quais sejam, Comunidade do Pici, Comunidade do Poço da Draga e Comunidade do Dendê - e apenas em um houve relato de realização do teste rápido para COVID-19 - qual seja, a comunidade São Cristóvão (bairro Jangurussu), no início de junho. Cumpre ressaltar que apenas cerca de 38% dos participantes (equivalente a representações de 7 territórios investigados) responderam ter conhecimento do serviço de atendimento de saúde online dos moradores. Apesar de bem avaliado, o serviço, por ser online e depender do suporte tecnológico, não chega àquelas famílias em situação de maior vulnerabilidade, com baixa renda, sem acesso à internet ou celular.

Importante lembrar que a prevenção da contaminação no âmbito da mobilidade urbana demonstrou-se insuficiente ou quase inexistente, estando o serviço prestado da mesma forma como era antes ou até pior, haja vista a redução da frota de ônibus e a alta demanda com a retomada de algumas áreas da economia, sem muitos destaques à limpeza do ambiente.

Sobre o lixo produzido:

“temos um gari comunitário que atua em regiões onde o caminhão da coleta domiciliar não entra.”

“Maiores dos coletores são pessoas da reciclagem, tem container que ainda dão conta, mas os recicladores fazerem o trabalho rápido, mas não conseguem se cuidar. Inclusive há um número maior de catadores, inclusive de outros territórios.”

Outros temas também podem ser associados à atuação do Poder Público. No que se refere à habitação, não foi verificada nenhuma medida de apoio da Prefeitura ou do Governo Estadual para pequenas reformas nas casas, de modo a promover melhorias nas condições de isolamento e higiene das pessoas, apesar de 5% dos questionários afirmarem que há/houve apoio governamental para pequenos reparos. Além disso, destaca-se a inexistência de alternativas de abrigo ou hospedagem que permitam o isolamento social para pessoas em situação de extrema vulnerabilidade e/ou que receberam diagnóstico de COVID-19⁷.

Compete elencar que as omissões verificadas relacionam-se à inexistência ou baixa abrangência de medidas já implementadas de regularização fundiária e urbanística. Isso causa

⁷ Há uma campanha sendo realizada nacionalmente chamada Quartos da Quarentena, que está sendo puxada também localmente, que busca demandar do Poder Público Estadual o subsídio adequado de quartos de pousadas e/ou hotéis privados – hoje com capacidade ociosa –, bem como outros imóveis – públicos ou privados – subutilizados para abrigar moradores residentes em assentamentos informais da cidade de Fortaleza que estão apresentando sintomas leves de COVID-19 e não possuem condições materiais de realizar o isolamento domiciliar de maneira segura, e/ou estão envolvidos diretamente em atividades hospitalares para a contenção da pandemia.

insegurança no direito de morar com dignidade, que o seria acessando não somente o direito à terra e à propriedade, mas especialmente o direito a uma moradia em condições devidas de habitabilidade e com apoio de uma rede adequada de serviços.

No que tange ao acesso à educação, direito básico e garantia fundamental, verifica-se a realidade de suspensão das atividades presenciais tanto nas creches, escolas municipais e escolas estaduais, remediada pela continuidade das atividades de forma remota. Nesse aspecto, importa destacar que apesar da aglomeração verificada nas escolas públicas representar verdadeiro risco à saúde pública, a alternativa aplicada não permitiu a participação de todos a que se destina.

“...infelizmente a única atividade que nossas crianças tem são as brincadeiras na rua.”

“Meu sobrinho que está no ensino médio, pegou nosso *note* emprestado para fazer as atividades que envia por e-mail todos os dias, e nesse mesmo *note* ele envia as atividades dos seus colegas da escola, que não tem computador.”

Segundo relatado pelos participantes do questionário, as crianças têm dificuldades para realizar atividades, as mães têm limitações para ensinar e estão esgotadas pelo cuidado do lar e pelas imensas preocupações resultantes, por vezes, da redução da renda familiar. Pela pouca escolaridade dos pais, estes pouco conseguem auxiliar nas tarefas remotas que a escola passa. Os jovens, por sua vez, enfrentam desafios de ordem financeira, de acessibilidade e decorrentes da estrutura e/ou suporte familiar a seu alcance.

As medidas de isolamento e distanciamento social, apesar de regulamentadas em decretos e passíveis de fiscalização, não possuem adesão em boa parte dos territórios investigados. Isto se deve a ausência do Poder Público como agente de tutela da vida em sua integralidade, que não vem buscando alternativas a uma intervenção que transcenda os caráter de fiscalização e sanção. Tampouco vem formulando metodologias de prevenção, compreensão das particularidades de cada território e apoio integral para que os moradores de assentamentos precários ou irregulares, desassistidos pelo Poder Público, possam cumprir as medidas de isolamento e distanciamento social de forma digna.

“Não houve uma ação mais enérgica do poder público aqui e em todas as periferias. Praças lotadas (em grande maioria de idosos), comércio não essencial aberto. A polícia que faz rondas ostensivas nas ruas, que era para orientar e fazer cumprir a lei, faz vistas grossas.”

A presença mínima do Estado também se deu de forma negativa. A acentuação do quadro de insegurança pública, tensões e disputas territoriais, foi confirmada na grande maioria das respostas.

Especialistas no tema apontam uma “Epidemia de homicídios em tempos de pandemia”. A

violência letal no estado do Ceará acompanha o crescimento das mortes violentas intencionais de outros estados como Rio de Janeiro e São Paulo, mas têm suas especificidades. O estado do Ceará foi palco de um motim militar no período de 18/02 a 01/03 onde aconteceu o maior número de homicídios para a média histórica para o mesmo período nos últimos 10 anos. Acrescente-se o aumento das mortes por intervenção policial que em Abril/2020 foi a maior da história do Estado com 35 mortes. Enfrentamos uma pandemia planetária, um conflito escalonado entre facções pelo controle dos territórios e ainda uma intervenção letal do Estado.

“Sim, conflito diário, 8h da noite todos tem que fechar. Tem tiroteio a semana toda.”

“Sim, houve vários conflitos, mas isso já tem sido tão constante que a comunidade não se assusta”

“No momento não vejo o que aumentaria a sensação de segurança já que o medo vem de ambos os lados, do poder público e o crime desorganizado”.

“... fato que vou ressaltar é de que as viaturas sumiram das rondas, elas são sempre vistas agora nesse contexto guardando o patrimônio (mercantis e lotérica).”

“O medo e a insegurança também aumentaram, porque há especulação de invasão da facção rival que domina o Conjunto XXXX. A possibilidade de uma guerra entre facções atormenta a comunidade. [...] Poderia ter mais atividades educativas até mesmo com o pessoal que está ligado as facções, sensibilizá-los para esse momento.”

Nunca é demais destacar os locais onde essas mortes ocorrem, sejam agenciadas pelas facções ou pelo Estado: os assentamentos precários. Os bairros que apresentam a concentração de óbitos por Covid-19 coincidem com os mesmos territórios precários que concentram os homicídios. Trata-se de um cinturão de pobreza que circunda a cidade e separa os modos de atuação do Estado. Para a área mais rica da cidade, foco primário da contaminação o número de óbitos por COVID-19 fica em torno de 27 no bairro do Meireles onde a renda média familiar é a mais alta, enquanto na periferia da cidade, como no caso do Jangurussu o número de óbitos fica entre 59 a 104 sendo a região mais empobrecida, conforme demonstrado no Boletim Epidemiológico da 24ª semana.

A ausência do Estado como garantidor de direitos agrava o impacto da pandemia nas comunidades mais empobrecidas. A dificuldade de manter o isolamento social por falta de garantias mínimas de moradia, alimentação e saúde física e mental é maior nessas comunidades. Concomitantemente, a presença do estado violador de direitos se dá pelas incursões policiais nestas mesmas áreas, priorizando o policiamento ostensivo, aumentando a sensação de violência na população já tão fragilizada pelas condições materiais precárias de vida e existência. Pelos questionários, registra-se que a repressão por meio de operações policiais tem sido percebida na maioria dos territórios.

Em relação às pessoas em situação de rua, de acordo com as entidades com extenso histórico de atuação junto à estas que responderam o questionário, a situação é mais preocupante ainda. A campanha de conscientização para a prevenção do Covid-19 para esse público se demonstrou bastante limitada, atingindo apenas uma parcela da população em situação de rua, não havendo uma busca ativa e restringindo-se aos equipamentos já existentes. No que compete à distribuição de alimentação a essa população, existe apenas um *restaurante popular* na cidade de Fortaleza, que serve 1.300 refeições por dia, e cujo atendimento não é voltado especificamente à população de rua, mas sim ao conglomerado de pessoas em condição de vulnerabilidade na capital. Além disso, existe apenas uma unidade de *refeitório social* voltada para população rua, que, em decorrência da pandemia do Covid-19, foi fechado e cujas refeições têm sido distribuídas nas praças, numa rota cujo monitoramento não é possível de ser feito, para evitar aglomeração. No entanto, são servidas apenas 400 refeições por dia, valor insuficiente para a demanda existente. Não há, portanto, uma política pública que vise garantir serviço permanente voltado especificamente para segurança alimentar das pessoas em situação de rua. Mais ainda, o contexto vivenciado é identificado como pior do que antes da pandemia, isso porque o mínimo de dignidade acessada por meio do uso desse serviço àquela época encontra-se inviabilizado, uma vez que os moradores têm como única opção receber o alimento na rua mesmo.

As condições de higiene pessoal e por consequência de potencialização da prevenção a contaminação por Covid-19 e outras doenças são reduzidas no contexto de pandemia. Embora a prefeitura tenha aberto 2 equipamentos específicos para higiene e cuidados pessoais, a iniciativa atinge um público limitado, pois os aparelhos estão localizados em um único território. Os locais para lavagem de mãos ficam disponíveis apenas durante o horário de funcionamento dos equipamentos, havendo considerável piora no acesso aos mesmos, que, por vezes, encontram-se fechados ou com período de funcionamento reduzido devido às medidas de distanciamento e isolamento social. O acesso a banheiros públicos e locais de banho é péssimo, pois não são disponibilizados banheiros químicos e, assim como a maioria dos serviços básicos necessários, depende da existência de estabelecimentos abertos cuja capacidade de atendimento por dia é reduzida, não estando disponível conforme a necessidade. Consequentemente, a lavagem de roupas também é prejudicada, pois o momento do banho é a oportunidade para fazê-la, não havendo nenhuma lavanderia pública ou local adequado ao serviço.

No que se refere às condições de abrigo, o auxílio moradia ou auxílio aluguel, embora existente, possui falhas como valor insuficiente diante da realidade imobiliária de Fortaleza e atraso no repasse. Além disso, o fato de não estar vinculado a outras políticas como geração

de emprego e renda, bolsa família e outras medidas assistencialistas, e segurança alimentar, praticamente induz à ineficácia da medida. Isto se deve ao fato de o mero acesso ao abrigo domiciliar, sem que sejam dadas condições para que sejam supridas as necessidades básicas, aumenta as chances de que essas pessoas e suas famílias voltem às ruas. Nos abrigos, por sua vez, a estrutura existente é ruim e faltam insumos como material de higiene pessoal. O acolhimento também não oferece serviço especializado de saúde para o caso de idosos que necessitem de fraldas descartáveis ou acompanhamento de saúde diário, por exemplo.

Importa ressaltar, ainda, que em relação às ações preventivas de limpeza e descontaminação dos espaços públicos ou de uso comum onde costuma haver aglomerações de pessoas em situação de rua, foi verificada a pulverização de locais de atendimento, mas não de logradouros, o que pode impactar severamente na efetividade da medida.

Apesar de todas as problemáticas, o serviço de atendimento médico nas unidades básicas de saúde e unidades de pronto atendimento, além de verificado, foi avaliado pelos pesquisados como de boa qualidade, embora observadas as equipes reduzidas. Os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias também estão atuando no atendimento desse público, no combate à Covid-19. No entanto é um serviço bastante precarizado, que, segundo respondentes do questionário, possui apenas 4 agentes para toda a poprua da cidade de Fortaleza, e não conta com profissionais da medicina na equipe. Por fim, não foi verificado o acesso do grupo a testes de Covid-19. Além disso, conforme os relatos colhidos, essa população não tem sido atendida nos CRAS, mas em Fortaleza existe um Centro especializado, o Centro Pop, em territórios diferentes, e são alguns dos equipamentos que têm atuado durante a epidemia⁸.

Esse grupo também tem sido permanentemente violado pela polícia, por meio de protocolos de coação, agressão física e psicológica, bem como retirada de pertences, conforme relatos de participantes da pesquisa. Dentre as representações da violência que afligem essa população, foi relatado o caso de um adolescente em situação de rua de apenas 15 anos, que foi executado a tiros no Centro de Fortaleza por dois homens armados numa moto⁹. Aqueles que presenciaram a violência não quiseram falar sobre o caso. Segundo participantes da pesquisa, esse é um caso típico de suspeita de ação policial, pois o silêncio das testemunhas reflete o receio de retaliações. Faz-se necessário o acompanhamento e apuração de acontecimentos como este, que tendem a ser esquecidos, especialmente por se tratar de uma parcela da

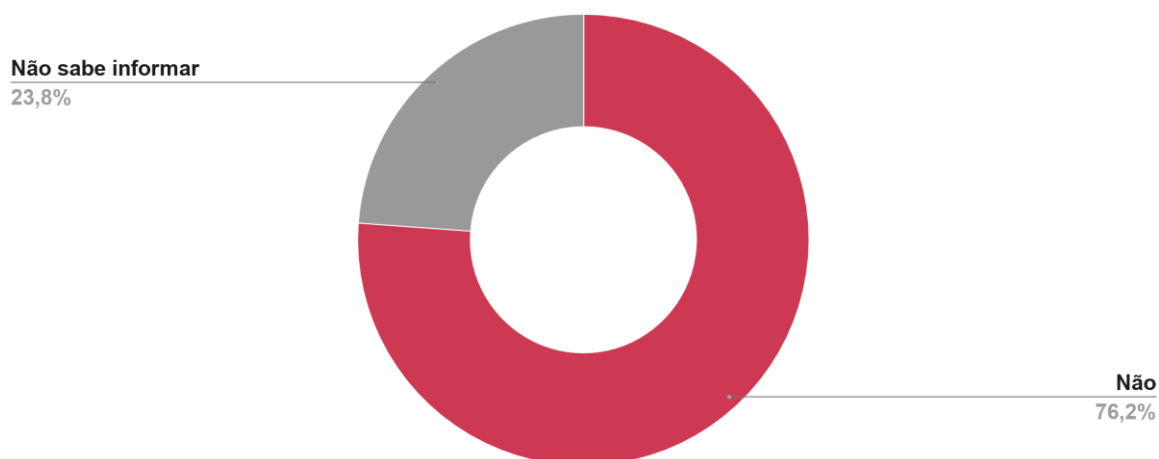
⁸ O último censo da população de rua em Fortaleza foi feito em 2007. Não se tem esse número nem enquanto estimativa atualmente. Um novo censo estava previsto para se iniciar em fevereiro de 2020, mas a pandemia interrompeu este processo.

⁹ <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/seguranca/adolescente-em-situacao-de-rua-e-morto-a-tiros-no-centro-de-fortaleza-1.2953065>

população já tão vitimada e invisibilizada pela sociedade.

Ainda, não foram verificadas campanhas ou instrumentos de combate e prevenção à violência contra a mulher, crianças, idosos, população LGBTQ+ com a população em situação de rua desenvolvida pela Prefeitura ou Governo do Estado, no contexto da pandemia.

presença de campanha sobre violência doméstica contra a mulher, crianças, idosos, população LGBTQ+ na sua comunidade desenvolvida pela Prefeitura ou Governo do Estado



d. O que as comunidades fazem / resistências e reações

“A comunidade está se organizando a partir das pessoas que já estavam na luta, tem a importância das pessoas de fora. É um misto de alegria, revolta e incapacidade.”

“Infelizmente as pessoas obedecem ao medo, não obedecem a ciência, a razão, nem ao amor, Só se escuta quando o pessoal do crime fala. Acreditamos na consciência, na solidariedade, com a ideia de passar um carro de som, 3x por semana, vir médicos e enfermeiros, para explicar, as pessoas não entendem muitas coisas, sobre os casos assintomático e uso das máscaras. É preciso um trabalho de formiguinha, passar de pessoa por pessoa. As pessoas têm falta de consciência, isso não é novo, mas esse momento tem uma importância muito grande. Infelizmente as pessoas passam a ter consciência quando perde alguém. Nesse momento, é preciso ajudar as pessoas a refletir sobre isso. É muito complicado forçar o indivíduo a se isolar sem condições. Não dá pra endurecer mais, não podemos julgar.”

“Não houve nenhuma ação institucionalizada. As pessoas foram se ajudando.”

Algo inegável é a sobressalência da atuação da sociedade civil organizada no que diz respeito à atuação para mitigação dos efeitos da pandemia nas comunidades. As ações governamentais de assistência social lentas, burocratizadas, padronizadas e em pequena dimensão diante da capacidade da máquina pública foram/são obliteradas diante da profusão de iniciativas solidárias e emergenciais surgidas no âmbito local e também puxadas por

articulações mais ampliadas¹⁰. O papel de ações comunitárias de suporte movidas pela própria população, que se articularam no sentido de realizar arrecadações e mobilizar redes solidárias que pudessem auxiliar as famílias nesse momento de dificuldade, tem sido essencial à garantia de um mínimo de dignidade a essas famílias.

A grande maioria das comunidades que responderam ao questionário registraram a realização de ações deste tipo nos seus territórios, com destaque para entrega de cestas básicas, marmitas, lanches etc para as famílias; distribuição de materiais de limpeza e higiene pessoal, bem como de máscaras/EPI; ainda outros tipos de doação, como de livros, roupas etc; e organização de campanhas sobre a importância das medidas de isolamento social.

Além disso, foi destacada a ação de moradores não necessariamente ligados a alguma entidade, inclusive ações individuais. Muitos moradores comentaram que, apesar de por vezes não haver campanhas e ações locais tão consolidadas, há o constante trabalho de conscientização sobre os cuidados e precauções a serem tomados dentro das comunidades, entre vizinhos, e individualmente, pela prática/tentativa do isolamento social.

Importa registrar a profusão de pré-candidatos e seus cabos eleitorais também realizando doações nas comunidades, buscando ganhar notoriedade e simpatia por conta da situação desesperadora das pessoas.

Enfim, diante de tantas movimentações, as ações comunitárias tem se destacado. Obviamente, não têm o alcance que uma política pública deveria ter, pelo tamanho e estrutura. Mas é o que mais tem contribuído para diminuir a imensa tragédia que se abate sobre esse segmento da população historicamente vulnerável.

Isso não é a toa. Não é do nada que surgem estas iniciativas. Quem vive na escassez, já tem muitos níveis de organização em torno do que é ausente e é comum e consegue, de maneira rápida e capilarizada, dar alguma resposta a quem precisa. É importante dar visibilidade às estratégias encontradas pelas comunidades e movimentos e potencializar, mantendo sua autonomia.

¹⁰ Sobre os agentes a frente dessas ações, várias organizações e entidades foram mencionadas como articuladoras: Frente de Luta por Moradia Digna, Projeto Ser Ponte, Movimento dos Conselhos Populares, ONG Velaumar, Coletivo Dendê de Luta, Conselho comunitário do Dendê, Conselhos Gestores e coletivos ligados às ZEIS, MST, Fórum em Defesa da Vida, CUFA (Central Única das Favelas), Auê do Amor, Frente pelo Jangurussu (formada por 10 grupos diversos), Banco Palmas, Iprede, Rede Jubileu Sul Brasil, Visão Mundial, agentes de cidadania, igrejas evangélicas e católicas, campanha Vida Acima do Lucro, Biblioteca Adianto, Aloha, dentre outros.

Com um possível arrefecimento da pandemia no segundo semestre, e uma aparente sensação de volta à normalidade, encontramos-nos agora em um cenário de diminuição do engajamento nas campanhas de solidariedade, que tende a agravar as carências das populações dos territórios.

4. Violações de direitos – Incidência política – Recomendações

Esta quarta e última seção apresenta um quadro de recomendações relacionadas às situações de violação de direitos que foram detectadas nas respostas aos questionários bem como pela atuação das entidades junto às comunidades e movimentos nesse contexto da pandemia. A ideia é as recomendações ensejem ações de incidência junto aos diversos poderes constituídos, a partir do envolvimento de um conjunto de entidades da sociedade civil atentas a esta problemática.

DIREITO À MORADIA

O direito à moradia faz parte do rol de direitos sociais garantidos no art. 6º da Constituição Federal de 1988 que também aponta como imprescindível para assegurar as “necessidades vitais básicas” dos trabalhadores e de suas famílias (art. 7º, inciso IV). Seu conteúdo de direito humano também é proclamado no art. 25 da Declaração Universal dos Direitos da Pessoa Humana e, também, no art. 11 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹¹. Para garantir esse direito, a Constituição estabeleceu a competência comum entre União, Estado e Municípios de promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico (art. 23, IX).

O direito à moradia adequada possui diversos aspectos que, além de envolver um lugar para se viver, deve oferecer condições para uma vida digna e, portanto, deve contemplar um nível satisfatório de habitabilidade, de segurança legal da posse e de serviços básicos de infraestrutura, como instalações necessárias para garantir saúde, segurança, educação, água potável, saneamento e transporte¹².

O cenário da moradia da maior parte da população brasileira em nada se assemelha às

¹¹ O direito à moradia também é reconhecido na Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965); na Convenção sobre Raça e Preconceito Racial (1978); na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1978); Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); Convenção dos Trabalhadores Migrantes (1990); Convenção 169 da OIT; Declaração sobre Assentamentos Humanos de Vancouver (1976); Agenda 21 sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992); Carta Social Europeia (1996); Agenda Habitat (1996) e; Comentários Gerais nº 4/1991 e nº7/1997 do Comitê das Nações Unidas de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

¹² O Comentário Geral nº 4 do CDESC apresenta os padrões mínimos para que uma habitação seja considerada adequada.

exigências mínimas previstas nas normativas internacionais e essa realidade foi escancarada, durante o período de pandemia do COVID-19 , ao visualizarmos as diferenças entre as taxas de óbitos nos bairros nobres e nos bairros de periferia ou nos locais onde se concentram as populações mais vulnerabilizadas na cidade¹³. O contexto evidencia as assimetrias sociais que tornam a população mais pobre substancialmente mais suscetível ao contágio e, ao mesmo tempo, com pouquíssimo acesso aos serviços de infraestrutura necessários para o tratamento e cuidados necessários.

As condições de moradia nas localidades abordadas neste dossiê podem ser divididas em dois agrupamentos. O primeiro é o de 8 comunidades que consideram a situação de moradia boa ou regular, pois, como foi constatado, se encontram em locais em que se desenvolveu um tipo de moradia autoconstruída ou se encontram em novos conjuntos habitacionais. Essa percepção demonstra a viabilidade de se garantir o direito à moradia digna a partir de políticas públicas adequadas e que não se trata, portanto, de uma realidade intangível. Nesses locais, as moradias são mais ventiladas, com mais aberturas, com baixo nível de coabitação e com outras condições importantíssimas para a efetivação desse direito e, ainda, fundamentais para a mitigação do contágio de COVID-19 .

O segundo agrupamento, com 16 comunidades, considerou suas circunstâncias de moradia precárias e insalubres. Nessas localidades, visualiza-se um contexto de graves violações ao direito a moradia digna que possuem relação direta com situações que aumentam a transmissibilidade do COVID-19 . São relatadas condições de alto nível de coabitação nas residências, pouquíssima ventilação, casas geminadas, estruturas debilitadas e sem saneamento básico.

Uma questão de extrema relevância neste contexto de pandemia é a possibilidade de execução de remoções forçadas tanto em casos de assentamento irregulares quanto nos casos envolvendo famílias de baixa renda que, em meio à crise econômica, ficaram sem possibilidades de pagar seus aluguéis. Essa preocupação ocorre em escala mundial¹⁴ e embasou a Nota de Orientação ao COVID-19 ¹⁵ elaborado pela Relatoria Especial da ONU para a Moradia Adequada que evidencia o quanto a “habitação tornou-se a linha de frente da defesa contra o coronavírus” e que a moradia raramente esteve tão vinculada ao direito à vida

¹³ <https://www.clacso.org/a-pandemia-expoe-de-forma-escancarada-a-desigualdade-social/>

¹⁴ nacoesunidas.org/especialista-da-onu-pede-fim-dos-despejos-no-brasil-durante-a-crise-da-covid-19/

¹⁵ Informação disponível em COVID-19 Guidance Note Protecting Residents of Informal Settlements <https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/04/guidance_note_-_informal_settlements_29march_2020_final3.pdf>, acesso realizado em 07.04.2020.

das pessoas como no momento atual. O documento estabelece que os Estados devem cumprir suas obrigações internacionais com a defesa dos direitos humanos e, portanto, garantir que os residentes de assentamentos informais possam, de fato, "ficar em casa" e ser adequadamente protegidos contra o vírus. Para que essa determinação ocorra, a Relatoria prescreve que os Estados devem: "Declarar o fim de todas as expulsões forçadas de assentamentos e acampamentos informais. Garantir que os recursos e meios necessários estejam disponíveis para implementar efetivamente essa determinação, incluindo recursos para monitorar e prevenir despejos extrajudiciais."

Durante o período de maior restrição decretada pelo Governo do Estado do Ceará, as ordens de reintegração de posse não foram cumpridas. Fato que é evidenciado na pesquisa, pois apenas 14,1% das localidades relataram a existência de remoções que foram realizadas ilegalmente por particulares ou pelas denominadas facções dedicadas ao tráfico de drogas e de armas. Entretanto, essa realidade tende a mudar com o processo de reabertura e vulnerabilizar ainda mais as condições dessas comunidades.

No que tange às políticas públicas dos Governos Federal, Estadual e Municipal, percebe-se uma ausência de políticas específicas que visem conter o contágio do vírus por meio de melhorias, ainda que temporárias, nas condições de habitabilidade dessas comunidades.

Apenas 9,5% relatou a existência de concessão de auxílio-moradia ou auxílio-aluguel. Somente 4,8% noticiou qualquer apoio para a realização de pequenas reformas nas casas que visassem melhorar as condições de isolamento e de higiene dessas pessoas. Quanto a viabilização de alternativas de abrigo ou de hospedagem temporárias, absolutamente nenhuma comunidade entrevistada recebeu esse tipo de apoio.

Recomendações:

- * Existência de medidas que visem a não realização de nenhuma expulsão forçada de assentamentos e acampamentos informais durante a pandemia e por um período posterior suficiente para que exista uma relativa normalização. Essas medidas devem envolver ações do Poder Executivo, do Poder Legislativo e do Poder Judiciário;
- * Garantia de recursos e meios necessários para monitorar e prevenir despejos extrajudiciais;
- * Ampliação da política de aluguel social para famílias que vivem em situação de coabitação;
- * Elaboração de planos de moradia temporária (como hotéis e albergues) para pessoas e famílias em que for identificado o contágio por COVID-19 ;
- * Realização de pequenas obras para melhoria das condições de isolamento e de higiene para

pessoas de baixa renda ou, ainda, por meio de subsídios e viabilização de crédito para que as comunidades de baixa renda possam realizar essas melhorias.

* Facilitação dos processos de regularização fundiária para que seja garantida a segurança da posse nos assentamentos que cumprem as determinações estabelecidas por lei;

* Suspensão dos pagamentos de parcelas/prestações, durante período razoável após a pandemia, dos imóveis adquiridos pelo MCMV ou outro financiamento público ou privado;

* Ampliar os recursos para urbanização de assentamentos urbanos precários, notadamente aqueles com maior densidade demográfica, garantindo-se o reassentamento em vazios nas proximidades.

DIREITO AO SANEAMENTO BÁSICO

O saneamento básico é um direito fundamental assegurado pela Constituição Federal que estabelece o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e é, conforme estabelecido pela Lei nº. 11.445/2007, o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejo de resíduos sólidos e de águas pluviais. Além disso, está no âmbito de incidência do direito à saúde, à moradia digna e à dignidade da pessoa humana. O saneamento é garantido por meio de ações como abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Segundo o Ranking do Saneamento, Fortaleza ocupa a 73ª posição no país de acesso ao saneamento adequado. Somente 49,89% da cidade tem esgotamento, o restante, ou seja, metade da população convive com esgoto ao céu aberto.

Em um período de isolamento social, garantir o acesso da população ao saneamento se torna ainda mais emergencial, pois, para que a população tenha condições de permanecer isolada, são necessárias circunstâncias mínimas de habitação, fator que está intrinsecamente ligado às condições de saneamento básico dos territórios. É importante destacar que o problema de saneamento básico em Fortaleza já existia, mas, diante da situação de calamidade, torna a população de baixa renda ainda mais vulnerável ao contágio do COVID-19 .

Na pesquisa realizada, destacamos que quase 100% das comunidades relataram a dengue como uma das principais doenças do período. A proliferação ocorre por mosquitos, que, em locais de esgoto a céu aberto, proliferam-se de forma quase incontrolável. Dentre as comunidades pesquisadas, 81% afirmaram que tem problemas de esgotamento sanitário, destes 28,6% apontam como inexistente o serviço. Houve 33,3% que afirmaram que o esgotamento só existe em parte da comunidade e, apenas cerca de 25% afirmaram a

existência do saneamento básico, mas colocam que ele é ineficiente ou deficiente. É nítido que durante a pandemia a situação das comunidades sem esgotamento sanitário é agravada. Quanto ao manejo de resíduos sólidos, 36,4% afirmam que não há presença de locais de deposição de lixo na comunidade, sendo comum comunitários visualizarem terrenos vazios funcionando como depósitos de lixo sólido e entulho durante vários anos, sem existir qualquer sistema do Governo Municipal para a regularização dessa situação.

Diversas pesquisas indicam a permanência do vírus responsável pelas Síndromes Respiratórias Agudas Graves com estruturas virais semelhantes ao da COVID-19 em água de torneira sem tratamento de cloro e em esgotos a céu aberto. Segundo o estudo é possível a sobrevivência do vírus em esgotos por até 10 dias. Em fezes e urinas a permanência varia de 3 a 17 dias. Por outro lado o vírus é altamente suscetível à desinfecção por cloro, o que facilita seu combate.

RECOMENDAÇÕES:

- * Manutenção da isenção de tarifas de esgotamento sanitário para a população baixa renda até dezembro de 2020;
- * Adoção de procedimentos de tratamento para desinfecção nas estações de esgoto já existentes;
- * Criação de um plano de emergência de esgotamento sanitário, mapeando áreas de maior risco de contágio para construção de estações de saneamento;
- * Tratamento emergencial de desinfecção em locais sem esgotamento adequado;
- * Garantia das obras de saneamento no escopo dos projetos de urbanização de assentamento urbanos precários, assim como de instalações sanitárias em todos os domicílios.

DIREITO À ÁGUA

Em 2010, a Organizações das Nações Unidas (ONU) reconheceu o direito à água limpa e segura como um direito humano essencial para a garantia do direito à vida e de os demais direitos humanos. Um informativo publicado pelo Escritório das Nações Unidas para os Direitos Humanos à Água expõe a relação entre a falta de acesso à água e a pobreza. O estudo ressalta a vulnerabilidade a riscos, doenças e conflitos de comunidades em que esse acesso é limitado ou inexistente. O Brasil tem 35 milhões de pessoas sem acesso à água. Segundo o ranking do saneamento, Fortaleza tem 77% de domicílios com acesso à água, o que significa que 37% não tem acesso à água tratada.

Trazendo esses dados para o contexto da pandemia do novo coronavírus, percebe-se que a falta de acesso à água potável é um fator complicador. Como é sabido, a higienização constante das mãos e superfícies com água e sabão é uma recomendação da OMS e possibilita que possíveis contaminações sejam evitadas. Medidas sanitárias simplesmente impraticáveis para os que não têm acesso à água. Além do mais, comunidades sem acesso à água potável muitas vezes se veem obrigadas a usufruir de lagos e qualquer outra reserva natural disponível, estudos comprovam que é possível que o COVID-19 possa sobreviver em água por até dez dias. Existem casos de contaminação por torneiras, como indica o estudo do Instituto Trata Brasil.

Na pesquisa realizada acima, 22,7% das comunidades apresentaram problemas com o abastecimento de água durante a pandemia. Foram relatados problemas como pouca água nas torneiras ou baixa pressão além de períodos em que simplesmente não houve fornecimento. No período de falta de água, 57,1% afirmaram que não teve nenhum serviço complementar para o acesso à água, como carros pipas, etc. Existe um caso mais específico, do Conjunto Cidade Jardim, que tem reservatórios sem funcionamento, que inviabiliza o acesso à água potável.

RECOMENDAÇÕES:

- * Instituição de política de isenção de tarifa de água para população de baixa renda;
- * Identificação de locais onde não há acesso à água potável e posterior criação de um Plano Emergencial de abastecimento que envolva a instalação de caixas d'água para uso comunitário e a distribuição por caminhão-pipa em locais sem acesso à água potável;
- * Identificação e tratamento de locais em que é possível a existência de contaminação de água para tratamento.

SEGURANÇA PÚBLICA

A segurança pública é um direito social, conforme assegura o art. 6º e define o art. 144 da Constituição Federal. Esse direito deve ser concretizado pelo Estado para garantir que todos possam viver dignamente com plena liberdade de ir e vir, salvaguardando os direitos relacionados à integridade física, psíquica e moral. Apesar de ser um direito humano que carece de regulamentação adequada, a promoção da segurança pública deve abarcar os diversos aspectos do convívio humano na compreensão, prevenção e repressão da violência, extrapolando, portanto, o aspecto policial.

O serviço prestado pelos órgãos de policiamento é de relevância pública e é indelegável, devendo ser executado de forma igual e acessível para todos, cumprindo o princípio da não discriminação na sua execução. A atuação policial também deve obrigatoriamente se dar dentro dos parâmetros estabelecidos pelos princípios da legalidade, da impessoalidade, da supremacia do interesse público e da eficiência. Dessa forma, o policiamento existe para garantir os direitos humanos e, portanto, deve respeitá-los.

A violência urbana na Região Metropolitana de Fortaleza atingiu níveis de destaque em âmbito nacional, conforme pode ser visualizado no “Atlas da Violência – Retrato dos Municípios Brasileiros de 2019”¹⁶, análise feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública em municípios com mais 100 mil habitantes. Nessa pesquisa, Maracanaú foi considerada a cidade mais violenta do país com a taxa de 145,7 homicídios a cada 100 mil habitantes. Fortaleza também liderou a pesquisa como capital brasileira mais violenta com a taxa de 87,9 homicídios por 100 mil habitantes.

O cenário local possui contornos específicos pois é identificado o crescimento da atuação de facções organizadas que atuam no mercado varejista de drogas, de armas e de munições e, também, nas rotas de transporte vinculadas a essa comercialização ilegal. As facções, inicialmente, eram oriundas da região Sudeste do país com atuação predominante dentro dos presídios, mas, nos últimos anos, passaram a atuar nacionalmente e também nas ruas, disputando o domínio de territórios nas cidades para controlar o tráfico nesses locais.

A partir de janeiro de 2020, tendo como marco temporal o motim realizado pelos policiais militares, o número de homicídios em Fortaleza explodiu por conta de disputas geradas pelo reposicionamento entre as facções nos territórios. Esse processo de escalonamento da violência continuou durante a pandemia, apesar das medidas de isolamento social e decretos que restringiam a circulação de pessoas na cidade. Os números demonstram que, em comparação com 2019, a quantidade de homicídios violentos cresceu mais que o dobro¹⁷. Esse dado é constatado também pela pesquisa realizada no presente dossiê, em que as comunidades constatarem o aumento de tiroteios, homicídios, ameaças de invasão e de despejos forçados protagonizados por essas facções.

Sobre a ação dos órgãos de policiamento, as respostas apontam que, apesar de 52,4% das comunidades terem tido a presença de operações policiais, a percepção sobre como essas operações ocorreram é majoritariamente negativa, tendo em vista que, dentre as comunidades

¹⁶ <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/7047-190802atlasdaviolencia2019municipios.pdf>

¹⁷ <https://theintercept.com/2020/05/05/coronavirus-fortaleza-mortes-violencia/>

que perceberam alguma atuação dos órgãos de segurança pública, 50% avaliou as operações como péssimas ou ruins e 40,9% não soube informar. Não houve avaliações positivas, apenas 9,1% que considerou que a atividade policial em sua localidade não foi boa nem ruim.

A atuação policial foi considerada como ineficaz, violenta e que também ameaçava a integridade dos moradores da comunidade. O policiamento chega a ser considerado tão assustador quanto as ações das facções criminosas. Dos dados, depreende-se, inicialmente, que, apesar do quadro de crescimento da violência na cidade, há uma parte considerável das periferias de Fortaleza que não tem sido priorizadas pelo Poder Público no direcionamento de seu policiamento preventivo que deveria ser dirigido para os locais da cidade onde os níveis de violência são mais altos.

Outro ponto é o *modus operandi* das forças policiais que, em regra, atuam de forma extremamente truculenta nas periferias da cidade. Essa atuação violenta afronta todos os princípios que são basilares para o direito à segurança pública e caracteriza um Estado que não só viola direitos fundamentais a partir da sua omissão, mas também por meio de um aspecto substancial de sua ação junto a essas comunidades.

RECOMENDAÇÕES:

- * Identificação das áreas de agravamento da violência urbana nesse período e criação de grupos com corpo técnico necessário e participação comunitária para pensar ações de policiamento que garantam o respeito aos direitos humanos;
- * A elaboração e implementação de um novo programa de segurança pública, com a participação ativa dos moradores, em especial das favelas e periferias, fundado na inclusão social, na desmilitarização das polícias, na universalização da segurança pública, na investigação e inteligência, e na descriminalização das drogas.

ACESSO À INFORMAÇÃO

Manter a população bem informada por meios oficiais foi uma estratégia nos países onde o combate à pandemia do novo Coronavírus tem sido eficaz. A Nova Zelândia, por exemplo, teve destaque por suas ações rigorosas e eficazes no combate ao COVID-19, chegou a ter pronunciamentos diários com orientações e informações acerca da doença feitos pela Primeira Ministra Jacinda Arnerd em rede nacional. Esse tipo de medida foi fundamental para a conscientização da população não só sobre a importância do cumprimento do isolamento social rígido, mas também sobre outras formas de prevenção e instrução sobre como proceder em

caso da suspeita do vírus. Com a quantidade de informações falsas e muitas vezes nocivas que circulam na internet sobre a COVID-19 , é essencial que o poder público se encarregue de repassar informações claras, de qualidade e fácil acesso a todas as camadas da sociedade e em especial as mais vulneráveis.

Neste dossiê, percebe-se que, quando perguntadas a respeito da existência e da qualidade de campanhas de conscientização por parte do Governo Municipal, quase 70% das pessoas afirmou que em suas respectivas comunidades não existiam campanhas do gênero ou que não chegaram ao seu conhecimento. A menor parte dos entrevistados reconheceu a presença de campanhas em seu bairro e citou a presença de carros de som que circulavam pelas ruas com mensagens informativas, mas consideraram pouco efetivas.

Outro ponto a ser destacado é o acesso das pessoas à internet durante a pandemia, pois apenas cerca de 60% dos entrevistados afirmou que a maioria das pessoas dentro das comunidades tem acesso à internet. Segundo análise do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), enquanto mais de 90% das pessoas nas classes A e B são usuárias de internet, nas classes D e E apenas 42% estão conectados. Vale evidenciar a discrepância entre a qualidade desse acesso à internet, pois a exemplo de muitos moradores entrevistados, só há o acesso pelo celular e de maneira muito limitada e com pacotes de dados de operadoras restritos. Outra questão é a faixa etária das pessoas que costumam acessar a internet, pois é quase nula a participação de homens e mulheres acima dos 60 anos, grupo esse, considerado de risco pela Organização Mundial da Saúde, o que torna necessária a existência de estratégias específicas que alcancem esse público.

Negligenciar o acesso à informação da população durante um quadro tão grave de saúde pública viola o direito que a população tem de conhecer a doença que se alastrou tão rapidamente pelo país e em especial pelo estado do Ceará e pela cidade de Fortaleza e suas formas de prevenção e ações do Governo para seu combate.

Recomendações:

* Circulação de veículos de som nas comunidades e fornecimento de materiais impressos com informações e orientações sobre o COVID-19 , tratando especialmente da sua prevenção e dos canais disponíveis para buscar tratamento;

* Fornecimento de acesso à internet, em ações semelhantes às iniciativas que distribuíram chips de celular com acesso ilimitado a determinados sites, bem como empresas de comunicação e provedores de internet que liberaram acesso a determinados sites oficiais e

contêm informação de qualidade para a população.

SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE DA MULHER

De acordo com o artigo 5º da lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, violência doméstica e familiar contra a mulher é “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Os dados de violência doméstica no Brasil já são, em condições normais, bastante alarmantes, existindo pesquisas que apontam que o país registra 1 caso de agressão a mulher a cada 4 minutos. A situação nas periferias brasileiras é aprofundado por partir de situações de pobreza extrema, baixa escolaridade e difícil acesso dessas vítimas a órgãos de proteção.

A partir desse cenário, a situação de mulheres que sofrem violência doméstica e que devido ao isolamento social obrigatório como medida de controle da pandemia da COVID-19 estão confinadas em casa junto a seus abusadores se tornou mais preocupante. Além da possibilidade do surgimento de “novos agressores”, pessoas que anteriormente não possuíam histórico de violência, mas, ao serem expostas a esta situação de extremo estresse - isolamento social, a perda ou diminuição de sua renda concomitantemente com o aumento dos gastos domésticos -, começam a apresentar comportamento violento e abusivo.

É possível observar que, ao serem questionados sobre a existência de campanhas sobre violência doméstica e contra a mulher, uma maioria de pessoas afirmou não existir ou não conhecer ações nesse sentido. Ou seja, se existe algum mecanismo, campanha ou ação de prevenção, este vem sendo extremamente ineficiente, pois não está chegando ao conhecimento da população.

Quando questionados a respeito de instrumentos ou estratégias para denúncia ou proteção das mulheres, muitos afirmaram não conhecer nenhum instrumento e os que conheciam algum, apenas citaram os telefones de disk denúncia mais conhecidos: Disk 100, 180 e 190. Entretanto, durante o isolamento social os mecanismos de disk denúncia se tornam ineficazes, pois as vítimas se encontram em residências pequenas e a pouquíssimos metros de seu abusador.

Essa situação é melhor exemplificada quando muitos moradores responderam que conheciam mulheres em situação de violência doméstica, inclusive reconhecendo tal situação como uma violação de direitos humanos. É absurdo e muito preocupante, que mesmo conhecendo muitos casos de violência e reconhecendo isso como uma violação, a maioria das pessoas não

conheça mecanismos eficientes de denúncia e que campanhas de prevenção e conscientização não cheguem nessas áreas.

O Estado brasileiro é signatário de todos os acordos internacionais que asseguram de forma direta ou indireta os direitos humanos das mulheres bem como a eliminação de todas as formas de discriminação e violência baseadas no gênero. O artigo 5º da CF prevê expressamente que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e segurança. O que evidencia que a situação destas mulheres configura uma clara violação de direitos fundamentais como o direito a vida, segurança e integridade física.

Recomendações:

- * Realização de campanhas de prevenção e conscientização nessas localidades;
- * O maior envolvimento do CREAS e CAPS na assistência social a essas mulheres.

DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Crianças e adolescentes são um segmento populacional que historicamente é mais vulnerável e impactado por situações de negligência em contextos de vulnerabilidade. Cidadãos em fase de desenvolvimento intelectual, físico e moral enfrentam as dificuldades que a hipossuficiência financeira dos pais e a má qualidade de muitos serviços públicos lhes impõem. A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) lhes asseguram uma série de direitos, em sua redação o art. 53 do ECA afirma que “a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho”. Já o artigo 7º do mesmo estatuto, destaca o direito à vida e a saúde que deve ser garantido por meio de políticas sociais públicas.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, ocorreram mais de 37.000 notificações de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes vítimas no Brasil, somente no ano de 2017. Segundo o Disque 100, em 2018, 76.216 denúncias foram feitas de violência contra crianças e adolescentes. Crianças e adolescentes que sofrem abusos físicos e psicológicos em casa estão, nesse contexto de isolamento, confinados em casa com seus abusadores. Quanto as estratégias de denúncia e proteção de menores, a maioria afirmou não conhecer um meio institucional específico de denúncia além dos instrumentos tradicionais, cuja efetividade durante a quarentena tem sido baixíssima. A falta de um meio de comunicação eficiente com

os Conselhos Tutelares que permanecem fechados também foi destaque na pesquisa.

Ao serem questionados sobre a situação das escolas e das crianças e adolescentes durante a pandemia e conseqüentemente o período de quarentena, em especial com a situação das escolas municipais e estaduais fechadas, os moradores foram categóricos em afirmar que a qualidade da educação das crianças, que já não era considerada adequada, caiu drasticamente. Muitas escolas adotaram o sistema de aulas remotas, estratégia que esbarra em muitos problemas de acesso à internet, a tecnologia e a informação, tópico também abordado no presente dossiê. Não raro vimos famílias cujos pais venderam o único aparelho que lhes fornecia acesso à internet para comprar comida e outros itens de necessidade básica. Nesse sentido, a situação escolar das crianças oriundas de famílias de baixa renda torna-se extremamente preocupante, uma vez que a evasão escolar é, infelizmente, algo comum e o longo período sem acesso as atividades escolares pode facilitar essa situação de abandono.

Outro aspecto a ser ressaltado, é a dificuldade dos pais de manter crianças pequenas em casa o dia inteiro, levando em consideração que muitas dessas famílias moram em casas de apenas um cômodo, ou de um tamanho e estrutura que não são nem de longe os ideais e que não raro moram 4,5 ou 6 crianças em um mesmo lar, pais e filhos têm passado por situações de estresse e pressão que pode lhes ser muito prejudiciais ao longo do tempo: “A curto prazo, pode haver transtornos de sono, irritabilidade, piora da imunidade e medos. Em médio e longo prazo, atrasos no desenvolvimento, transtorno de ansiedade, depressão, queda no rendimento escolar e estilo de vida pouco saudável”. Destacam os autores do documento produzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) que trabalhou com dados do período mais rígido de isolamento social.

RECOMENDAÇÕES:

- * Criação de serviço de apoio às famílias do ponto de vista da assistência social, com uma ação articulada entre conselho tutelar e secretarias de educação;
- * Criação de programas de renda básica para famílias de baixa renda em que existam crianças e adolescentes;
- * Fornecimento de alimentação escolar durante o período de escolas fechadas;
- * garantia de formação complementar e emergencial para professores da rede pública habilitando-os ao ensino remoto emergencial de modo a reduzir o alarmante e tendencial crescimento de desigualdades na qualidade do ensino e no acesso às oportunidades por crianças e adolescentes de classes sociais distintas;
- * Elaboração de Programas que busquem evitar os abandonos dos estudantes e reverter

situações que já tenham ocorrido.

Para além disso, seguem algumas recomendações extraídas dos questionários, que tratam de demandas interescolares e complementares. As principais foram:

- aumento na testagem, para que os casos sejam efetivamente notificados;
- necessidade de um atendimento da rede de saúde mais voltado para as comunidades, possivelmente em domicílio, e inclusive com atendimento direcionado à saúde mental;
- a facilitação no acesso e a manutenção do auxílio emergencial, pelo menos pelos próximos meses;
- ações de suporte alimentar e financeiro, bem como a de viabilização de recursos básicos (água, gás, energia), de modo a se possibilitar isolamento social digno;
- ampliação da ação de equipamentos públicos, como o CRAS e o CRESS;
- incentivo de isolamento social rígido, com controle nos estabelecimentos comerciais, distribuição e orientação de uso de EPIs e materiais de higiene, fiscalização de aglomerações.

PARTE 2

INTRODUÇÃO

Como trabalhar com um tema antigo, das epidemias e das pandemias a afetarem as cidades, considerando um mundo globalizado, com consequente implementação das decisões econômicas e políticas a culminarem na construção de infraestrutura de produção e de circulação, a tornar o mundo menor. Uma concretude balizada por fluxos intensos na consolidação do urbano, vis-à-vis instituição do tempo da metrópole e em detrimento do da cidade (CARLOS, 2017), enfatizado em sistema urbano articulado em escala mundial.

O apreender os impactos da Covid-19 nos espaços de moradia e nos lugares turísticos nos impõe sair de nossa zona de conforto, fortemente apegada às dimensões econômicas, políticas, ambientais e tecnológicas. Nos dispomos, assim: i. a adentrar em domínio tão caro à Geografia intitulada de Humanista e em relação à qual o mundo hodierno somente será compreendido caso essa ciência retome seu objeto de estudo fundante: o homem; ii. na utilização da linguagem cartográfica, pautada em dados oficiais e a possibilitar geração de representações de movimento rápido e em desenvolvimento, capaz de possibilitar apreensão da constituição do evento pandêmico em Fortaleza.

Os dados utilizados na pesquisa em questão foram coletados no site do IBGE (Censo demográfico de 2010 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, atualizada em 2019), na Plataforma de Transparência da Saúde do Ceará, *Integra SUS* (<https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>), criada pela Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará. Na referida há a disponibilização do boletim epidemiológico da Covid-19, a fornecer informações sobre os tipos de casos envolvidos (investigados, confirmados, recuperados, taxa de letalidade e óbitos), associados a detalhamento considerando a localização (município e bairro), idade, gênero e grupo de risco.

A coleta dos dados foi iniciada no mês de março de 2020, possibilitando construção de material cartográfico representativo da evolução do número de casos confirmados e de óbitos em Fortaleza, a guardar temporalidade referente a uma semana e vis-à-vis dois gêneros de indicadores: etário, no concernente ao contingente com idade acima de 60 anos; de vulnerabilidade social explícita nas unidades censitárias. A base cartográfica clássica nos animou no sentido de montar uma GIF, a permitir visualização das mesmas em movimento representativo da constituição das ondas de disseminação do vírus na cidade (Ver: <http://www.ufc.br/noticias/14639-pesquisadores-desenvolvem-Figura-que-relaciona-avanco-da-Covid-19-e-aspectos-sociais-em-fortaleza>).

Nestes termos, o presente documento objetiva analisar as características da disseminação da Covid-19 em Fortaleza, observando o impacto da mortalidade e letalidade nos bairros em razão de conjunto de dimensões sobrepostas à da estrutura etária (foco nas populações idosas) da cidade, a saber, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o da vulnerabilidade social.

Esta segunda parte do dossiê está estruturada em três seções.

A primeira, “Da contaminação derivada dos lugares turísticos à transformação dos espaços de moradia em territórios de adoecimento e de morte”, apresenta a disseminação e mortalidade por Covid-19, que ocorre em duas ondas, em uma metrópole periférica, plena de contradições, tendo como recorte espacial os bairros de Fortaleza.

Na segunda, o recorte em regiões administrativas da PMF, com certa homogeneidade, permite a representação por meio de gráficos e figuras da “Desigualdade diante da morte”, analisando as taxas de letalidade e mortalidade distribuídas nas sete regionais de Fortaleza, cruzando com seus IDH.

A última seção trata de analisar o impacto diferencial da Covid-19 na população mais vulnerável, os idosos, concentrados em alguns bairros, que apresentam grandes desigualdades socioeconômicas.

Em anexo, temos figuras que permitem observar a dinâmica da disseminação da Covid-19 em Fortaleza ao longo do sistema viário, no entorno dos terminais de ônibus e metrô, locais de aglomeração, que favorecem o contágio. Acrescentam-se figuras de IDH, concentração de idosos por bairro e áreas censitárias de maior vulnerabilidade social.

Fechando esta segunda parte do dossiê, estão as figuras, transformados em GIF animado que podem ser encontrados, comentados, no endereço seguinte: Pesquisadores desenvolvem figura que relaciona avanço da Covid-19 e aspectos sociais em Fortaleza. UFC Notícias. Ver: [http://www.ufc.br/noticias/14639-pesquisadores-desenvolvem-Figura-que-relaciona-avancoda-Covid-19 - e-aspectos-sociais-em-fortaleza](http://www.ufc.br/noticias/14639-pesquisadores-desenvolvem-Figura-que-relaciona-avancoda-Covid-19-e-aspectos-sociais-em-fortaleza).

Ressalta-se que esta segunda parte se baseia em dois artigos dos pesquisadores do núcleo, que tiveram os dados atualizados. “Fortaleza, de uma contaminação derivada dos lugares turísticos à transformação dos espaços de moradia em territórios de adoecimento e de morte”, de autoria Eustógio Wanderley Correia Dantas, Maria Clelia Lustosa Costa e Carlos Lucas Sousa da Silva, Revista Confins, n. 45, 2020 e “A transição demográfica explica os desdobramentos do Covid-19 em metrópoles periféricas?” de Ana Leticia Freitas Lima, Maria Clelia Lustosa Costa, Eustógio Wanderley Correia Dantas e Giovana de Castro Silva, enviado para publicação em revista científica .

Da contaminação derivada dos lugares turísticos à transformação dos espaços de moradia em territórios de adoecimento e de morte

De um mundo maior (limitações tecnológicas a imporem deslocamentos em períodos de tempo enormes) com cidades diminutas, no pós-segunda guerra mundial, nota-se uma inversão. O mundo é encolhido, se torna menor, à medida que a cidade se agiganta tanto demograficamente como em relação à sua área de influência, estendendo seus tentáculos no mundo.

Da escala das cidades adentramos no domínio das megalópoles assentadas, grosso modo, em blocos econômicos a flexibilizarem as fronteiras antigas dos estados nações. Abrem mão de seu papel como lócus de produção, transferindo sua base industrial até para outros países (a impactar nos últimos anos na Europa Oriental e, principalmente, na Ásia), à medida de seu fortalecimento como lócus de decisão, principalmente das conglomerações econômicas, e lócus de lazer, associado à demanda de seus habitantes e, também, de visitantes eventuais (homens de negócio, grupos de políticos, vilegiaturistas, turistas, esportistas amadores e etc.). Do supramencionado as atividades terciárias ganham importância maior em relação às demais e a cidade pujante toma ares, sendo justamente sobre as metrópoles que a pandemia do COVID-19 recai com força. Se institui, assim, um evento a afetá-las primordialmente, reflexo direto do nível complexo e intenso de interações a estabelecerem em escala global.

À clássica flexibilização das fronteiras dos Estados Nações na perspectiva econômica, acrescenta-se, na escala mundo, motivação resultante da sublimação da necessidade básica por lazer. Aproveitando-se da estrutura física e material concebida para as trocas internacionais, institui-se a atividade turística. Um sistema comercial mundial se estrutura, resultante da articulação entre as agências de viagem, empresas aéreas e cadeias hoteleiras, potencializadas com recursos de organismos internacionais e aval dos governos locais (CAZES, 1992). Mais recentemente ela se articula ao universo do imobiliário (DANTAS, 2016), de empreendimentos imobiliários-turísticos a suscitar validação e fortalecimento da prática da vilegiatura em escala mundial (PEREIRA, 2020). Um gênero de prática trabalhada por vários colegas espanhóis sob a alcunha de turismo de segunda residência (ALEDO, 2008; ANDREU, 2005; DEMAJOROVIC, 2011; FERNÁNDEZ MUNOZ et. al., 2011; NIEVES, 2014; TORRES BERNIER, 2013).

Da realização do homem associada a seu estabelecimento em um lugar seguro a habitar, preservado das invasões indesejadas de “bárbaros” (guardado na segurança dos Impérios), atualmente, a sublimação do homem moderno se dá na possibilidade de viajar, de conhecer novas paragens e consoante massificação de prática gestada pelos antigos viajantes, de caráter elitista. Corresponde a uma clientela diversa, de turistas, vilegiaturistas e esportistas amadores, cuja abundância numérica do primeiro entre eles impõe generalização no trato e traz consigo incorreções e exageros.

O turismo e seus praticantes, os turistas, tomam o cenário mundial de forma contraditória. Tanto apontados positivamente pelos empreendedores turísticos-imobiliários e os gestores públicos como negativamente pelos habitantes das comunidades tocadas (URBAIN, 2002). Os primeiros a vislumbrarem

potencialidade de ganhos e diversificação da economia. Os últimos culpabilizando-os pela problemática socioeconômica e ambiental enfrentadas em comunidades tradicionais: o agravamento da pobreza com a tomada dos territórios tradicionais, a fragilização da cultura local com criação de espaço aberto à prostituição e à droga e, por último, à transmissão de doenças graves.

No presente a preocupação maior apresentada é a de controle sanitário nos aeroportos, cujas conexões globais propiciam estabelecimento de contato, em período de tempo rápido, de zonas não contaminadas com zonas contaminadas. Trata-se de uma marca representativa da proliferação do vírus em escala global e em tempo rápido, tornada possível somente no período técnico-científico informacional.

O facilitamento dos fluxos turísticos e similares em escala internacional abre espaço ao estabelecimento de novas experiências motivadas em contatos inimagináveis em tempos pretéritos, especificamente as resultantes de uma aproximação entre os seres fundantes do mundo moderno: dos habitantes permanentes de nossas cidades e metrópoles, denominados de moradores e para os quais, em tese, as mesmas foram concebidas, passando por habitantes ocasionais, estabelecidos em suas segundas residências, no próprio país ou fora dele e, por último, de contatos efêmeros (sazonais), com turistas animados na arte da viagem.

Trata-se de plataforma mais abrangente e complexa do que as associadas às clássicas trocas comerciais. A conter, de um lado, entes congelados no lugar de moradia e cuja possibilidade de mobilidade além das fronteiras dos Estados Nações é de difícil implementação e, de outro lado, entes fluidos no espaço, portadores de passaportes e em relação aos quais as barreiras alfandegárias são comumente flexibilizadas. A indumentária do turista e similares abre portas em nome de interesses econômicos das nações e das empresas. Para eles não existem fronteiras e podem livremente adentrar em outros mundos em período de tempo preestabelecido e a não ultrapassar alguns meses de convívio, dependendo de acordo estabelecido entre países emissores-receptores e a guardar, na maioria, das vezes reciprocidade.

A dinâmica de expansão do COVID-19 se nutre neste cenário, a denotar contexto no qual as metrópoles, por seu grau de interação com o mundo, são eleitas espaços ideais de contaminação e difusão, representativa de sua condição primária: periférica ou central. No presente trabalho adentraremos no domínio das metrópoles periféricas, cujo nível de articulação com o mundo envolve: i. parcela moderna - articulada em sua hinterlândia (Região Metropolitana) e a dispor de estrutura administrativa-burocrática estratégica assentada em infraestrutura urbana consolidada, ênfase dada no presente trabalho às turísticas (hoteleira, portuária e aeroportuárias) e posto permitirem-facilitarem acesso dos turistas (novos usuários da metrópole) a espaços de lazer, anteriormente apropriados pelas elites do lugar, e às paragens turísticas existentes na região; ii. parcela precária - a dispor de problemática sanitária delicada e de baixo nível de integração na malha urbana. Permanece

assim circunscrita principalmente a áreas populares, sem infraestrutura e ocupadas por populações menos abastadas do lugar.

É tomando como base esta configuração que podemos apreender o como o vírus adentra nas metrópoles periféricas, instituindo lógica representativa de ondas de contaminação a mobilizar no tempo e no espaço os habitantes permanentes (das populações menos abastadas às mais abastadas) e os ocasionais (principalmente turistas e vilegiaturistas). Na presente ilustração, estudo de caso, tomaremos a metrópole de Fortaleza, a possibilitar características da contaminação pandêmica no Brasil contemporâneo

Ondas de contaminação

Dentre as metrópoles mais dinâmicas do Nordeste brasileiro, Fortaleza possui papel de destaque, *pari passu*, política de modernização empreendida principalmente no final do século XX, com investimentos maciços em infraestrutura associada ao agronegócio, turismo e produção de energia eólica.

O citado dinamismo, vislumbrado na perspectiva econômica, gera um contexto controverso na consolidação de uma cidade moderna articulada, de um lado, no sistema mundo após consolidação de um complexo portuário moderno e de um *hub* aeroviário e, de outro lado, a vivenciar problemas graves de vulnerabilidade socioambiental (DANTAS; ZANELLA; COSTA, 2016). Trata-se de uma cidade configurada como metrópole, aberta às contaminações provenientes de vírus, bactérias e similares, assentadas tanto em um constructo local perverso, desvinculado ou pouco articulado à cidade moderna, como a se beneficiar, paradoxalmente, do mito de um mundo sanitariamente seguro. Do posto, a metrópole é tomada pelo evento pandêmico em dois gêneros de filtragem diferenciadas, metaforicamente denominado de ondas de contaminação e delineadas a partir de março de 2020, algo em torno de três meses após os primeiros pronunciamentos sobre vírus a impactar a população de Wuhan, na China.

Primeira onda de contaminação na metrópole alencarina, filtragem estabelecida no universo do turismo

Da lógica de modernização empreendida no Ceará a associada a dinâmicas dos lazeres é a mais recente, com idealização e implementação a partir do final dos anos 1980, no final do século passado. Seus impactos são claramente visíveis na metrópole de Fortaleza, incluída no domínio da economia turística nacional e internacional. O primeiro domínio a representar contingente maior de visitantes e o segundo em franco crescimento, principalmente após o estabelecimento do *hub* aéreo.

Do apresentado acima, visitantes internacionais em trânsito e aqueles a desembarcarem em Fortaleza, na ordem das centenas de milhares, seriam, em tese, vetores primeiros de contaminação. No entanto não foram os mesmos responsabilizados, muito menos enumerados como “paciente zero”. Por envolver período de tempo de permanência curto, a não possibilitar surgimento de casos graves de contaminadas

dentre os turistas, somado ao desconhecimento das agências sanitárias, inclusive a Organização Mundial da Saúde (OMS), da potencialidade da Covid-19 ascender a evento pandêmico, a entrada nas metrópoles pelos aeroportos certamente se deu e sem muito alarde. Mundialmente há apontamentos de casos, em estudo, a indicar presença de pessoas contaminadas pela Covid-19 antes da eclosão do mesmo na China. Fortaleza não foge à regra ao ser anunciado, por seu Secretário de Saúde, a suspeita de primeira contaminação em janeiro de 2020.

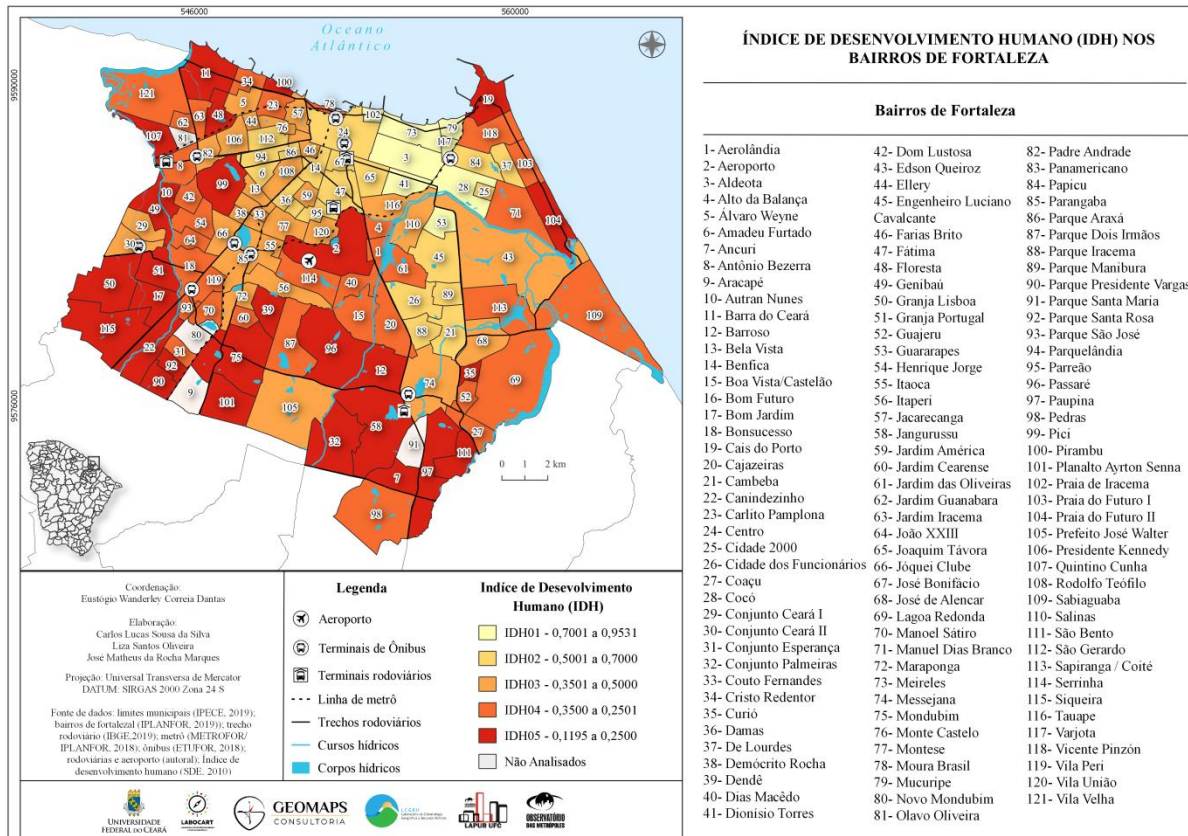
A não culpabilização dos citados viajantes, sobretudo os turistas, consiste em dado peculiar e haja vista ser o mesmo alvo frequente das críticas aos desdobramentos negativos advindos no pós-modernização turística. Tal dado chama mais ainda nossa atenção posto a contaminação no Brasil ter ocorrido após o evento carnavalesco, a direcionar fluxos de turistas importante a metrópoles nacionais como, em ordem de importância, Rio de Janeiro (no Sudeste), Salvador e Recife (no Nordeste). Afirmar não ser o turista internacional responsabilizado merece refinamento da análise e posto externalizar a outra dimensão do país no contexto turístico internacional, de país emissor, prática empreendida desde os primórdios por suas elites, ávidas no conhecimento do mundo, e ampliadas, no pós-segunda guerra mundial, por uma clientela advinda de uma classe média em crescimento no país.

Os pacientes zero emergem provavelmente do citado patamar, ênfase a Itália, de onde retornou o primeiro brasileiro diagnosticado no Hospital Albert Einstein, em São Paulo, no dia 2 de fevereiro de 2020, seguido do segundo caso, proveniente da Inglaterra. A citada informação é confirmada em tese resultante de estudo a apontar amadurecimento do Coronavírus na Europa, suscitando, concomitantemente um processo de transmissão interna e de difusão a outros países de outros continentes. Se constitui, assim, como um segundo epicentro vislumbrado, no caso do Brasil, a partir de processo de extração de RNA do novo vírus que contaminou os dois brasileiros citados acima.

Dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde podemos compreender o como se espacializou em Fortaleza os casos de Covid-19, tomando em conta a caracterização inicial do fenômeno no Brasil, associado às áreas nobres das metrópoles. Trata-se, na capital alencarina, de um dado verificado a partir da semana do dia 09/03/2020 a 15/03/2020, período próximo da decretação de quarentena pelo Governo do Estado. No relativo às semanas anteriores, de 01/01/2020 a 8/03/2020, da série de dados disponibilizados, o comportamento é diverso, diluído em poucos casos e em 19 bairros dispersos na malha urbana e com características socioeconômicas diferenciadas, possível de apreender a partir do IDH (Figura 1) representativo de alguns deles. Os dois primeiros casos foram registrados no mês de janeiro, nos bairros de Parque Iracema (IDH 0,504) e Bom Jardim (IDH 0,194), respectivamente na parte sudeste e sudoeste. Na sequência (figura 2), toma, em todos os sentidos e gradativamente, os bairros de Fátima (IDH 0,694), Jóquei Clube (IDH 0,406), Serrinha (IDH 0,282), Castelão (IDH 0,255), Centro (IDH 0,556), Dias Macedo (IDH 0,270), Monte Castelo (IDH 0,434), Sapiranga-Coité (IDH 0,337), Joaquim Távora (IDH 0,662), Engenheiro Luciano Cavalcante (IDH 0,522), São Gerardo (IDH 0,678), Parangaba

(IDH 0,418), Meireles (IDH 0,953), Jardim Guanabara (IDH 0,325), Genibaú (IDH 0,138), Damas (IDH 0,510) e Conjunto Palmeiras (IDH 0,119).

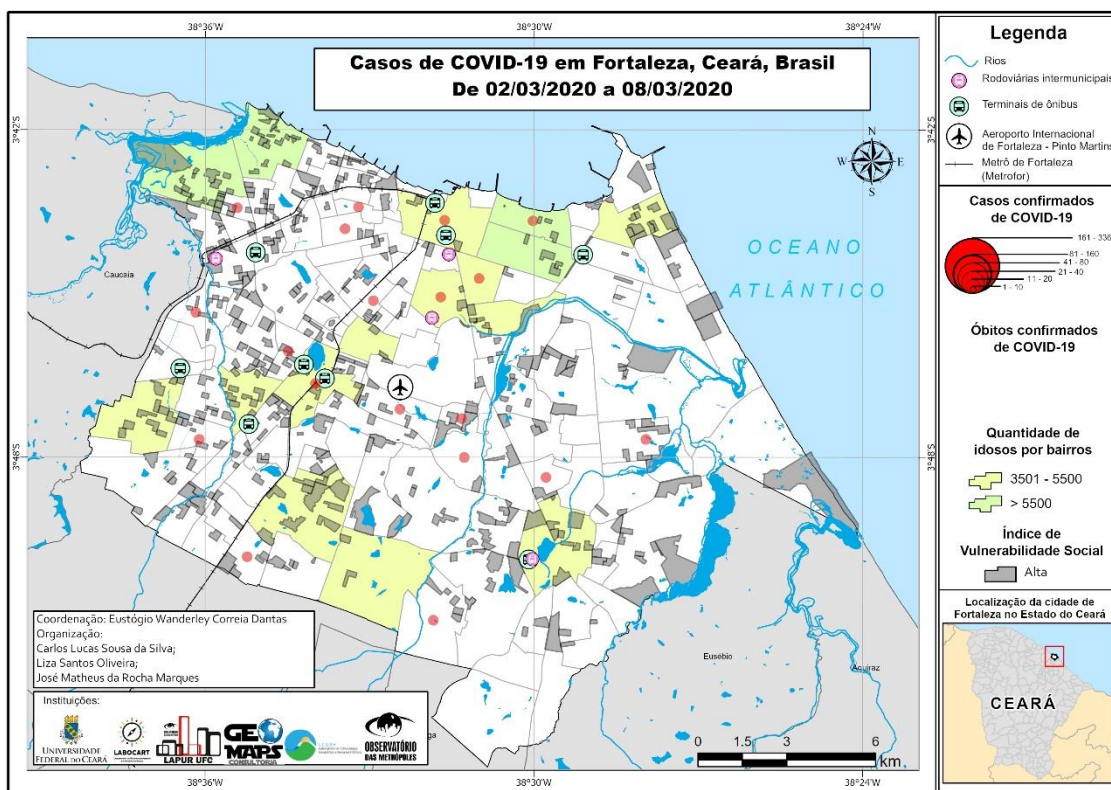
Figura 1 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nos bairros de Fortaleza



Fonte: PMF: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, 2014.

O gênero de comportamento evidenciado na figura 2, certamente se deve a aspecto ainda pouco explorado nos estudos sobre a pandemia e representativos da relação do aeroporto, transformado em *hub*, com a cidade que virou metrópole. Aprender os fluxos nele consubstanciados, quanto à origem e destino, bem como sua contribuição na consolidação de vínculos de Fortaleza com o mundo, ênfase dada à dinâmica dos lazers, não deve desconsiderar sua configuração como lócus de trabalho, a suscitar volume não negligenciável de contatos diários de trabalhadores (residentes), em terra e no ar, com os usuários (passageiros), os primeiros com perfil profissional diversificado a justificar salários diferenciados e, por extensão estabelecimento dos mesmos de bairros populares a bairros nobres. Os segundos provenientes de outros países no mundo, dentre eles os já contaminados ou em fase de. Do posto, provavelmente a contaminação inicial os envolveu, por descuido ou desconhecimento dos gestores da empresa responsável pela administração do aeroporto.

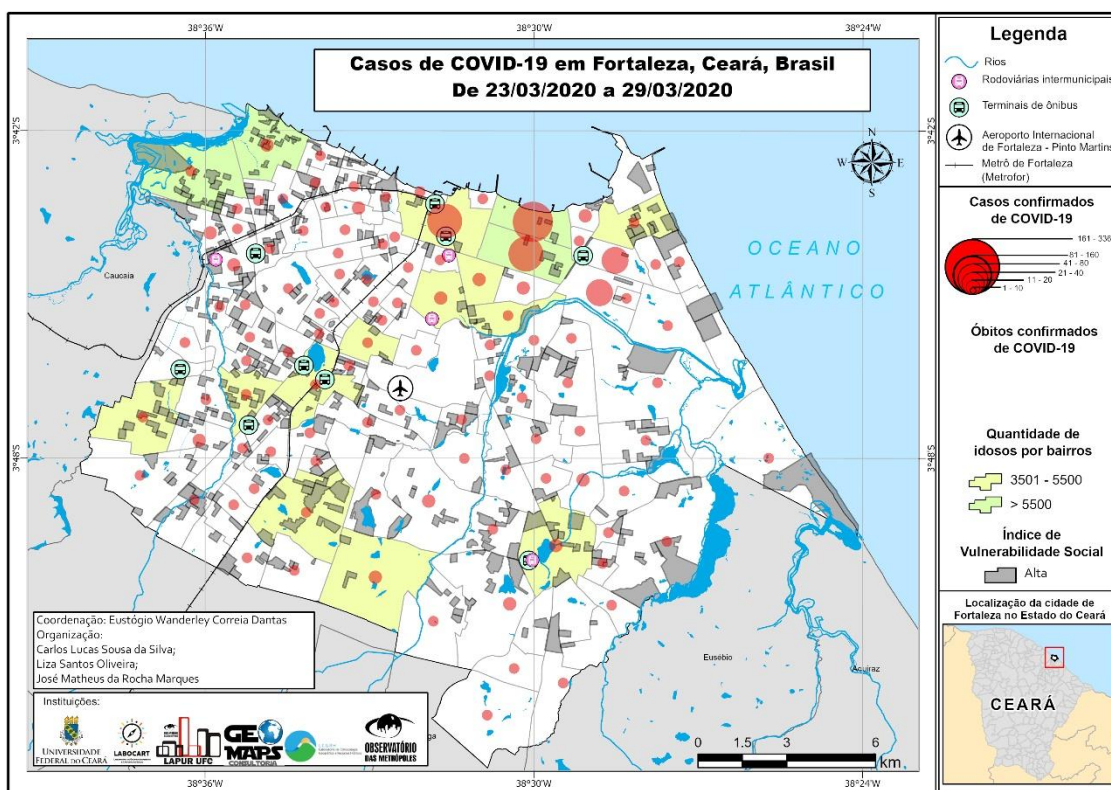
Figura 2 – Casos de Covid-19 em Fortaleza, período do dia 02/03/2020 a 08/03/2020



Fonte: INTEGRA SUS, Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará, Ministério da Saúde.
<https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>

Fortaleza se insere na mesma largura de onda das demais metrópoles no período de 23/03/2020 a 29/03/2020 (Figura 3), momento no qual a diferença do número de casos concentrados nos dois bairros com maior IDH de Fortaleza (Meireles e Aldeota, respectivamente com IDH de 0,953 e 0,866). Do pequeno número de casos registrados na Figura 2, cenário do qual Meireles também faz parte e a Aldeota não constava o primeiro atinge a frequência de 81-160 casos, seguido pelo segundo, na frequência de 41-80 casos, denotando processo de progressão geométrica característica de momentos pandêmicos. Destaque neste contexto a bairros do entorno, por ordem de importância o Centro (IDH 0,556), Coco (IDH 0,762) e Papicu (IDH 0,529), o primeiro na mesma frequência da Aldeota e os dois últimos na de 21-40 casos.

Figura 3 – Casos de Covid-19 em Fortaleza, período do dia 23/03/2020 a 29/03/2020



Fonte: INTEGRA SUS, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará, <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>

É a construção deste nível de representação a alimentar a matriz inicial de discussão característica do caso brasileiro e em relação à qual Fortaleza se adéqua. O relativo a um gênero de contaminação a afetar, principalmente, bairros nobres, no patamar de IDH superior a 0,700, e dentre os quais figuram Meireles, Aldeota e Cocó. Um movimento, que no caso em foco, também converge, por extravasamento, a bairros limitantes, como Centro e o Papicú, ambos com IDH de 0,500-0,700.

O germe da segunda onda de contaminação na metrópole repousa no substrato acima, a seguir o padrão representativo do Brasil. É a partir dos bairros nobres da cidade, com IDH superior a 0,700, que a pandemia abarca a metrópole, inicialmente incorporando áreas por efeito de vizinhança como o ocorrido no Centro e, na sequência, atingindo a periferia, com maior concentração de casos em seus extremos sul, oeste e leste.

Segunda onda, migração à periferia

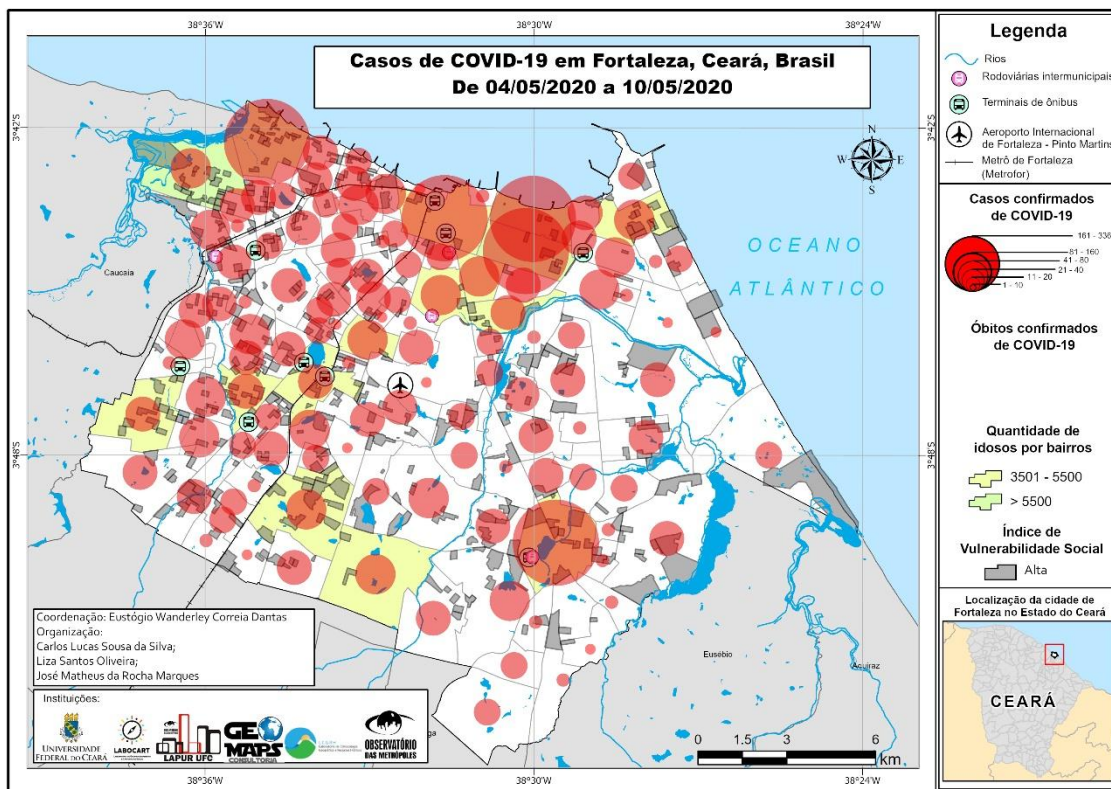
A segunda onda envolve outras escalas, a explicitarem filtragem estabelecida pelo lugar (SANTOS, 1997), inerente ao como os turistas brasileiros de retorno do estrangeiro são recepcionados na metrópole, especificamente aqueles sobre os quais recai suspeita de contaminação. No Brasil o procedimento adotado foi o de realização de quarentena na residência do envolvido, sendo somente os casos graves direcionados aos hospitais. O epicentro de difusão da Covid-19, lugares de visitação

contaminados, tem rebatimento, assim, na vida das pessoas, com restrição de suas relações ao local de moradia. Dois territórios se instituem neste momento, o dos lugares turísticos como de contaminação e o dos espaços de moradia como de adoecimento.

No tempo a fragilidade da estratégia acima enunciada se apresenta, posto implicar na consubstanciação de mais um vetor de contaminação, epicentro da Covid-19 na metrópole. A partir do mês de abril, o território de adoecimento na metrópole transcende fronteiras, grosso modo vislumbrada como correspondente aos espaços de moradia das classes mais abastadas, migrando às áreas com indicador de vulnerabilidade social e ambiental elevados. Segue o mesmo padrão notado nos bairros nobres e se efetiva, no início de maio, principalmente nas áreas cuja composição etária evidencia frequência elevada de idosos, pessoas com mais de 60 anos (Figura 04). O destaque deste nível de adoecimento na Barra do Ceará e Messejana reforçam a presente tese, se inserindo os mesmos na mesma frequência dos bairros nobre, de 161-336 casos.

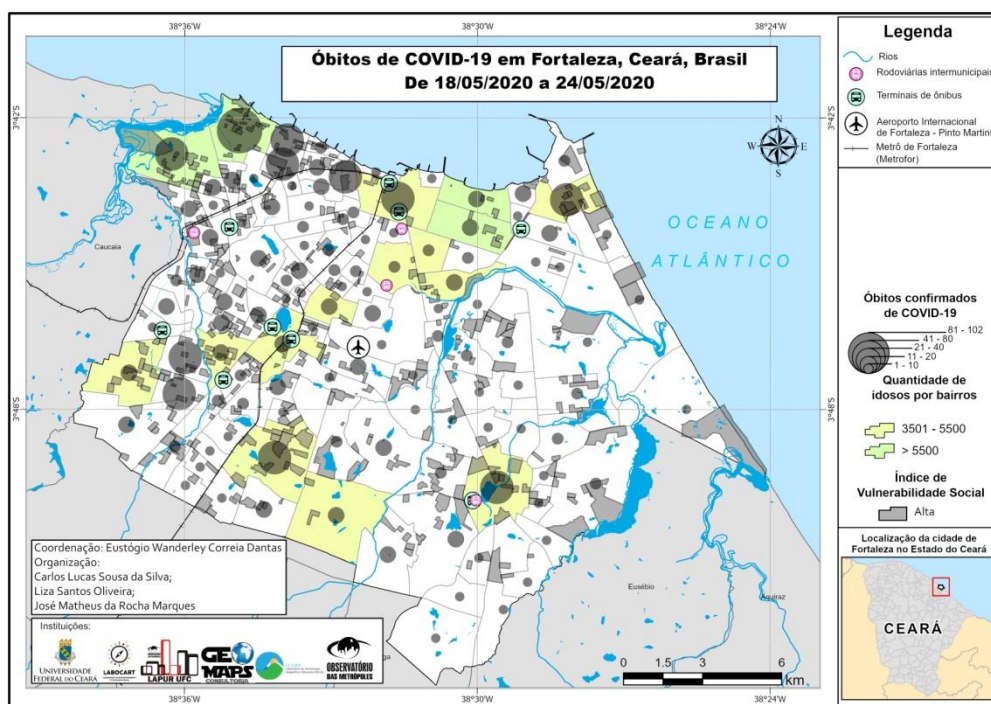
O adoecimento da população segue as principais vias de circulação. As maiores taxas de mortalidade se concentram os bairros mais vulneráveis e adensados. Os pontos sensíveis da cidade migram, do aeroporto aos terminais de ônibus e estações de metrô. Gera-se, assim, uma nova comoção nacional, resultante das dificuldades enfrentadas por seus usuários, trabalhadores provenientes dos bairros pobres e a trabalharem nas áreas contaminadas. O isolamento social empreendido no país deixou espaço aberto ao desenvolvimento de serviços, muito valorizados dentre os habitantes das áreas nobres, a justificarem um contato direto e frequente com os infectados sintomáticos e assintomáticos (empregadas domésticas, diaristas, cuidadoras, porteiros, faxineiros, etc.). Manteve-se o direito de acesso a um conjunto de “serviçais”, expondo-os, assim, a uma contaminação quase certa. São estes trabalhadores, usuários do transporte coletivo, os vetores de um processo de contaminação em trânsito, em deslocamento de seu lugar de habitação ao de trabalho (e vice-versa) e com direito a conexão nos terminais de ônibus municipais, intermunicipais e estações de metrô.

Figura 4 – Casos de Covid-19 em Fortaleza, período do dia 04/05/2020 a 10/05/2020



Fonte: INTEGRA SUS, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará, <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>

Figura 5 – Óbitos de Covid-19 em Fortaleza, período do dia 18/05/2020 a 24/05/2020



Fonte: INTEGRA SUS, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará, <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>

Na penúltima semana de maio, conjunto de bairros populares atinge o patamar superior, com número de mortos acima de 21. Um resultado esboçado, metaforicamente, na forma de um colar, o colar da morte por Covid-19. Dentre eles, bairros com número elevado de idosos (Barra do Ceará, Vila Velha, Prefeito José Valter e Messejana) e outros cujo dado relatado se explica, seja no nível de vulnerabilidade social e econômica (Granja Portugal, Cristo Redentor, Planalto Airton Sena) (Figura 5), seja na alta densidade populacional (Conjunto Ceará I e Jacarecanga).

Após três meses do início da epidemia, as figuras 6 e 7, relativas a primeira semana de julho, fornecem um panorama da epidemia, demonstrando a desigualdade diante da contaminação e da morte.

O Coronavírus se espalhou por toda a cidade, mas a maior devastação, com grande número de casos e óbitos, ocorreu nos bairros mais adensados, com piores IDHs da zona oeste, sudoeste e sul, contendo muitos aglomerados subnormais, ocupados por população vulnerável, em áreas de dunas do grande Pirambu e da grande Barra do Ceará (Regional 1) e em áreas de risco nas margens do rio Ceará e Maranguapinho (regionais 3 e 5). Muitos dos casos assinalados nestes bairros estão na terceira faixa, de 600 a 800 mortos (figura 6). Todavia, a Barra do Ceará, alcançou a faixa máxima de óbitos (80 a 102) e muitos bairros destas regionais, a segunda pior faixa de 41 a 80 (figura 7).

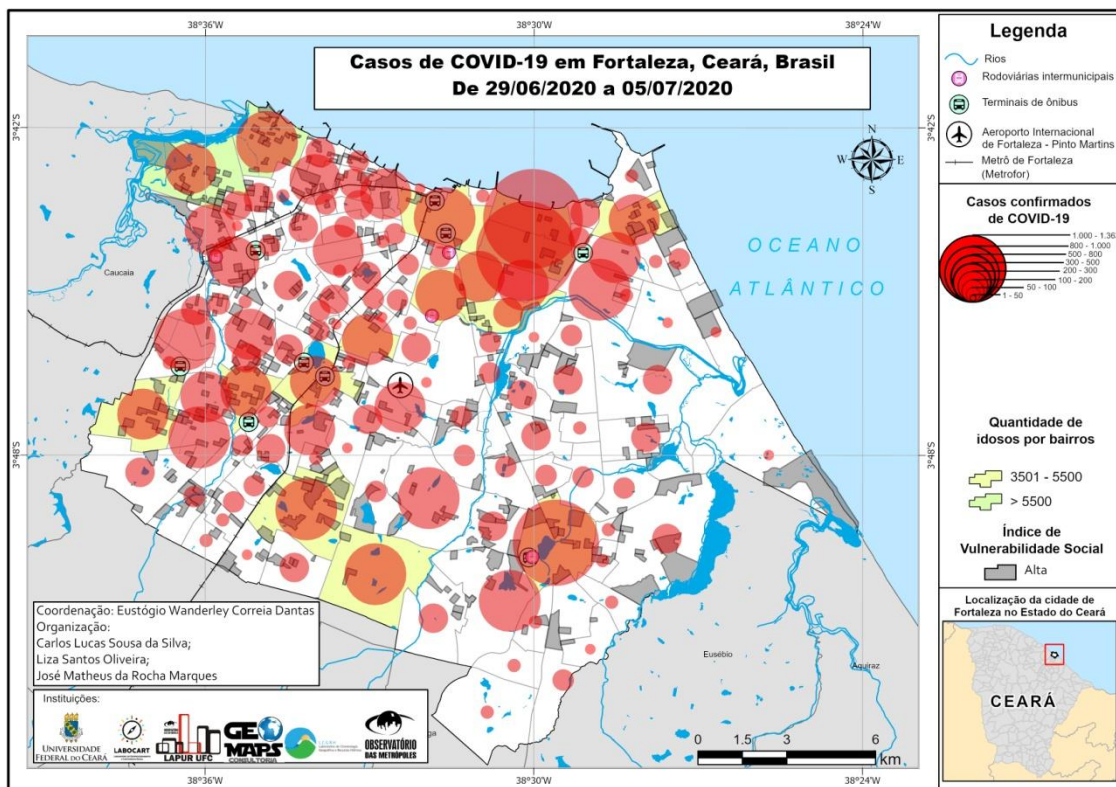
No entanto, na faixa máxima, de 1.000 a 1.363 casos apontados, estão Meireles e Aldeota, na Regional 2, com IDHs semelhantes a países europeus, bairros em que se iniciou a disseminação da epidemia e onde se realizaram mais testagem. Nesta regional, o maior número de óbitos (faixa de 81-102) ocorreu no Meireles, que concentra o maior número de casos registrados em Fortaleza e a população mais idosa da capital (> 5.500) e com maior índice de longevidade (0,811 a 1000); e no Vicente Pinzon, próximo a zona portuária, no bairro Cais do Porto, com dunas e zonas de praia, ocupadas por aglomerados subnormais, com população de alta vulnerabilidade social.

A dificuldade na distinção de limites faz com que muitas pessoas indiquem residência nos bairros vizinhos, principalmente no caso dos mais estigmatizados do grande Pirambu, como Arraial Moura Brasil, vizinho ao Centro; Cristo Redentor, limitando com Álvaro Weyne; e o Pirambu, ao lado de bairros de classe média, como o Carlito Pamplona e Jacarecanga, que nas décadas de 1930 a 1960, era moradia de parte da elite cearense. Registro também discutíveis são os do Conjunto Ceará 1, na faixa de 41 a 80, enquanto o Conjunto do Ceará 2, está na faixa de 1 a 10 óbitos. Geralmente os moradores informam o Conjunto Ceará não distinguindo 1 ou 2.

Messejana, na segunda maior faixa de número de idosos (3501 a 5500), situou-se na também na segunda maior faixa em número de casos confirmados (800 a 1.000) e de óbitos (41 a 80). Além da forte presença de idosos, esta centralidade urbana, localizada no sudoeste, na Regional 6, conta com grande shopping center e um dos principais terminais de ônibus urbano e intermunicipal, favorecendo o aumento dos fluxos e a integração com o centro e bairros do leste e oeste da cidade, bem como a circulação do

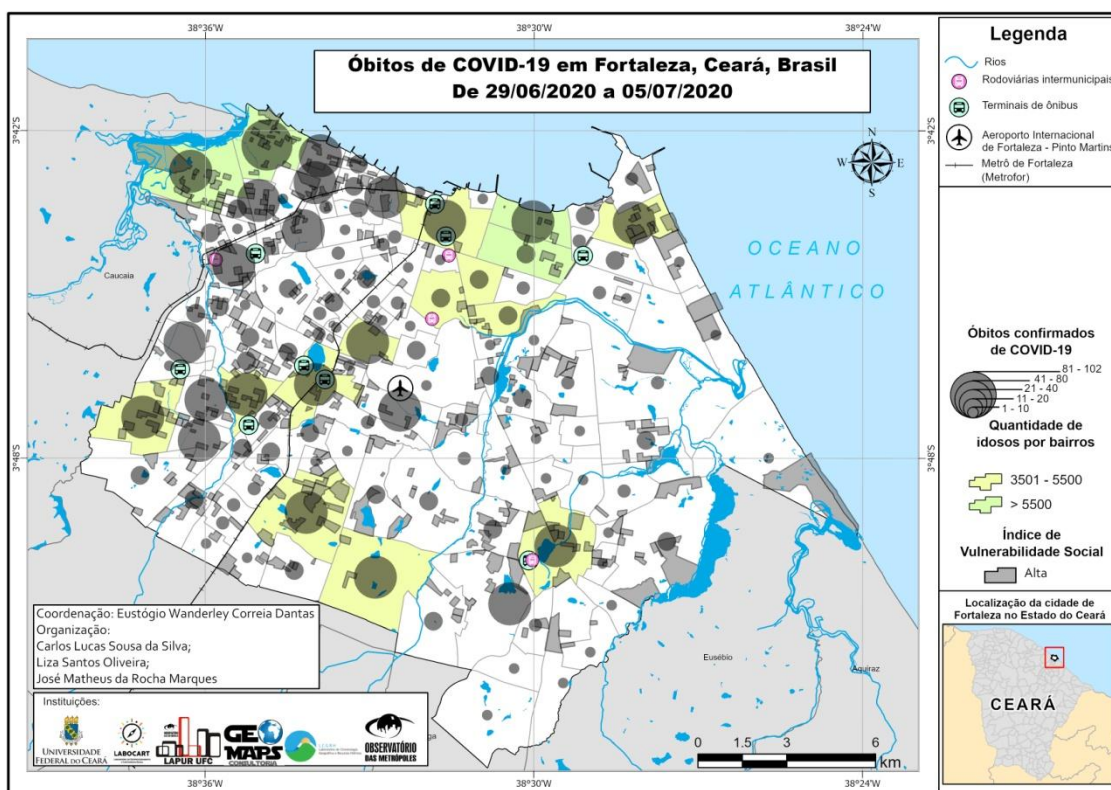
vírus. A polarização de Messejana é reforçada pela oferta de serviços de saúde, com grandes hospitais que atendem não só Fortaleza, mas os municípios vizinhos. Dois de nível terciário que tratam casos de alta complexidade, o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMM) e Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (transplante de coração e pulmão), que recebeu um hospital de campanha para tratamento da Covid-19; um de nível secundário, especializado e de média complexidade - Hospital Geral Waldemar de Alcântara; além de dois hospitais municipais, o Frotinha de Messejana (Dr. Edmilson Barros de Oliveira) e o Gonzaguinha de Messejana (Distrital Gonzaga Mota), para urgência e emergência 24 horas, que realizam cirurgias de média complexidade (PMF e Governo do Ceará, 2020).

Figura 6 – Casos de Covid-19 em Fortaleza, período de 29/06/2020 a 05/07/2020.



Fonte: INTEGRA SUS, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará, <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>.

Figura 7 – Óbitos de Covid-19 em Fortaleza, período de 29/06/2020 a 05/07/2020



Fonte: INTEGRA SUS, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará, <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>.

Da instituição de um epicentro na metrópole, situado em território de adocimento em bairros nobres, vislumbra-se o desdobramento representativo de um país desigual. Efetiva-se um terceiro território, o da morte, a tocar fortemente as áreas de vulnerabilidade social e econômica elevada. Acrescenta-se à cartografia da Covid-19 uma dimensão concernente a países a adotarem uma modernização conservadora como o Brasil, concentradora de renda e a conduzir à materialização de espaços precários de habitação (SILVA, 1992), sob a alcunha de Favelas.

É considerando a dimensão acima, de constituição de território da morte, que a desigualdade existente em nossas cidades “salta aos olhos”. A parte da metrópole precária, resquício do passado, a sobreviver no embate com vírus e similares maléficos, mais uma vez assume a liderança. Não no concernente ao número de casos confirmados, se aproximando dos valores indicados nos bairros nobres, mas no de mortos.

Desigualdade diante da morte: letalidade e mortalidade nas regiões/regionais de Fortaleza

Fortaleza se instituiu como *locus* de entrada e disseminação do vírus. Com comportamento representativo de uma Metrópole Periférica, se beneficiou de sua localização estratégica, a mais próxima da Europa, para se consolidar como importante destinação turística. Convém destacar que a mesma procede da forma indicada sem abdicar de sua natureza dual e a envolver, concomitantemente, sua

parcela moderna à parcela precária a persistir.

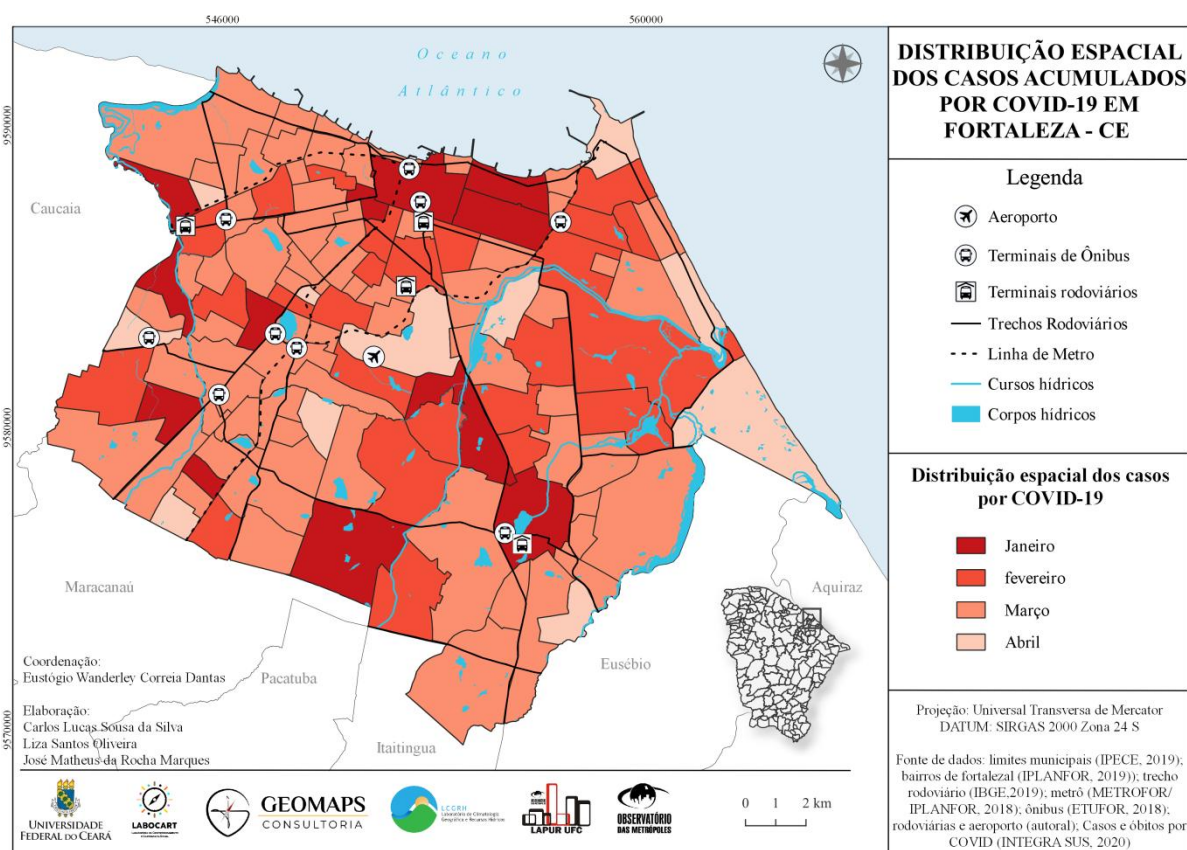
Ao vislumbrarmos dados disponibilizados no IntegraSus, nos meses de janeiro e fevereiro de 2020 há a indicação de número de casos não negligenciável de infectados, cuja confirmação se deu posteriormente (após a decretação da política de isolamento social por parte do Governo do Estado). Diferentemente do padrão anterior, concentrado principalmente nos bairros nobres da cidade e devido, o padrão de espacialização de contaminação é disperso e proporcional, estabelecido em bairros com IDH's diversos, dos mais elevados aos mais baixos (Figura 8). Um gênero de comportamento alterado somente a partir do mês de março, ao se evidenciar concentração maior de casos no conjunto de bairros com IDH mais elevado, bairros nobres com índice na faixa de 0,7001 a 0,9531 e dentre os quais, por ordem de importância, Meireles e Aldeota se destacam.

Figura 8 – Fortaleza (CE): Gráfico de distribuição dos casos confirmados de infecção por Covid-19, dos meses de janeiro a junho e a considerar faixa de IDH representativa de conjunto de bairros, 2020.



Fonte: IntegraSUS (2020), organizado por Autores.

Figura 8 – Distribuição espacial dos casos acumulados por Covid-19 em Fortaleza, de janeiro a abril de 2020



A instituição dos bairros nobres como *locus* principal de adoecimento é que permite a compreensão do desdobramento do vírus nas metrópoles periféricas brasileiras, com migração forte e intensa do vírus, já no mês de abril, para conjunto de bairros inseridos em IDH's baixos, de 0,1195 a 0,500. Com a possibilidade, no Brasil, de usufruto de conjunto de serviços oferecidos por “serviçais” *in loco*, principalmente nas habitações dos bairros nobres, indica-se o “calcanhar de Aquiles” da política de isolamento social, a partir da qual o tratamento inicial dos primeiros infectados foi direcionado à residência dos mesmos. De uma matriz europeia, na qual tratamento em casa pode significar isolamento em família, no caso do Brasil implicou em incorporação de substrato mais amplo a envolver, além da família propriamente dita, os serviçais supramencionados, a habitarem predominantemente a periferia da cidade. São eles os responsáveis pelo transporte do vírus na cidade e em intensa dinâmica de infecção balizada no sistema de transporte coletivo.

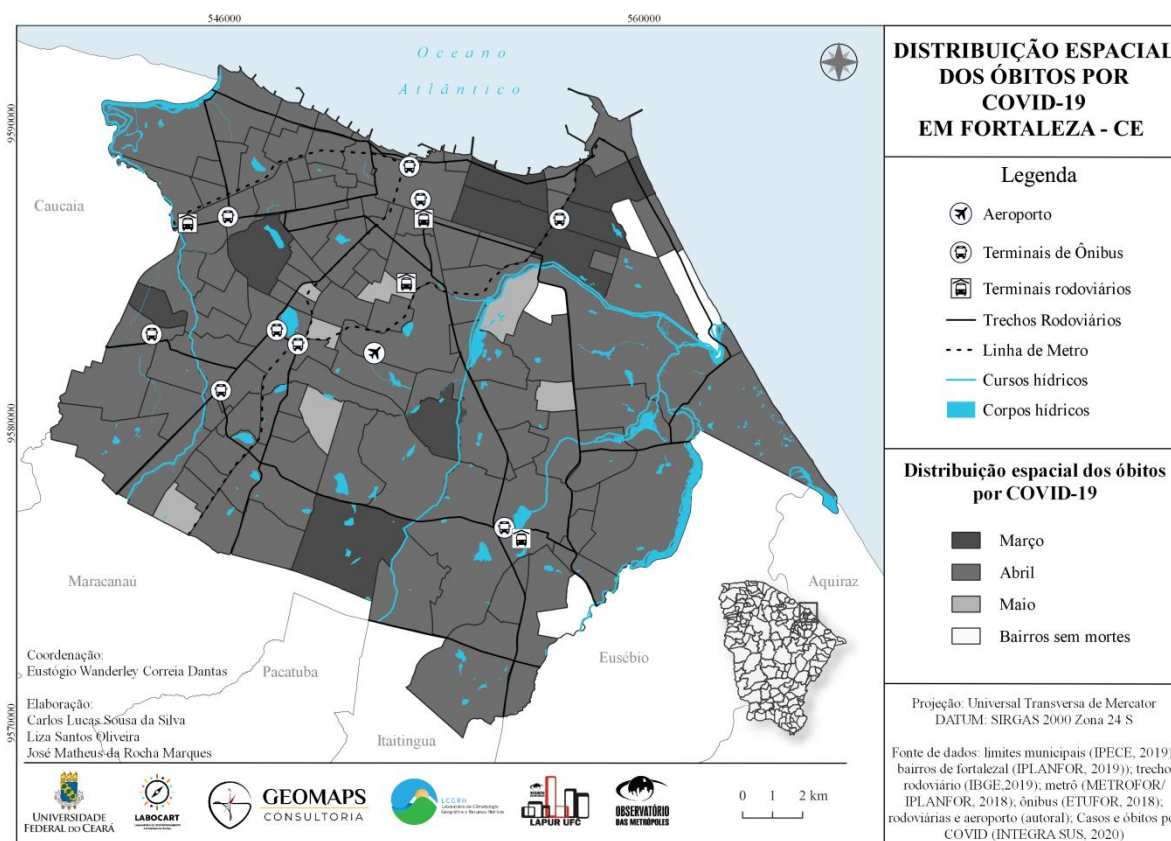
A incorporação dos bairros com baixo IDH, de natureza periférica, evidenciam uma outra racionalidade a fugir do simples domínio do número de infectados e a adentrar no concernente ao número de óbitos. Se a área nobre se instituiu como território do adoecimento, os bairros com IDH mais baixos (0,1195 a 0,5000) tomam destaque, a partir do mês de abril, no número de óbitos (Figura 5), dado a evidenciá-los como território da morte por Covid-19 (DANTAS; COSTA; SILVA, 2020).

Figura 9 – Fortaleza (CE): Gráfico de distribuição dos óbitos por Covid-19, dos meses de janeiro a junho e a considerar faixa de IDH representativa de conjunto de bairros, 2020



Fonte: IntegraSUS (2020), organizado por Autores.

Figura 10 – Distribuição espacial dos óbitos por Covid-19 em Fortaleza, de março a abril de 2020



Fonte: IntegraSUS (2020), organizado por Autores

Tal gênero de comportamento destoa do evidenciado no referente ao número de casos confirmados, concentrados sobremaneira nos bairros nobres da cidade (Meireles e Aldeota, em ordem de importância) e a concentrarem quantitativo maior de idosos na cidade (mais de 5.883). O número maior de óbitos concentrados nos bairros com IDH baixo extrapola a dimensão etária, embora no patamar de 4.435 a 5883 idosos sejam encampados bairros como número de óbitos elevados: Barra do Ceará, Vila Velha, Messejana, Mondubim e Parque Presidente Vargas. Do indicado intuímos ser este indicador, derivado mais de problemas de outra ordem do que associados à pura e simples existência de pessoas de risco na área. Nos demais bairros, a partir do decreto de quarentena obrigatória em 20 de março de 2020, boa parte dos moradores não dispunham de condições ideais para o cumprimento efetivo da política de isolamento social e de medidas sanitárias (higiene). Grosso modo, não puderam deixar de trabalhar por questões óbvias, além de enfrentarem problemas de infraestrutura sanitária em seus bairros e de condições precárias de habitação a incidir no domínio da habitabilidade, dispostos em espaços diminutos, com poucos cômodos e famílias numerosas. Famílias estas, que habitualmente são formadas por jovens e adultos em idade ativa (economicamente) e pelo menos um idoso, que quando não é o arrimo da família, é responsável por contribuir com a renda e manutenção da mesma, tornando os lares e os idosos periféricos ainda mais vulneráveis.

Em 25 de julho de 2020, passados quatro meses do decreto de quarentena, o impacto da pandemia nos bairros de menor IDH foi desastroso, o que é revelado pelo número de óbitos. No quadro 1, encontra-se a distribuição dos casos, óbitos, taxas de letalidade e mortalidade, de acordo com o recorte espacial da Prefeitura Municipal de Fortaleza, em sete regionais, inclusive a do centro. As regionais I, II e III contam com uma população em torno de 350 mil habitantes. No entanto, a pandemia de Covid-19, ressaltou a desigualdade diante da morte, principalmente ao se comparar o número de casos, de óbitos, e taxas de letalidade e mortalidade nas diversas regiões da capital.

O quadro 1, bem como as figuras 11 e 12 demonstram o peso da desigualdade social. Apesar de a Regional II (8.025) contar praticamente com o dobro de casos confirmados da Regional I (4.586), o número de óbitos nesta (732) é superior a primeira (522), denotando a precariedade no acesso à serviços essenciais como, saneamento e assistência médico-hospitalar nas regiões mais pauperizadas e vulneráveis.

Quadro 1 – Fortaleza (CE): casos, óbitos e taxas de mortalidade e letalidade do Covid-19 por Secretarias Regionais de Fortaleza, no período de 01.01.2020 a 25.07.2020

REGIONAIS	POPULAÇÃO	TOTAL DE CASOS	TOTAL DE OBITOS	TAXA DE MORTALIDADE (10.000 HAB.)	TAXA DE LETALIDADE (100 HAB.)
SER I	363.607	4586	732	20,13	15,96

SER II	339.325	8027	522	15,38	06,50
SER III	372.708	4387	537	14,40	12,24
SER IV	277.661	4242	429	15,45	10,11
SER V	584.511	6344	809	13,84	12,75
SER VI	550.918	7462	629	11,42	8,43
SERCEFOR	28.538	825	72	25,23	8,73
FORTALEZA	2.517.268	35873	3730	14,82	10,40

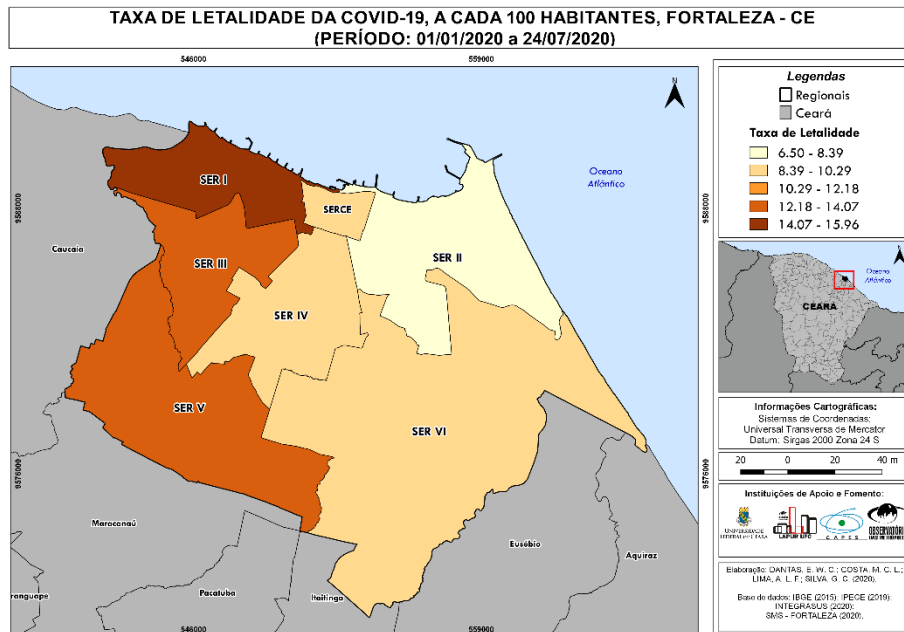
Fonte: SMS Fortaleza (2020), adaptado por Autores (2020).

A Figura 11 demonstra como, a taxa de letalidade, ou seja, a taxa de óbitos por complicações da Covid-19 foi mais elevada em determinadas regionais da cidade, sobretudo naquelas situadas à oeste onde prevalecem baixos índices de IDH (1, 3 e 5), alta vulnerabilidade social e, em alguns poucos bairros, com significativo número de idosos, como a Barra do Ceará.

A periferia, que já concentrava as mais altas taxas de letalidade desde o início da pandemia na cidade, pelos motivos já citados, registra também uma quantidade crescente de casos confirmados, e ao que tudo indica mesmo com subnotificação ainda apresenta média superior a informada para Fortaleza.

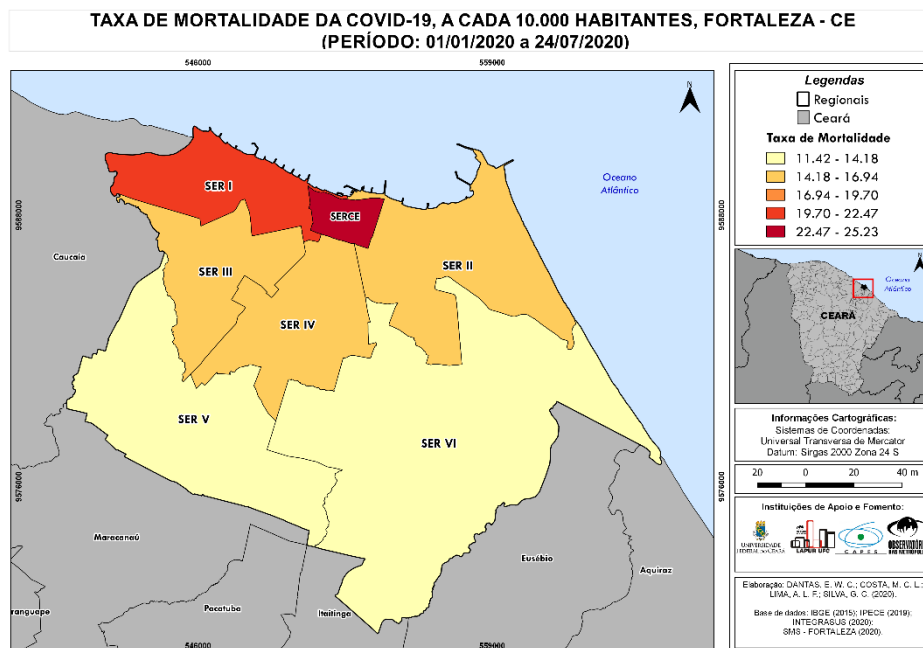
A Figura 12 representa a espacialização das taxas de mortalidade em Fortaleza a cada 10.000 habitantes, resultante da “[...] relação entre o total de óbitos de um determinado local pela população exposta ao risco de morrer” (PEREIRA, 2007, p. 11). Os dados referente às taxas de mortalidade, podem ser considerados uma fonte essencial de informação demográfica, geográfica e de causa de determinadas mortes. Além de ser importante para análises de quantificações de problemas de saúde, determinar ou contribuir para o monitoramento de algo prioritário ou de metas na saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Figura 11 – Fortaleza (CE): Taxa de Letalidade da Covid-19 a cada 100 habitantes.



Fonte: Autores (2020).

Figura 12 – Fortaleza (CE): Taxa de Mortalidade da Covid-19 a cada 10.000 habitantes



Fonte: Autores (2020).

A Regional II, onde se encontram bairros de maiores IDHs, com presença de condomínios de luxo e atividades de lazer e turismo, registrou o maior número de casos confirmados (6.745), contudo a taxa de letalidade foi a menor, de 6,95 óbitos/100 casos. A taxa de mortalidade de 13,82 hab/10.000 hab. acompanha a das regionais 3, 4 e 5, e a média de Fortaleza. Nesta Regional, onde se iniciou a disseminação da pandemia, estão os bairros Aldeota e Meireles, com maior numero de idosos da capital,

grupo de risco a Covid-19. Esta regional, de grandes contradições, conta com zona industrial e portuária e vários aglomerados de exclusão (favelas), alojando trabalhadores de baixa renda (domésticos, comerciários, entregadores, operários da indústria de alimentos e da construção civil), principalmente nos bairros Cais do Porto, Vicente Pinzon e Praia do Futuro 1, que fornecem mão de obra às empresas e aos moradores de maior renda.

Uma das áreas mais adensadas, na Regional I estão inseridos a zona industrial da Avenida Francisco Sá, muitos bairros operários e as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) do Arraial Moura Brasil e do Grande Pirambu, considerados os mais antigos assentamentos com ocupação desordenada, que são constituídos por população de baixa renda, em ambiente precário do ponto de vista urbanístico e habitacional. Esta regional apresentou as maiores taxas de mortalidade 20,13/10milhab e letalidade de, 15,96/100 hab, muito acima das médias da capital, que foram de 14,82/10 mil hab e 10,40/100hab), respectivamente.

Na Regional Centro, ocorreram 72 óbitos, para uma população de 28.538 pessoas, atingindo um taxa de mortalidade 25,23/10milhab. Com crise econômica, desemprego e déficit habitacional, cresceu o numero de moradores sem tetos, que ocuparam praças e edificações no centro da cidade.

Idoso em metrópole periférica frente ao novo Coronavírus

É um fato que a Covid-19 encontra uma população mais suscetível ao contágio, idosos e indivíduos acometidos por comorbidades? De acordo com Flores e Lampert (2020), os mesmos fazem parte dos grupos de risco, por apresentarem Imunosenescência, e concentrarem as maiores taxas de casos graves e de mortalidade.

Mas seria esta dimensão suficiente a explicar o comportamento do evento pandêmico no Brasil e em suas metrópoles mais importantes, a título de exemplo, Fortaleza? Somos levados, pautados nas características do processo de modernização empreendido em nosso país e no Nordeste, altamente concentrador de renda e a constituir um universo marcado pelas desigualdades sociais (DANTAS, 2019), a verificar validade da citada tese.

Dois dados são inquestionáveis na contemporaneidade, o relativo à concentração crescente das populações nas cidades e o do envelhecimento populacional. A Organização das Nações Unidas (ONU) corrobora neste sentido, ao indicar, de um lado, que cerca de 54% da população mundial habita em cidades e, do outro lado, de que a população idosa se configura enquanto grupo etário com crescimento mais significativo no mundo. Para John Wilmoth, diretor da Divisão de População das Nações Unidas do Departamento dos Assuntos Econômicos e Sociais, "Gerir áreas urbanas tem-se tornado um dos desafios mais importantes do Século XXI. O nosso sucesso ou fracasso na construção sustentável das cidades vai ser o principal fator de sucesso da agenda da ONU pós 2015" (REDE INTERMUNICIPAL DE

COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO, 2016). Apresenta-se um grande e relevante desafio a ser enfrentado pelos planejadores e gestores, visto que, cada vez mais, as populações envelhecem, e majoritariamente nas cidades.

Do posto, urge pensar a organização e/ou adaptação das cidades a este novo cenário a se projetar também para os países emergentes, a exemplo da realidade vivenciada nos países desenvolvidos, em especial os europeus.

O envelhecimento da população não se dá de forma homogênea, pois características regionais são responsáveis pela heterogeneidade deste processo. No Brasil, embora avanços substanciais tenham se efetivado nos últimos decênios, as desigualdades socioeconômicas tendem a se perpetuar e conseqüentemente impactar no processo de envelhecimento, a se efetivar de diferentes formas nas regiões brasileiras.

Grosso modo, podemos afirmar que a transição demográfica não foi acompanhada de uma melhoria real e significativa nas condições gerais de vida da população brasileira, com investimentos em infraestruturas e serviços básicos distribuídos desigualmente no espaço e com desdobramentos mais graves em algumas regiões do que em outras. Tal contexto contribui com uma menor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma menor expectativa de vida dos indivíduos a habitarem municípios pouco estruturados, em especial os das regiões Norte e Nordeste do Brasil. De acordo com o IBGE (2018), as regiões “Norte e Nordeste convivem com restrições no acesso a saneamento básico” (AGÊNCIAS DE NOTÍCIAS IBGE, 2018), dado confirmado pela PNAD (IBGE, 2017), a revelar que nas regiões supracitadas os serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo são ofertados a uma quantidade menor de cidadãos do que no restante do país (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS IBGE, 2018)¹⁸.

Assim, observa-se que as condições gerais de saneamento e saúde impactam diretamente na qualidade de vida da população, repercutindo assim em sua expectativa de vida¹⁹. Para se ter uma ideia do indicado e de seu rebatimento espacial, dos dez estados brasileiros com as mais baixas expectativas de vida, 50% deles pertencem a região Nordeste (Maranhão, Piauí, Alagoas, Sergipe e Paraíba) e os demais à região Norte (Rondônia, Roraima, Amazonas, Pará, Tocantins).

¹⁸ As regiões vivem dificuldades diferentes em relação ao abastecimento de água. “[...] No Nordeste, a rede geral de abastecimento é um pouco mais extensa, alcançando 80,3% dos domicílios. O resultado não fica muito abaixo do número nacional, mas a disponibilidade do serviço revela outra realidade. Enquanto no país 86,7% das residências com rede geral recebe a água diariamente, no Nordeste esse percentual cai para 66,0%” (AGÊNCIA BRASIL, 2019). No que tange ao esgotamento sanitário, a PNAD aponta que no Brasil, 66,3% das residências tem seus dejetos escoados pela rede geral de esgotamento, ao passo que na região Sudeste esse percentual chega a 88,6%; seguidos de 66,8% na região Sul; 55,6% no Centro-Oeste; 44,6% no Nordeste e; 21,8% no Norte (AGÊNCIA BRASIL, 2019).

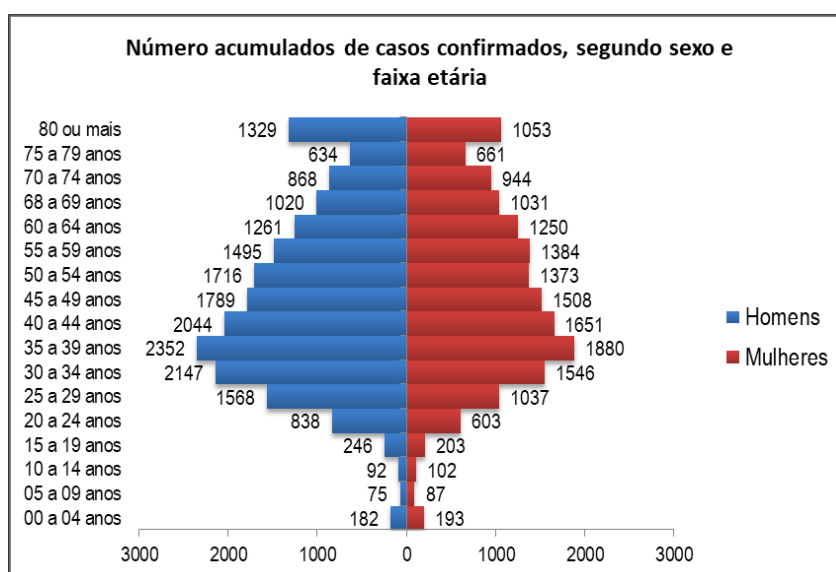
¹⁹ A expectativa de vida média da região Norte é menor 3,3 anos em relação à média nacional, já a da região Nordeste é inferior 2,9 anos em comparação ao observado no país. Dentre as unidades da Federação e o Distrito Federal, o estado do Ceará (74,3 anos) ocupa a 16ª posição entre as melhores expectativas de vida observadas no Brasil, 0,9 anos a mais que a média nordestina, e 2 anos a menos que a média nacional (IBGE, 2018).

Em um cenário pandêmico, cuja forma de se prevenir contra a Covid-19 é a higiene pessoal e o distanciamento social, as regiões supracitadas se vêm em situação calamitosa, agravadas: i. pelas altas concentrações demográficas (bem como a grande quantidade de pessoas vivendo em um mesmo domicílio); ii. pela precariedade (ou até mesmo ausência) de infraestrutura urbana, principalmente saneamento básico; iii. pelo acesso dificultado a serviços de saúde.

No concernente à Fortaleza, considerando o último censo de 2010 (IBGE), há registro de uma população total de 2.452.185 habitantes, ao passo que, 237.775 destes são considerados idosos, com idade igual ou superior a 60 anos de idade. A população idosa da capital correspondia a cerca de 9,69% da população total do município, aproximadamente 1% a menos do que era registrado a nível de Brasil, a girar em torno de 10,77%. De acordo com estimativas da PNAD, para 2019 o percentual de idosos chegaria a 16,1% da população. Para uma população estimada em 2.662.000 habitantes, a população idosa foi calculada em 429.000 habitantes. Levando em consideração a presente estrutura demográfica, disporíamos assim de um universo a ser explorado frente ao impacto da Covid-19 na capital alencarina.

Os dados coletados pela Secretária Estadual de Saúde do Ceará (SESA-CE) e disponibilizados na plataforma IntegraSUS (2020) demonstram que os casos confirmados se concentram majoritariamente entre as faixas etárias de 20 a 59 anos de idade, ainda que a quantidade de idosos seja significativa (Figura 1). Grosso modo, a explicação se deve ao fato das pessoas do primeiro grupo se exporem mais ao vírus, seja pela necessidade de deslocamento ao trabalho, seja para realização de atividades essenciais, como a ida as compras em supermercados e farmácias.

Figura 13 – Fortaleza (CE): Gráfico do número de casos confirmados de pessoas contaminadas por Covid-19, distribuídos por sexo e faixa etária, (26/06/2020)



Fonte: IntegraSUS (2020), adaptado por Autores (2020).

No entanto, no relativo ao número de óbitos por Covid-19 confirmados, a “pirâmide” etária de Fortaleza se inverte, concentrando a maioria das mortes nas faixas etárias a partir dos 60 anos de idade (Figura 2) e, conseqüentemente, confirmando o fato dos idosos se configurarem como o principal grupo de risco da Covid-19.²⁰

Figura 14 – Fortaleza (CE): Gráfico do número de óbitos por COVID-19, distribuídos por sexo e faixa etária, (26/06/2020)



Fonte: IntegraSUS (2020), adaptado por Autores (2020).

Do apresentado, convém destacar que os contingentes de idosos não se encontram homogeneamente distribuídos na cidade, com destaque para alguns bairros, de alta (4.435 a 5.883 idosos) e muito alta (acima de 5.883 idosos) concentração. Os bairros relativos ao segundo patamar dispõem de condições socioeconômicas diferenciadas, imanentes a bairros com maior IDH na cidade (Meireles, IDH 0,953; Aldeota, IDH 0,867). Os do segundo grupo dispõem de um perfil distinto e associado a bairros periféricos com baixo IDH: a oeste os bairros da Barra do Ceará (IDH:0,216) e Vila Velha (IDH:0,272), no sul Messejana (IDH:0,376), Mondubim (IDH:0,233) e Parque Presidente Vargas (IDH:0,135).

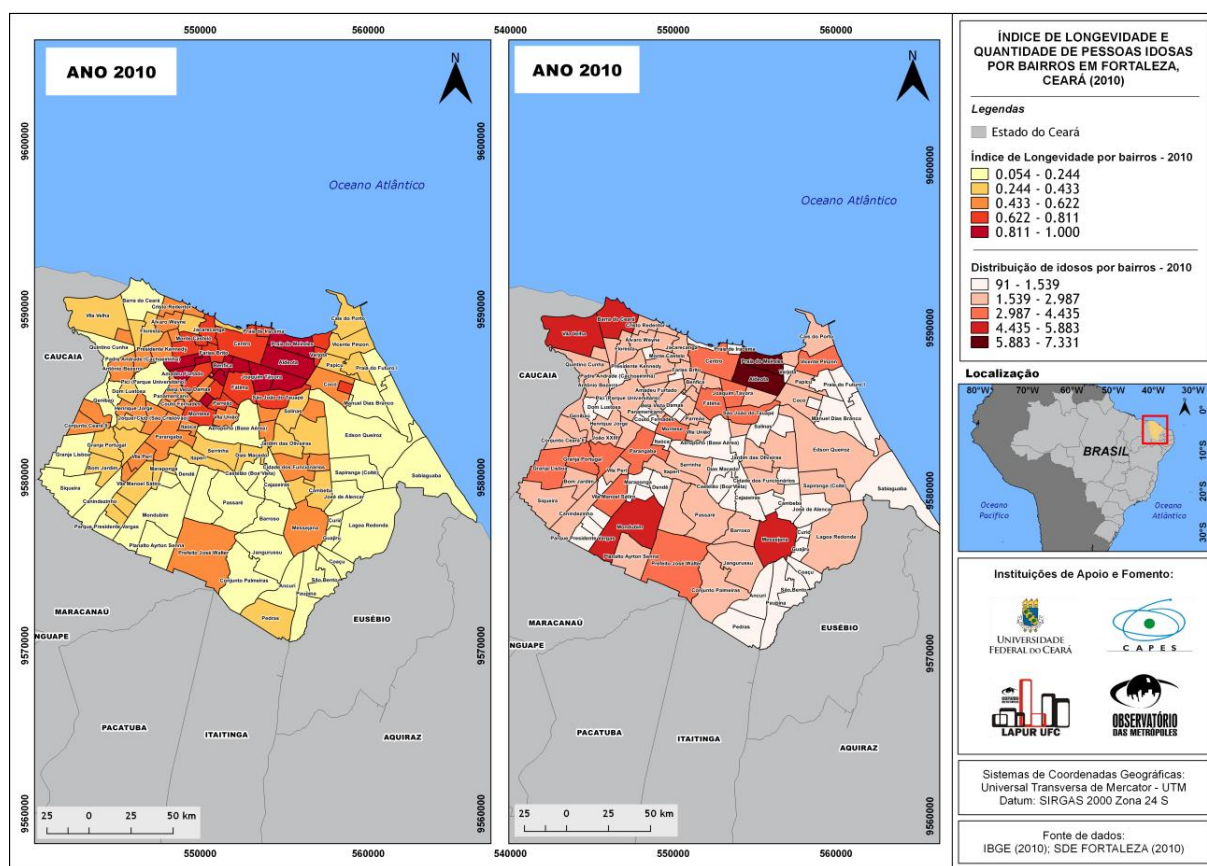
Há o vislumbre, além da irregularidade na distribuição geográfica dos idosos, dos grandes contrastes socioeconômicos entre essas duas parcelas da cidade, a impactarem diretamente no modo de vida da população, no seu acesso a serviços essenciais e na sua capacidade de enfrentamento e resiliência frente às crises, no caso, a da Covid-19. Do posto apreende-se um movimento paradoxal, a partir do qual os patamares superiores do contingente populacional idoso se concentram, sobremaneira nos bairros com IDH mais elevado, gerando um contexto no qual o índice de longevidade por bairro se concentre nos

³ “No Ceará, assim como em inúmeras partes do mundo, os idosos são a imensa maioria das vítimas silenciadas pela doença. No Estado, até junho, a proporção é que a cada 10 óbitos pela doença, 7 foram de pessoas com 60 anos ou mais. De março a junho, 6.180 pessoas perderam a vida no Estado devido à Covid-19. Destes, 4.578 eram idosos” (DIÁRIO DO NORDESTE, 2020).

mesmos, bem como naqueles relativos a bairros ocupados por um percentual significativo da classe média de Fortaleza (Figura 3).

O índice supramencionado considera a porcentagem da população residente nos bairros com idade superior a 64 anos. Ainda que haja uma divergência entre esse critério e o apontado pela OMS e outros instrumentos legais brasileiros, ao determinar como idoso (em países subdesenvolvidos) um indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, o indicador aqui apresentado revela também as desigualdades nas condições econômicas e sociais dos moradores e de salubridade dos bairros da cidade (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2014).

Figura 15 – Fortaleza (CE): Índice de longevidade e distribuição da população idosa, 2010



Fonte: IBGE, 2010, organizado por Autores (2019).

A título de exemplo, os bairros litorâneos Meireles e Barra do Ceará, com IDH 0,953 e 0,216, respectivamente, contam com elevados números absolutos de pessoas idosas. Estes bairros, com grandes diferenças socioeconômicas e de densidades populacional e habitacional, apresentam também uma nítida desigualdade quanto ao índice de longevidade. Enquanto os residentes no Meireles atingem a marca de 0,866 na dimensão longevidade (classe de 0,811-1,000), os moradores da Barra do Ceará, se inserem no patamar de 0,233, se enquadrando na faixa mais baixa (entre 0,054 e 0,244). Esses dados demonstram que, apesar do número absoluto de idosos na Barra do Ceará ser elevado, a proporção

destes frente à população total do bairro não é deveras significativa. Este percentual pode ser explicado pela pirâmide etária, com grande número de crianças e jovens, baixa esperança de vida, em razão da precariedade dos serviços de saúde, deficiência nos sistemas de esgotamento sanitário, violência, e etc.

Consequentemente somos induzidos a acreditar que o perfil demográfico é uma dimensão a considerar e vis-à-vis as discrepâncias socioeconômicas apresentadas em Fortaleza, cuja incidência impacta no como se deu a expansão da epidemia, instituindo, de um lado, áreas de adoecimento e a partir das quais o vírus foi difundido e, de outro lado, áreas cujo quantitativo de casos extremos (óbitos) se deu com força e ênfase, denotando a construção de um “colar da morte por Covid-19” (DANTAS; COSTA; SILVA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da cartografia, sua possibilidade de gerar mapas representativos da construção de um fenômeno, consistiu em um procedimento metodológico ímpar, embora disponha de alguns limites posto a pandemia ainda não ter findado no país, pelo contrário, nos inserimos em uma terceira onda, a ter como elemento propalador o sistema viário, rodoviário, as BR's e as CE's. As referidas geram fluxos a incorporarem em movimento rápido: i. os municípios a comporem a Região Metropolitana de Fortaleza; os núcleos urbanos mais importantes da malha urbana do Ceará, com possibilidade de adentrar em outros estados a manterem fortes relações com Fortaleza.

Consiste em uma aproximação a externalizar gravidade do evento na metrópole e a possibilitar apreender o comportamento notado e apreender, por extensão, um padrão de expansão que podemos caracterizar como brasileiro.

De um gênero de contaminação nutrida a partir dos fortes vínculos estabelecidos pelas metrópoles brasileiras com áreas contaminadas. Vínculos alavancados por homens de negócio e grupos de políticos ávidos no estabelecimento e consolidação de acordos políticos e comerciais; turistas, vilegiaturistas e esportistas amadores, desejosos em consumir os serviços oferecidos nos lugares turísticos.

A estabelecer uma filtragem característica, a partir da qual os espaços de moradia são incorporados como território de adoecimento. Os citados viajantes, provenientes do estrangeiro, ao manterem contato com serviçais, transformam os seus bairros em epicentro, propiciando migração do vírus para os bairros pobres, de alta vulnerabilidade socioeconômica.

Da característica do processo de modernização concentradora no país, tal gênero de migração da Covid-19, leva a instituição de outro gênero de território, no qual o número de mortes é numericamente superior aos dos bairros nobres. Em Fortaleza culmina na configuração de um “Colar da Morte por Covid-19”.

Por último, da perda de importância do planejamento urbano no controle de epidemias e pandemias. As discussões necessárias com a comunidade e a possibilitar implementação de ações necessárias na

resolução de problemas graves de infraestrutura e ambientais em áreas populares, são tomadas por uma fé cega na capacidade da ciência produzir medicamentos e vacinas. Embora muito tenha sido produzido sobre a problemática da vulnerabilidade socioambiental, poucos resultados práticos se efetivaram nas cidades brasileiras, cuja tônica da precariedade nos bairros populares ainda abunda.

Referências

AGÊNCIA BRASIL. **Só 21% de domicílios na região Norte escoam o esgoto pela rede geral**. 2019. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-05/so-21-de-domicilios-na-regiao-norte-escoam-o-esgoto-pela-rede-geral>>. Acesso em: 10 out. 2019.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS IBGE. **Norte e Nordeste convivem com restrições no acesso a saneamento básico**, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20979-norte-e-nordeste-convivem-com-restricoes-no-acesso-a-saneamento-basico>>. Acesso em: 10 out. 2019.

ALEDO, A. De la tierra al suelo: la transformación del paisaje y el Turismo Residencial. Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura. CLXXXIV, enero-febrero, p. 99-113, 2008.

CARLOS, ANA FANI ALESSANDRI. Espaço-Tempo da Vida Cotidiana na Metrópole. 2ª. ed. São Paulo: FFLCH/USP, 2017.

CAZES, G. Fondements pour une géographie du tourisme, Édition Bréal, 1992

DANTAS, E. W. C. Coastal Geography in Northeast Brazil: analyzing Maritimity in the Tropics. 1. ed. Berlin: Springer, 2016. (STUDART, XXXX)

Covid-19: óbitos de idosos deixam efeitos sociais nas demais gerações. Jornal Diário do Nordeste, Fortaleza, 3 jul. 2020. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/Covid-19-obitos-de-idosos-deixam-efeitos-sociais-nas-demais-geracoes-1.2962472>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

DANTAS, E. W. C. Le Nordeste déconstruit ou reconstruit ?. Outre-Terre, v. 1, n. 56, p. 200-221, set. 2019. <https://doi.org/10.3917/oute2.056.0200>

DANTAS, E. W. C.; COSTA, M. C. L.; SILVA, C. L. S. da. Fortaleza, de uma contaminação derivada dos lugares turísticos à transformação dos espaços de moradia em territórios de adoecimento e de morte. Confins, Paris, v. 1, n. 45, p. 1-18, 2020. <https://doi.org/10.4000/confins.29971>

DANTAS, E. W. C.; COSTA, M. C. L.; Zanella, Maria Elisa. Vulnerabilidade socioambiental e qualidade de vida em Fortaleza. 1. ed. Fortaleza: Imprensa Universitária - UFC, 2016. v. 1. 128p SANTOS, M. Espaço e método, 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

FLORES, T. G.; LAMPERT, M. A. Por que idosos são mais propensos a eventos adversos com a infecção por COVID-19? *Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia*, Manaus, v. 10, p. 1-2, 2020.

Hospitais e unidades - Rede Sesa- CE. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/ultimas-noticias/servico/hospitais-e-unidades>. Acesso em: 25 jul 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual. Tabela 6407: População residente, por sexo e grupos de idade, 2019. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6407>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábuas completa de mortalidade para o Brasil: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 26 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Annual. Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores, 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20978-pnad-continua-de-2016-para-2017-centro-oeste-puxa-reducao-no-abastecimento-diario-de-agua-do-pais>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

INTEGRASUS. Indicadores Coronavírus. 2020. Disponível em: <<https://indicadores.integrasmus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus>>. Acesso em: 10 jun. 2020>.

Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

PEREIRA, Sheila Duarte. Conceitos e Definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2020.

PEREIRA, A. Q. Coastal Resorts and Urbanization in Northeast Brazil. 1. ed. Basel, Switzerland: Springer International Publishing, 2020.

SANTOS, M. Espaço e método, 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997. SILVA, J. B. Os incomodados não se retiram. Fortaleza: Multigraf, 1992.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Boletins Epidemiológicos. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Desenvolvimento humano, por bairro, em Fortaleza. Fortaleza: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, 2014.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Canal Saúde. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/hospitais>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

REDE INTERMUNICIPAL DE COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO. 3ª Conferência Habitat realiza-se em outubro de 2016. 2016. Disponível em: <http://www.redesparaodesenvolvimento.org/pt/noticia/conferencia_habitat_savethe_date>. Acesso em: 2016.

URBAIN, J.D. L'Idiot du voyage : Histoires de touristes. 2002.

ANEXO:

Quadro 2: Taxa de letalidade (Nº de Mortos Por 100 Casos Confirmados), conforme IDH dos Bairros de Fortaleza

IDH BAIRRO	Taxa de Letalidade	Bairros Abaixo Média Cidade	Bairros Por Ordem de Importância, do melhor posicionado ao pior posicionado	Bairros Acima Média Cidade	Bairros por ordem de importância, do pior posicionado ao melhor posicionado
---------------	--------------------	-----------------------------	---	----------------------------	---

0,7001 a 0,9531	4,5	7	Varjota, Praia de Iracema, Dionísio Torres, Meireles, Aldeota, Cocó e Guararapes	1	Mucuripe
0,5001 a 0,7000	7,8	17	Amadeu Furtado, Parreão, Joaquim Távora, Papicu, Cidade 2000, Damas, José Bonifácio, Engenheiro Luciano Cavalcante, São Gerardo, Parquelândia, Benfica, Fátima, Parque Manibura, Cidade dos Funcionários, Parque Iracema, Cambéba e De Lourdes	3	Parque Araxá, Bom Futuro e Centro
0,3501 a 0,5000	11,8	11	Conjunto Ceará I, Parangaba, Jardim América, Jôquei Clube, Messejana, Montese, Rodolfo Teófilo, Maraponga, Edson Queiroz, Itaperi e Salinas	17	Couto Fernandes, Farias Brito, Jacarecanga, Álvaro Weyne, Conjunto Ceará II, Tauape, Itaoca, Bela Vista, Prefeito José Walter, Presidente Kennedy, Vila União, Panamericano, Ellery, Demócrito Rocha, Monte Castelo, José de Alencar e Padre Andrade
0,2501 a 0,3500	13,3	9	Praia do Futuro I, Henrique Jorge, Sapiranga/Coité, Jardim das Oliveiras, Pedras, Boa Vista/Castelão, Manuel Dias Branco, Alto da Balança e Cajazeiras	24	Parque São José, Vila Velha, Moura Brasil, Jardim Iracema, Cristo Redentor, João XXIII, Aerolândia, Vicente Pinzón, Guajeru, Carlito Pamplona, Jardim Guanabara, Bonsucesso, Antônio Bezerra, Manoel Sátiro, Dom Lustosa, Coaçu, Parque Dois Irmãos, Vila Peri, Lagoa Redonda, Conjunto Esperança, Jardim Cearense, Serrinha, Sabiaguaba e Dias Macêdo
0,1195 a 0,2500	12,6	10	Barroso, Conjunto Palmeiras, Dendê, Parque Santa Rosa, Parque Presidente, Vargas, Jangurussu, Paupina, Passaré, São Bento e Praia do Futuro II	18	Pirambu, Autran Nunes, Granja Lisboa, Planalto Ayrton Senna, Aeroporto, Cais do Porto, Granja Portugal, Barra do Ceará, Quintino Cunha, Bom Jardim, Ancuri, Genibaú, Siqueira, Pici, Canindezinho, Floresta, Mondubim e Curió
Não Analisados	14,2	1	Parque Santa Maria	3	Olavo Oliveira, Aracapé e Novo Mondubim
Fortaleza	10,7	55		66	



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

*Observatório das Metrôpoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

PANORAMA E CONTEXTO DA REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA

Adão Francisco de Oliveira
Aristides Moysés
Celene Cunha Antunes Monteiro Barreira
Débora Ferreira da Cunha
Elcileni de Melo Borges
Élis Gardel da Costa Mesquita
Elis Veloso Portela Araújo
Juliana Gomes da Silva de Melo
Karla Emmanuela Ribeiro Hora
Lorena Cavalcante Brito
Maria Angélica de Sousa Santos
Roberta Silva Marques
Yordana Dias das Neves Naciff

Goiânia
Julho de 2020



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO



UFG



IESA



Centro Integrado de Pesquisa em Planejamento Geográfico
CIPGeo

SEDI
Secretaria de
Estado de
Desenvolvimento
Econômico e
Inovação



Somos todos
GOIÁS
GOVERNO DO ESTADO

Resumo

A presente análise esboça o panorama da Covid-19 no Estado de Goiás, sua evolução entre as diferentes regiões e a dimensão socioterritorial da pandemia no contexto da Região Metropolitana de Goiânia – RMG, a mais afetada no Estado. Empreende ainda uma síntese das relações estabelecidas para enfrentamento da Covid-19, principais medidas adotadas, as articulações locais, omissões e insuficiências da política pública em voga.

Palavras-chave: Pandemia de Covid-19; dimensão socioterritorial; omissões estatais.

Abstract

The present analysis outlines the panorama of Covid-19 in the State of Goiás, its evolution between the different regions and the socio-territorial dimension of the pandemic in the context of the Metropolitan Region of Goiânia - RMG, the most affected in the State. It also undertakes a synthesis of the relationships established to face Covid-19, the main measures adopted, the local articulations, omissions and shortcomings of the current public policy.

Keywords: Covid-19 pandemic; socio-territorial dimension; state omissions.

INTRODUÇÃO

O enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus, doença respiratória viral (SARS-COV-2), e da sua rápida disseminação em escala global, exigem o aperfeiçoamento das políticas públicas, em todas as esferas de governo, visando a urgente execução de ações que contemplem, além de medidas de saúde pública, os aspectos sociais, econômicos e a dimensão territorial da pandemia, uma vez que as profundas desigualdades e diferentes níveis de vulnerabilidades socioespaciais demandam estratégias adequadas às especificidades de cada área urbana (COSTA, et al., 2020).

Concebe-se que a população pobre é a mais afetada pela pandemia, em todo o mundo. Sem condições sanitárias adequadas, os assentamentos precários e domicílios localizados em territórios populares aumentam a vulnerabilidade das famílias, por vários fatores: adensamento excessivo, precariedade das moradias, déficit de acesso a serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, condições de ventilação inadequadas etc. Para grande parte dessas populações as principais recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para evitar o contágio da Covid-19, como lavar as mãos, higienização e distanciamento social, são impraticáveis. A estratégia *#fiqueemcasa* não é uma opção factível para quem precisa enfrentar diariamente grandes distâncias casa/trabalho no transporte público superlotado.

Nesses termos, a presente análise esboça o panorama da Covid-19 no Estado de Goiás, sua evolução entre as diferentes regiões e a dimensão socioterritorial da pandemia

no contexto da Região Metropolitana de Goiânia – RMG, a mais afetada no Estado. Observando-se seus primeiros impactos, seja no aumento do desemprego, fechamento de atividades, interrupção de ocupações informais, necessidade de moradia e abrigo, de renda emergencial, condições socioambientais dos moradores, abastecimento agroalimentar, impactos sobre as mulheres, déficit de mobilidade urbana etc., ou mesmo em termos de condições sociais de acesso aos serviços de saúde. Empreende uma síntese das relações intragovernamentais estabelecidas para enfrentamento da Covid-19, as principais medidas adotadas pelos governos (federal, estadual e municipais), as articulações locais de formação de redes de solidariedade com setor privado e ONGs, as omissões estatais e insuficiências da política pública em voga.

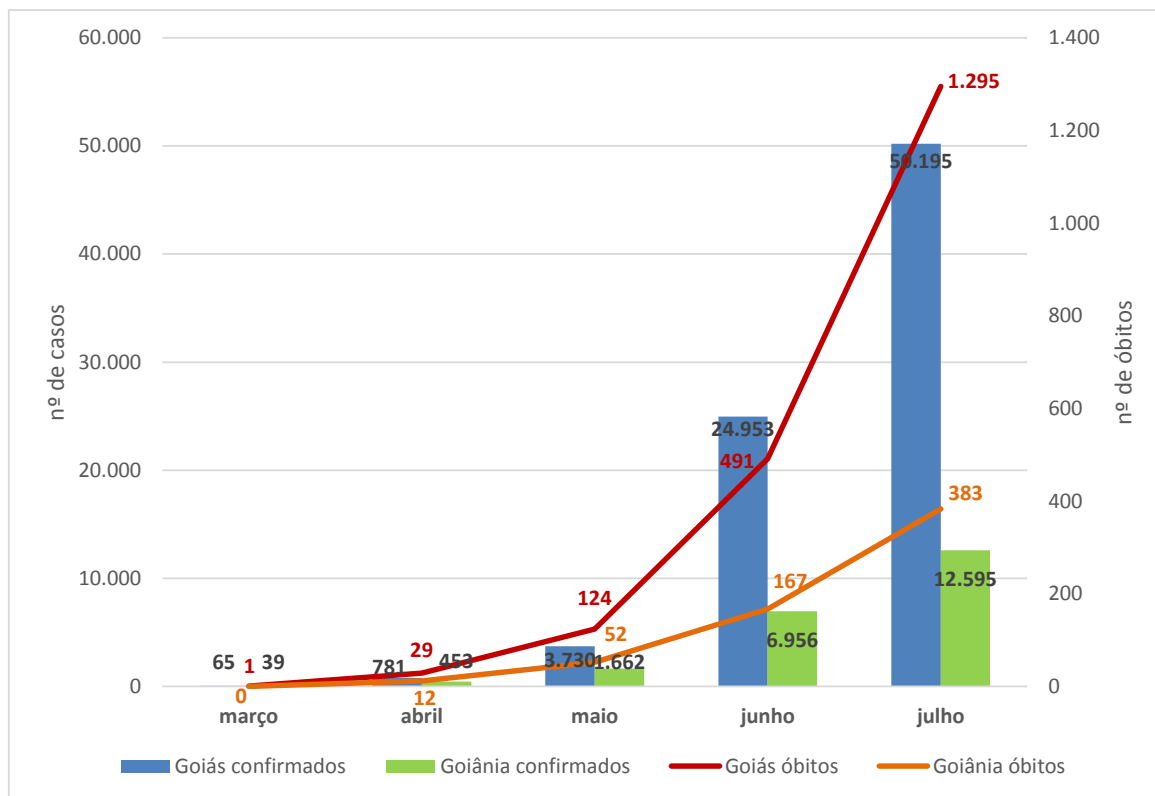
1) Panorama da pandemia de Covid-19 no Estado de Goiás

A confirmação dos primeiros casos do novo Coronavírus no Brasil, ao final de fevereiro de 2020, e a sua rápida disseminação, tem causado enormes impactos no país. Diante da ausência de coordenação política do governo federal nas ações de prevenção do contágio e combate à pandemia, ganham destaque no cenário nacional as ações para controlar o avanço da Covid-19 por iniciativa dos Estados, Distrito Federal e municípios.

O Estado de Goiás registrou o primeiro caso de infecção pela Covid-19 no dia 02 de março de 2020, segundo o *Informe Epidemiológico sobre o Coronavírus 2019 (Covid-19)*, de 27/03/2020, da Secretaria de Estado da Saúde – SES. Como aconteceu no Brasil, via de regra, os primeiros casos no território goiano se deram em pessoas de classe média/média-alta que voltaram de viagens ao exterior ou de outros estados, notadamente no Centro-Sul do país. Constatando-se dois eixos vetoriais de contaminação: vertical, pela via aérea através dos primeiros infectados ao retornarem das viagens supra mencionadas, e horizontal, pelas seguintes dinâmicas: contágio familiar, laboral, comunitário e/ou rodoviário.

Com uma população aproximada de 7 milhões de habitantes (IBGE, 2020), distribuída em 246 municípios, Goiás tem 55% de sua população concentrada na Região Metropolitana de Goiânia (RMG) e Região do Entorno do Distrito Federal (RIDE-DF), notadamente na capital Goiânia (22%). Segundo informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, estas regiões concentravam em junho/2020, 56% dos casos de Covid-19 em Goiás (com 2,1% de letalidade). Pela atualização diária dos dados realizado pela SES, em 22 de julho de 2020, Goiás tinha 50.915 casos confirmados, com 1.295 óbitos. O Gráfico 1, mostra em curva ascendente, com a evolução do total de casos confirmados e de óbitos por Covid-19, em Goiás e Goiânia, entre março e julho de 2020.

Gráfico 1 – Total acumulado de casos confirmados e óbitos de Covid-19 em Goiás e Goiânia



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde – Goiás, 2020.

A distribuição espacial da Covid-19 entre os municípios goianos e seu avanço no território (Figura 1), se manifesta em pontos concentradores que representam 66% dos casos, como mostra o quadro comparativo mensal da evolução da Covid-19 em Goiás, conforme dados da SEG Goiás e da Plataforma *Covid Goiás UFG*,¹ desenvolvida por pesquisadores do Laboratório de Processamento de Imagens e Geoprocessamento – Lapiq. A Figura 1, se compõe de quatro mapas com resultados parciais de referência aos meses de março a junho/2020.

O primeiro mapa (1º parcial – Março/2020), com informações acumuladas até 31 de março, mostra as ocorrências iniciais de contaminação nos principais polos urbanos do Estado, que foram evoluindo até junho, com o registro dos índices mais elevados: Goiânia é o epicentro com maior número de casos (30%); seguida por Rio Verde (20%), no Sudoeste Goiano (BR 060); Aparecida de Goiânia (9%), Anápolis (3%), Águas Lindas de Goiás (3%). Expandindo para Catalão e Silvânia, no Sudeste Goiano (Estrada de Ferro), Goianésia e Anápolis, na região Centro Goiano (Eixo BR-153) e Luziânia, no Entorno do DF. Todas essas cidades possuem dinâmica própria de articulação com o Centro-Sul do país, pelas principais rodovias e portos de exportação. Estão localizadas em quatro regiões do Estado –

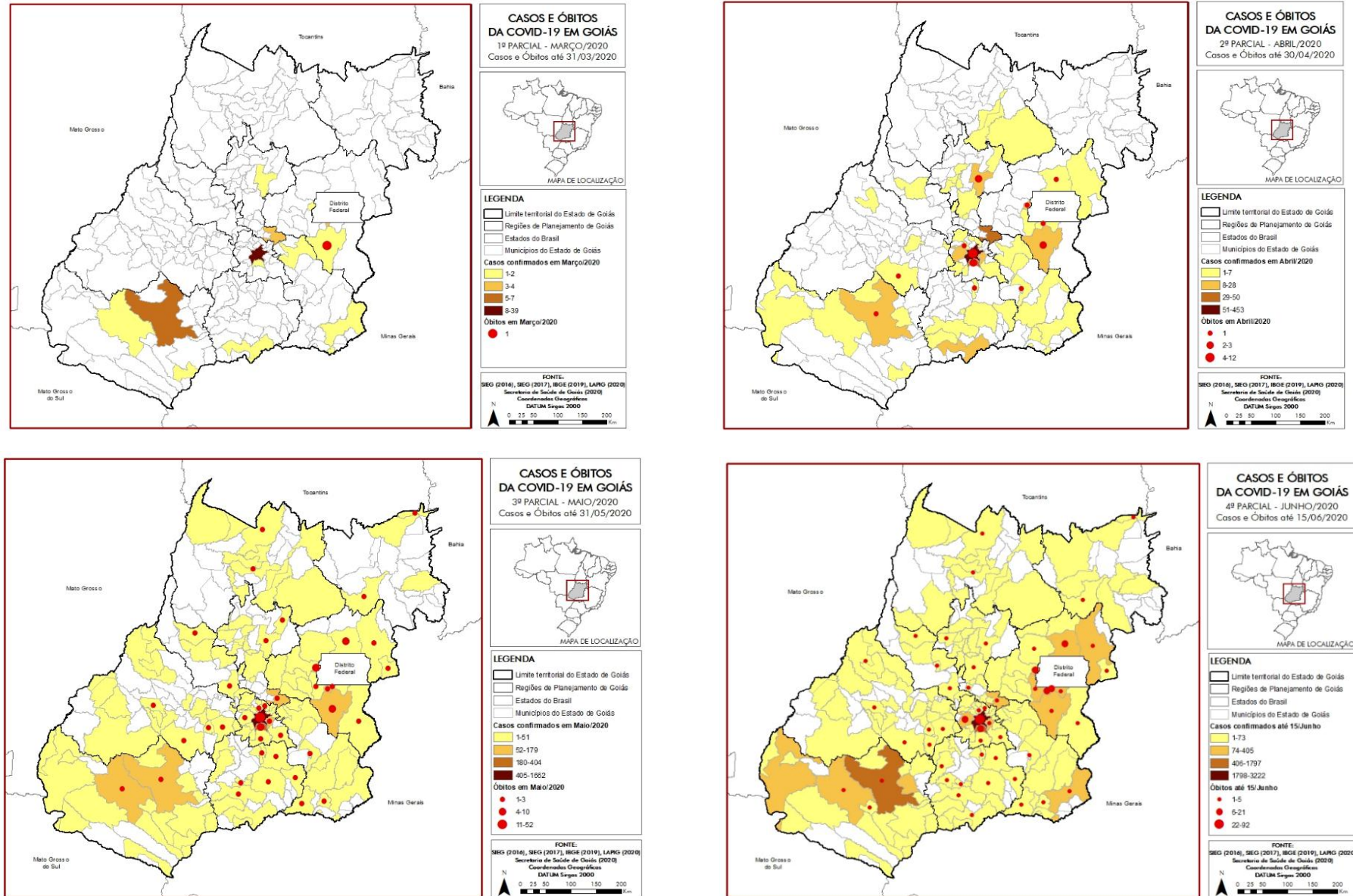
¹ Os dados podem ser acessados em: <https://covidgoias.ufg.br/#/map>. Acesso em 20 de junho de 2020.

RMG, RIDE DF, Centro e Sudoeste, destacadas no estudo de Cunha (2017) como as espacialidades mais relevantes de Goiás, constituindo os principais elos da rede urbana regional (IBGE, 2018), se caracterizam nós e vetores de propagação do vírus, através das interações espaciais de curto e médio alcance geográfico, relacionadas a circulação de pessoas, mercadorias e informações.

O segundo mapa (2º parcial – Abril/2020), com informações acumuladas até 30 de abril de 2020, mostram como a Covid-19 se interioriza em Goiás a partir das cidades polos, destacando duas situações específicas: a primeira, é a propagação do contágio comunitário na RMG, especialmente, em função da dinâmica metropolitana de interação e articulação cotidiana do polo com os demais municípios, expressa, via de regra, pela pendularidade do processo de trabalho. Nesse caso, o principal meio de contaminação é o transporte coletivo, espaço inevitável de aglomeração e contato físico; a segunda é a contaminação rodoviária a partir das polarizações urbanas regionais.

O destaque do terceiro mapa (3º parcial – Maio/2020), referente ao acumulado até 31 de maio de 2020, é a proliferação do número de óbitos por Covid-19 no Estado de Goiás (representado pelos círculos vermelhos) seguindo a lógica da dinâmica econômica regional: eclosão na porção sudeste/oriental e baixa incidência na porção noroeste/ocidental, como mostrou Oliveira e Barreira (2020). Nessa perspectiva, ao comparar os mapas das 2º e 3º parciais (Figura 1), nota-se aumento de 781 para 3.702 casos de Covid-19 (374%), e aumento de 29 para 124 óbitos (327,5%), com maiores concentrações de óbito na RMG e no Entorno do DF. Por outro lado, verifica-se uma situação que, no contexto do novo Coronavírus, tem sido comum em todo Brasil: a posterioridade de contaminação por Covid-19 nas regiões menos dinâmicas. É o que acontece em toda a faixa do Estado de Goiás: baixo índice de contaminação nas regiões Oeste, Noroeste e Norte Goiano e ausência de contaminação, até essa data, na região Nordeste Goiano (divisa com Tocantins e Bahia).

Figura 1 – Evolução territorial e temporal de casos e óbitos da Covid-19 em Goiás (março a junho de 2020).



Seguindo a tendência de evolução geográfica da proliferação da Covid-19, o quarto mapa (4º parcial – Junho/2020), com dados até 15 de junho de 2020, indica o aumento dos casos: nas regiões Sudoeste Goiano, com destaque para a cidade de Rio Verde;² na região metropolitana de Goiânia, com aumento de casos nos municípios de maior integração a dinâmica metropolitana: Aparecida de Goiânia, Senador Canedo e Trindade. Em relação aos números de maio, conforme registros da SES, com atualização dos Casos de Doença pelo novo coronavírus (Covid-19) em Goiás, o número de casos confirmados subiu para 10.294 (178%) e 226 óbitos (salto de 82,2%).³ Chegando ao dia 30 de junho de 2020, com 24.523 casos confirmados e 437 óbitos, mais que o dobro de dez dias anteriores. Apontado no noticiário nacional e local como a UF com maior índice de aumento de novos casos de Covid-19,⁴ o sistema de saúde de Goiás passou a dar fortes sinais de colapso (taxa de ocupação dos leitos de UTI para Covid-19 próxima a 85%).

Em termos de infraestrutura de saúde, Goiás possui 1.437 leitos de UTI (CNES, 2019), dos quais 75% estão na RMG: destes 64% em Goiânia e 7% em Aparecida de Goiânia. Para ampliar a capacidade de atendimento a pacientes com a Covid-19, o Governo do Estado de Goiás, além da aquisição de equipamentos e EPIs, tem atuado na construção de hospitais de campanha e criação de novos leitos, distribuídos na capital e outras regiões do estado: três hospitais de campanha em Goiânia; um em Águas Lindas de Goiás (Entorno do DF) e um em Anápolis; na formalização de convênios para gerar novos leitos em: parcerias com o Hospital das Clínicas (HC) da UFG e a Maternidade Oeste, da Prefeitura de Goiânia, Porangatu, Itumbiara, Jataí, Formosa, São Luís de Montes Belos e Luziânia (Entorno do DF).

A difusão territorial da Covid-19 e o crescimento de casos e óbitos nos municípios goianos, coincide com o grau de aprofundamento ou relaxamento das medidas de isolamento adotadas pelo Governo Estadual e Municipais. O cenário político do Estado ganha contornos de conflitos a partir de discursos divergentes por parte dos executivos e legislativos municipais e forte pressão do empresariado, em especial da presidência da Federação das Indústrias do Estado de Goiás – FIEG, para

² O caso de Rio Verde, com uma população de 365 mil habitantes (IBGE, 2020), foi destacado no noticiário nacional como um surto de coronavírus registrado na fábrica da *BRFood* Brasil (produtos das marcas Perdigão, Sadia e outras), em que um grande número de funcionários foram contaminados com covid-19, levando a Prefeitura municipal, com intervenção do Ministério Público, a desenvolver, em parceria com a empresa, um plano que os epidemiologistas denominam de *testagem em massa* com “*contact tracing*” (rastreamento de contatos), com 8,5 mil funcionários, para proceder aos isolamentos necessários e tentar frear a propagação local do coronavírus.

³ Os dados podem ser acessados em:

<https://extranet.saude.go.gov.br/pentaho/api/repos/:coronavirus:paineis:painel.wcdf/generatedContent>

⁴ Referindo aos dados da plataforma *Brasil.io*, matéria de ALCANTARA (2020).

retomada das atividades econômicas e reabertura do comércio, restringidas pelo decreto de emergência na saúde pública (nº. 9.633, de março de 2020), mas flexibilizadas pelo decreto nº 9.653, de abril de 2020), delegando aos municípios maior autonomia para decidir as medidas de combate à pandemia, relaxando o isolamento e adotando medidas protetivas, como uso obrigatório de máscaras e realização de inquérito sorológico (a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia realizou 9,1 mil testes, divididos em 3 fases).

Para os pesquisadores do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – IPT/UFG, que inclui médicos epidemiologistas e biólogos, os dados de projeção de cenários epidemiológicos da Covid-19 em Goiás, elaborado a partir das informações da SES/GO, demonstram claramente que o isolamento é fator fundamental para impedir o avanço do novo Coronavírus nos territórios (Toscano *et al.*, 2020), concluindo que as medidas de isolamento adotadas pelo governo de Goiás, em março, contribuíram para redução da velocidade de transmissão do SARS-CoV-2 no mês de abril.⁵

De fato, entre 21 de abril e 05 de maio, dos 246 municípios goianos, 236 apresentaram tendência na redução do isolamento social. Inicialmente, Goiás registrou mais de 60% de índice de isolamento social, com significativa redução de circulação nas cidades, diminuindo continuamente até os atuais 35%.⁶ Esse cenário caótico, e o alerta da equipe da UFG, de saturação do sistema de saúde, levou o Governo de Goiás a estabelecer *lockdown* intermitente, de 14 por 14 dias, a partir de 30 de junho de 2020 (decreto nº 9.685/2020), visando conter o avanço da contaminação pelo novo Coronavírus no Estado. Sendo seguido por igual iniciativa pela Prefeitura de Goiânia.

2) Panorama da pandemia de Covid-19 na Região Metropolitana de Goiânia

O maior índice de contaminação no município de Goiânia (30% dos casos de Goiás) se justifica por sua dinâmica metropolitana: concentração de serviços, polo de negócios, indústrias e, por decorrência, intercâmbio, cultura e encontros. Composta por 21 municípios (LCE nº 139/2018) a Região Metropolitana de Goiânia (RMG) soma um contingente de 2,6 milhões de habitantes, o que representa 37,2% da população

⁵ Ao todo são 5 Notas Técnicas, cujo objetivo é a elaboração de modelo de simulação (ABM-COVID-GO-III), ou seja, uma modelagem de expansão espaço-temporal da Covid-19 em Goiás em diferentes cenários de isolamento e distanciamento social, visando subsidiar tomadas de decisão em políticas públicas a serem adotadas para o enfrentamento do novo Coronavírus.

⁶ Base de dados da In Loco, elaborada a partir de geotecnologia de localização em *softwares* embarcados em mais 60 milhões de celulares, num score de isolamento social desde que as cidades começaram a decretar *lockdowns*. In: <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/>. Acesso em 20/06/2020.

estadual, concentrando 36% do Produto Interno Bruto de Goiás (IMB, 2016). Já a população de Goiânia em relação à região metropolitana representa 58% (IBGE, 2020).

A RMG foi a primeira região do Estado de Goiás que diretamente disseminou a contaminação do novo Coronavírus pelos dois eixos vetoriais de transmissão da Covid-19: o vertical e o horizontal (em todas as suas expressões), registrando em 22 de junho de 2020, 7.118 casos confirmados. O panorama da evolução da Covid-19 no território metropolitano pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Evolução dos casos da Covid-19 na RM de Goiânia: Março a Junho/ 2020

Município	27/mar	31/mar	14/abr	28/abr	12/mai	28/mai	10/jun	22/jun
Goiânia	28	39	160	392	585	1304	2775	4824
Abadia de Goiás	0	0	0	0	0	6	12	22
Aparecida de Goiânia	2	2	6	29	76	270	754	1506
Aragoiânia	0	0	0	2	2	2	8	12
Bela Vista de Goiás	0	0	1	3	9	26	31	43
Bonfinópolis	0	0	0	0	0	2	7	8
Brazabrantes	0	0	0	0	0	1	1	3
Caldazinha	0	0	0	0	0	0	1	1
Caturai	0	0	0	0	1	1	1	2
Goianápolis	0	0	0	0	0	2	7	19
Goianira	0	0	1	1	3	4	6	8
Guapó	0	0	1	1	1	7	13	18
Hidrolândia	1	1	1	1	1	19	39	54
Inhumas	0	0	0	3	5	7	35	118
Nerópolis	0	0	1	3	7	9	9	10
Nova Veneza	0	0	1	1	1	3	3	5
Santa Bárbara de Goiás	0	0	0	0	0	0	0	0
Santo Antônio de Goiás	0	0	0	0	1	1	2	21
Senador Canedo	0	0	1	8	16	54	191	301
Terezópolis de Goiás	0	0	0	0	0	1	5	10
Trindade	0	0	4	11	23	38	79	133
Total RMG	31	42	177	455	731	1757	3979	7118
Total Goiás	49	65	283	661	1114	2671	7380	16.326

Fonte: SES-GO/ Boletins Epidemiológicos Covid-19; Atualização dos casos de doença pelo Coronavírus (Covid-19) em Goiás.

Em que pese a RMG se constituir no principal foco de contaminação no Estado de Goiás, não apenas por sua densidade demográfica, mas também pela integração entre os municípios, ao longo desse período de disseminação do novo Coronavírus, houve uma tendência de maior crescimento nos números do total do Estado de Goiás do que naqueles referentes à RMG. Isso se explica muito fortemente tanto pelas medidas político-administrativas de distanciamento social adotadas pelos governos municipais, quanto pela rápida propagação do vírus no Entorno do DF e no Sudoeste Goiano.

A evolução da contaminação da Covid-19 na RMG se deu, como é de se esperar, primeiramente nos municípios de maior integração com o polo metropolitano: Aparecida de Goiânia, Senador Canedo e Trindade. Somente Goiânia e Aparecida de

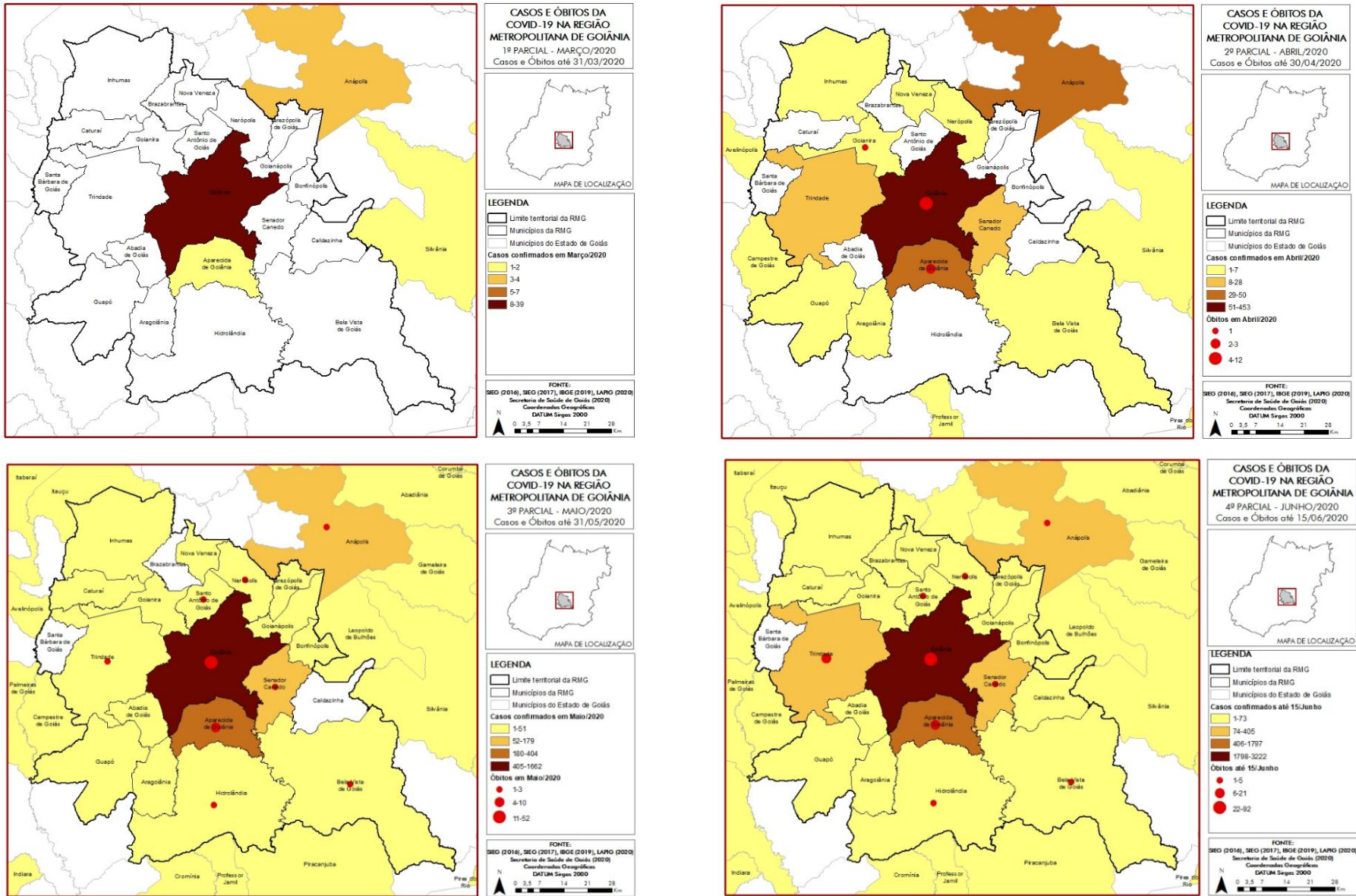
Goiânia acumulavam em junho/2020, 89% dos casos confirmados da região (68% e 21%) e 40% dos casos de Goiás; em relação aos óbitos são 91% da RMG e 47% do estado (Tabela 1). Somando os registros em Senador Canedo, Trindade e Inhumas, totalizavam 97% dos casos da RMG. O movimento pendular de trabalhadores nesses municípios realizado diariamente pela dinâmica produtiva produz, dentro da RMG, uma sub-regionalização e influencia fortemente na manifestação dos números de infecção.

A Figura 2 apresenta distribuição espacial e temporal de casos e óbitos da Covid-19 na RMG, de março a junho de 2020. Os casos confirmados na RMG mostram um comportamento espacial de dispersão do novo coronavírus, embora concentrado na conurbação Goiânia, Aparecida de Goiânia, Senador Canedo e Trindade. A RMG apresenta alta pendularidade intrametropolitana, 84% dos fluxos pendulares da região ocorrem no espaço intrarregional metropolitano; com 86% dos fluxos de entrada em Goiânia e 80% dos fluxos de saída do entorno metropolitano (CUNHA, 2017). Pela elevada movimentação metropolitana, a disseminação espacial da doença na região, segue o padrão de rede tipo 'múltiplos circuitos', com intensa circulação diária entre esses municípios, por fluxos e conexões de curto alcance geográfico, associados à localização da moradia e das atividades produtivas, analisado em Cunha (2017).

Quase dois meses após o registro do primeiro infectado na RMG, ocorrido em Goiânia, um total de 10 dos 21 municípios da região ainda não haviam registrado ocorrência de Covid-19. Passado mais um mês, o número de municípios sem registro de contaminação por Covid-19 caiu para três: Santa Bárbara, Caldazinha e Brazabrantes. Cabe ressaltar que Caldazinha e Brazabrantes são municípios fora de rota para grandes centros produtores ou de atração turística. Porém, Santa Bárbara de Goiás é rota de ligação da capital goiana a centros sub-regionais dinâmicos e concentra, no trecho de corte da rodovia GO-060 em sua zona urbana, um pequeno mercado bastante aquecido. Adentrando o mês de junho, somente Santa Bárbara de Goiás não registrou nenhum caso de Covid-19. Chama a atenção, ainda, o caso do município de Trindade, com número de óbitos se aproximando aos de Aparecida de Goiânia (conforme mapas da evolução mensal da Covid-19, Figura 2).

A evolução da Covid-19 no território da metrópole Goiânia, e de sua região metropolitana, assim como os impactos econômicos da crise ocasionada pelo novo Coronavírus, especialmente sobre a condição ocupacional e alternativa de renda das famílias de menores rendas, é ainda mais preocupante quando olhamos para as condições sociais de seus habitantes e para os indicadores de infraestrutura urbana existentes na RMG.

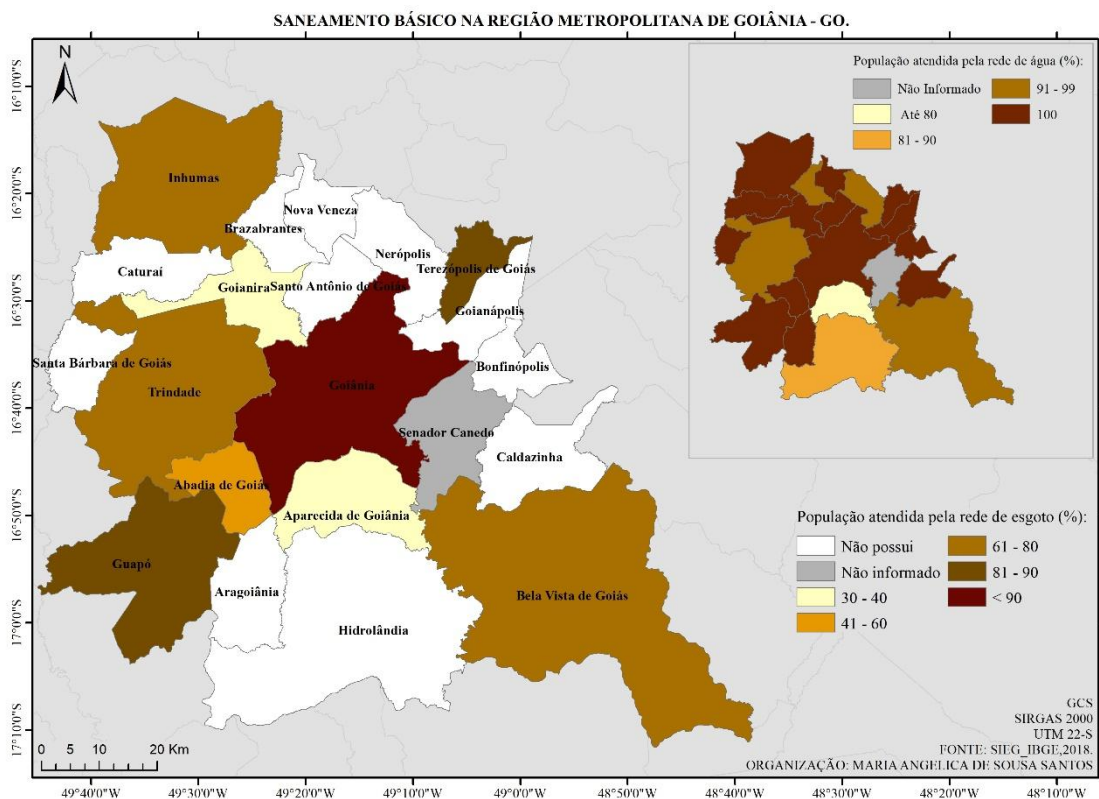
Figura 2 – Evolução territorial e temporal de casos e óbitos da Covid-19 na Região Metropolitana de Goiânia



A questão do saneamento básico é um grande desafio na RMG, especialmente frente à crise sanitária decorrente da Covid-19, pois se trata de um fator fundamental para a garantia de higiene e prevenção de contágio pelo novo Coronavírus. Conforme dados do IBGE, no caso do esgoto sanitário, menos da metade dos municípios apresentam uma rede de atendimento à população – sendo que apenas Goiânia possui uma cobertura maior que 90%. Em relação à cobertura de água tratada a maior parte dos municípios apresenta cobertura total, no entanto chama a atenção o caso de Aparecida de Goiânia, com apenas 77% da população atendida por esse serviço, ver Figura 3.

Em relação as atividades econômicas, o setor de serviços tem a maior participação na estrutura do PIB da maioria dos municípios da RMG, seguido pelo setor industrial (IMB/SegPlan/IBGE). São esses os dois ramos mais afetados pela pandemia da Covid-19, deixando milhares de pessoas desempregadas ou sem qualquer fonte de renda, tendo em vista os trabalhadores autônomos e quantidade de pequenas e microempresas que participam ativamente desses setores. Esses segmentos não receberam qualquer apoio do Governo Federal, embora vultosos volumes de empréstimos, a juros baixos, tenham sido prometidos, porém não efetivados.

Figura 3 – Saneamento básico na Região Metropolitana de Goiânia-GO



Fonte: SIEG, IBGE, 2018. Organização: Maria Angélica de Sousa Santos.

Considerando-se somente a segunda quinzena do mês de março de 2020, quando foi decretado o isolamento social, houve saldo negativo do emprego formal em quase todos os setores da economia no Estado de Goiás. Ressalte-se que o maior mercado de trabalho concentra-se na RMG, conforme mostram os números do Saldo de Empregos da Indústria em Goiás, medido pelo Cadastro Geral de Emprego – Caged, do Ministério da Economia. O setor de serviços foi o mais atingido pelas demissões em massa (- 8.639 vagas), seguido pelo comércio (- 7.590 vagas), indústria (- 1.727 vagas) e construção civil (- 892 vagas). Na indústria houve o fechamento de 1.816 vagas de emprego formal. A única exceção foi a categoria Agricultura, com geração de 690 vagas (Caged, 2020).

No setor de Serviços, as categorias mais atingidas pela pandemia da Covid-19 foram as atividades de alimentação e lazer que tiveram o maior impacto no saldo de empregos formais (- 3.269 vagas), com o agravante de que esses setores possuem uma enorme quantidade de trabalhadores informais. Em seguida aparece a diminuição de empregos na administração pública (- 3.131 vagas) e no setor de transportes (- 1.036 vagas). Outro dado que chama a atenção na análise das categorias componentes desse setor é o saldo referente ao serviço doméstico, que permaneceu estático, não tendo havido dispensas durante a pandemia. Mas cabe destacar que a maior parte dos trabalhadores domésticos no Brasil são mulheres, e, segundo estudo elaborado pelo IPEA e ONU Mulheres, cerca de 70% dessas trabalhadoras atuam na informalidade, sendo a falta de proteção social uma das marcas mais fortes que assolam essa categoria.

3) Ações governamentais para enfrentamento da Covid-19, condição social de acesso aos serviços de saúde e omissões estatais na RMG

Em termos de medidas de proteção social implementadas pelos governos estadual e municipais, diversas iniciativas e campanhas de combate ao novo Coronavírus vem sendo implementadas, a maioria no campo da assistência social, visando garantir a segurança alimentar das famílias em situação de vulnerabilidade. O Cadastro Único (CadÚnico), do governo federal, tem sido o parâmetro usado no planejamento para distribuição de cestas básicas de alimentos, material de higiene e limpeza (álcool 70%), pela Organização das Voluntárias do Estado de Goiás – OVG, enfocando os territórios populares e populações predominantemente carentes. Inicialmente foram priorizadas as regiões: Oeste (Jardim Cerrado e Vera Cruz); Noroeste (Setor São Carlos, Bairro Floresta e Bairro da Vitória); Norte (Residencial Vale dos Sonhos, Residencial Bela Goiânia, Jardim Guanabara I, Jardim Pompeia, Setor Asa Branca e Setor Vale da Serra); posteriormente a campanha foi

estendida para outras localidades e para outros municípios da RMG (Aparecida de Goiânia, Senador Canedo e Trindade).⁷

De parte da Prefeitura de Goiânia se destacam as ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Assistência Social – Semas e Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Políticas Afirmativas (SMDHPA), que vão além da distribuição de cestas básicas alimentares nos territórios populares. Em atendimento a uma solicitação judicial provocada pela Defensoria Pública de Goiás,⁸ a Semas implementou um conjunto de ações para garantir o abrigo e acolhimento das populações em situação de rua, como a instalação de pontos de higienização/chuveiros móveis, a garantia de atendimento e isolamento destas populações, em caso de sintomas de Covid-19, a realização de testes de prova de Covid-19, e vacinação de H1N1.

Em levantamento realizado em abril de 2020, *cerca de 200* pessoas em situação de rua estavam abrigadas em pelo menos três locais fornecidos pela Prefeitura: Casa de Acolhida Cidadã I e II; Residencial Niso Prego, específico para crianças, no Setor Goiânia 2; e 20 barracas de lonas/acampamento, com capacidade para até duas pessoas, contendo cobertores e colchonetes, disponibilizadas no Mercado aberto da Rua 74. Para outros 200 moradores de rua, que por razões pessoais recusam os abrigos, foram disponibilizados serviços de higienização em mais três pontos: *Cepal do Setor Sul, Cepal do Jardim América e, por último, Cepal do Setor Campinas.*⁹

Outra iniciativa para dar sustentação a estratégia de acolhimento da população de rua de Goiânia, também movida pela Prefeitura municipal, é o aluguel de um hotel popular na região do setor Campinas, com capacidade de atendimento à sessenta pessoas, com valor das diárias fixadas em R\$ 11 a serem pagas pelo Tesouro Municipal (SALGADO, 2020). Além dessas populações vulneráveis, a Semas informou que em Goiânia, atualmente, existem 35 mil famílias cadastradas no Bolsa Família que, automaticamente, passarão a receber o auxílio emergencial do Governo Federal, a secretaria está oferecendo orientações e esclarecimentos sobre benefícios às famílias e realizando novas inscrições no CadÚnico, através de atendimentos presenciais por agendamento, com intuito de evitar aglomeração de pessoas.

⁷ Um *pool* de instituições participa na campanha de combate ao Coronavírus desenvolvida pela OVG: órgãos públicos (diversas Secretarias, Agências, Tribunais de justiça, Polícia, Bombeiros etc.), universidades, empresas privadas, sistema “S”, sindicatos, centenas de entidades sociais/Ong’s, e até a Embaixada da Espanha em Brasília.

⁸ A matéria completa sobre esta petição pode ser vista em OLIVEIRA (2020).

⁹ Os dados foram mostrados por PINHEIRO (2020).

Quanto às ações específicas para a questão da moradia vale mencionar os esforços da Agência de Habitação - Agehab, em diversas frentes¹⁰ implementação de ações para evitar paralisação de obras (várias obras em parceria com o Governo Federal, sob sua administração direta), adoção de protocolos rigorosos para garantir a segurança dos trabalhadores nos canteiros de obras; prorrogação de convênios habitacionais com vencimento entre abril e junho de 2020, por mais 12 meses (construção e reforma), visando possibilitar a conclusão das obras em vista de atrasos causados pela pandemia; chamamento público para construção de 2 mil novas moradias em parceria direta com municípios (investimento estadual previsto de R\$ 40 milhões, oriundos de Crédito Outorgado de ICMS, Fundo Protege, e emendas parlamentares).¹¹

No âmbito da moradia social na RMG, que acumula um déficit habitacional quantitativo em torno de 95 mil unidades (FJP, 2013), a relação de obras paradas por falta de repasse de verba, de empreendimentos contratados pelo MCMV Entidades e MCMV FAR, desde 2015, são flagrantes do descaso com a política de moradia, tendo várias obras inconclusas e que poderiam abrigar inúmeras famílias, especialmente nesse grave momento da pandemia.

Não obstante, a distribuição e mapeamento dos territórios populares de Goiânia e região metropolitana não dispõe de um levantamento preciso, que permita verificar as regiões mais vulneráveis. Nesse sentido, os resultados preliminares dos Aglomerados Subnormais, que seriam validados e utilizados na operação do Censo 2020, do IBGE (adiado para 2021), foram antecipados para fins de subsidiar os gestores públicos, e a sociedade em geral, com informações importantes para o enfretamento da pandemia do novo Coronavírus nestas áreas vulneráveis das cidades brasileiras.¹²

¹⁰ Vale mencionar que a Agehab também participou ativamente na campanha da OVG, tendo montado um posto *drive-thru* nas dependências da Agência para arrecadação de doações de cestas de alimentos e produtos de higiene, além de parceria com o Tribunal de Justiça para arrecadação de doações.

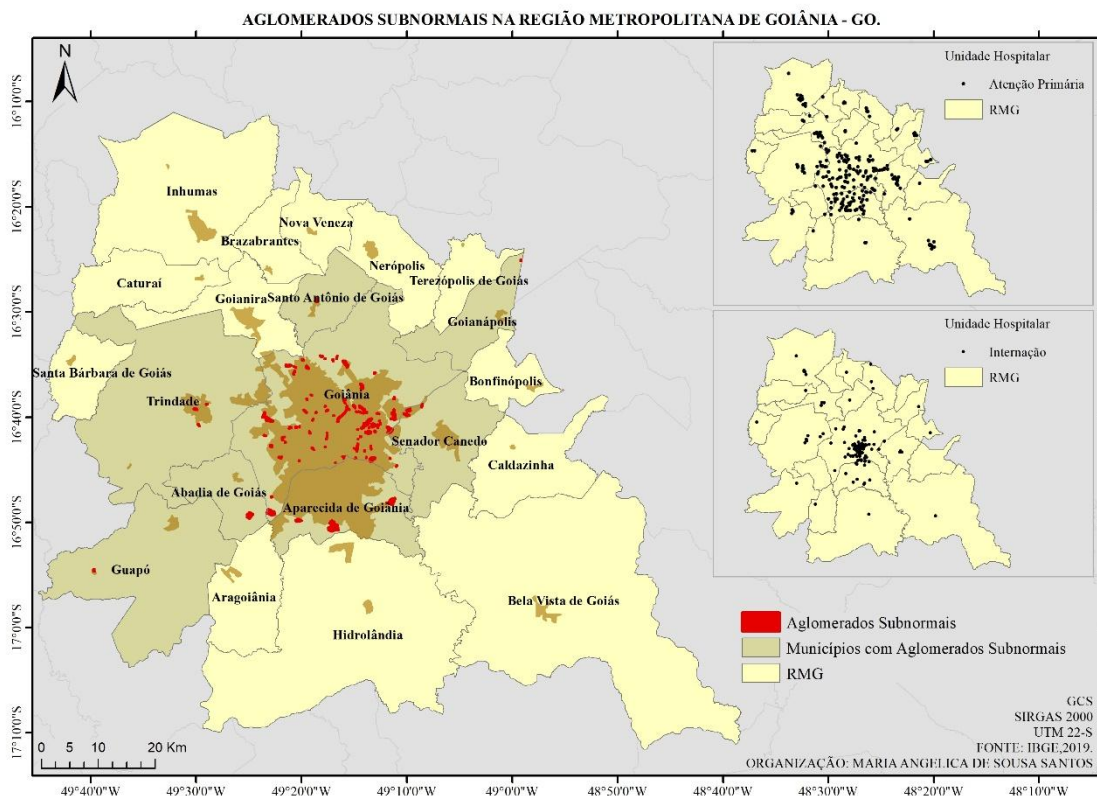
¹¹ Importante salientar, contudo, que este Edital já estava em andamento quando estourou a pandemia de Coronavírus. Ver o link: Chamamento Público – Novos Convênios Agehab: http://www.agehab.go.gov.br/files/chamamentos/Edital_n_001.2020_MUNICIPIOS.pdf. Acesso em: 25 de maio de 2020.

¹² Versão preliminar (atualizações até dezembro de 2019), que apresenta algumas limitações: em relação à estimativa de domicílios ocupados, o dado tem como ponto de partida os dados do Censo Demográfico de 2010; para algumas áreas, ocorreram atualizações de campo e, para outras, foram feitas estimativas menos precisas, sempre usando as melhores informações disponíveis. Portanto, essa estimativa não é comparável com os resultados do Censo Demográfico de 2010 ou com outras fontes de informações de IBGE. Podem ser encontradas, nesta versão, diferenças de nome do aglomerado, extensão e sua classificação, pois estes dados ainda serão validados junto às prefeituras por meio de Reuniões de Apoio ao Censo – REPAC durante o processo de preparação do Censo Demográfico 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em 20/05/2020.

Para tanto, o estudo *Aglomerados Subnormais 2019 – classificação preliminar para o enfrentamento à Covid-19*, apresenta a quantidade e a proporção de domicílios em quatro escalas: Aglomerado Subnormal, Município, Regiões de busca a serviços de saúde de baixa e média complexidade (resultados preliminares da pesquisa REGIC 2018) e Estados, oferecendo uma extensa base de dados com cruzamento das informações de distância, município, bairro, logradouro e número dos estabelecimentos de saúde mais próximos (unidade básica de saúde, unidade de saúde de família, pronto atendimento, estabelecimento de internação etc.), informando ainda o segundo e terceiro estabelecimento mais próximo para o caso de necessidade de deslocamento entre cidades.

Em toda a RMG, que possui um estoque total de 1.041.909 domicílios, foram identificados 17.009 domicílios distribuídos em 114 Aglomerados Subnormais (o que corresponde à 1,64% do estoque total do país), presente em oito municípios metropolitanos: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Senador Canedo, Trindade, Abadia de Goiás, Guaporé, Santo Antônio de Goiás e Goianópolis. O Polo metropolitano lidera o *ranking* dos AGSN, com 99 Aglomerados e 13.043 domicílios (ou 2,47% do estoque da região), seguido por Aparecida de Goiânia com 5 AGSN, somando 2.169 domicílios nessas áreas vulneráveis. Em termos de distância a ser percorrida pelos moradores dos AGSN até um estabelecimento de saúde mais próximo, tanto de atenção básica quanto de suporte de observação e internação, apurou-se a necessidade de deslocamento médio de 3,5 km. A Figura 4, a seguir, mostra a distribuição destes AGSN e a localização dos estabelecimentos de saúde mais próximos a cada aglomerado na RMG.

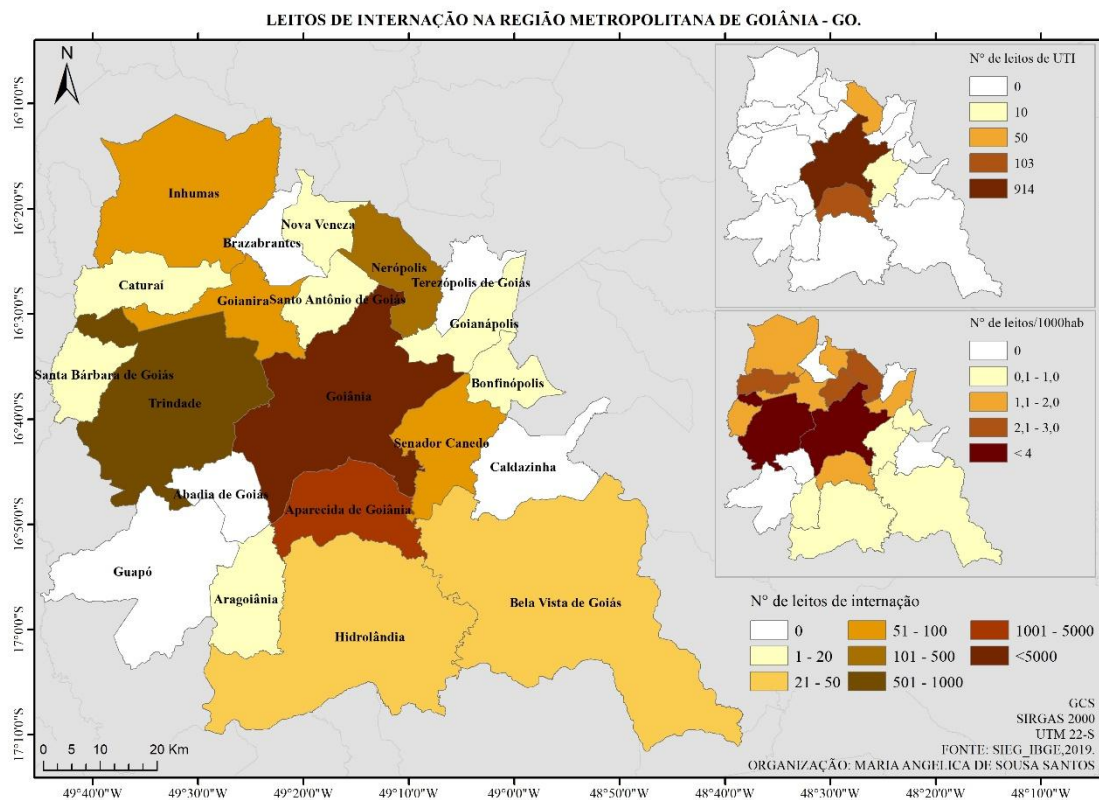
Figura 4 – Aglomerados subnormais na Região Metropolitana de Goiânia-GO.



Fonte: IBGE, 2019. Organização: Maria Angélica de Sousa Santos.

Em termos de infraestrutura de serviços de saúde, observa-se que todos os municípios da RMG possuem unidades de atendimento básico, já quanto às unidades de internação, os municípios de Abadia de Goiás, Brazabrantas, Caldazinha e Teresópolis não possuem unidades, evidenciando alta fragilidade e insuficiência de serviços de saúde no âmbito regional (Figura 5). Somente quatro municípios da RMG possuem leitos de UTI: Goiânia (914), Aparecida de Goiânia (103), Nerópolis (50) e Senador Canedo (10). Evidentemente esses números são alarmantes, tendo em vista a capacidade de propagação e contágio do novo Coronavírus em uma escala muito superior à capacidade de atendimento, sobretudo dos casos mais graves. Além disso, há também a quantidade limitada de leitos de internação, o que acaba por agravar casos que poderiam ser tratados brevemente e de forma local, sobrecarregando ainda mais o sistema em Goiânia, onde concentra a maior parte dos equipamentos de saúde.

Figura 5 – Leitos de internação na Região Metropolitana de Goiânia.



Fonte: IBGE, 2019. Organização: Maria Angélica de Sousa Santos.

Em toda a RMG, de modo geral, para além das grandes vulnerabilidades das populações residentes em territórios populares, especialmente no contexto da pandemia de Covid-19, as medidas de enfrentamento implementadas pelos Governos locais, e federal, evidenciam insuficiências e omissões estatais em diversos aspectos. Não há por parte do Governo estadual ou municipais programas de auxílio de renda para os trabalhadores desempregados, autônomos, feirantes, motorista de aplicativos e vans escolares, que dependem exclusivamente do limitado programa federal, pois nem sempre consegue ser acessado pelo trabalhador e/ou não faz jus ao benefício.

Nenhuma ação foi implementada objetivando apoiar a cadeia de abastecimento agroalimentar, em especial as iniciativas de circuitos curtos de agricultura familiar, que inicialmente se garantiu num sistema de entregas domiciliar via redes sociais, mas que com o avanço da pandemia, das medidas restritivas de circulação social, medidas sanitárias protetivas, além do fechamento de restaurantes, *fast foods*, feiras populares, o aumento do desemprego e a fruição de rendas, foi fortemente afetada; preterida, também, ao aumento da comercialização de alimentos por supermercados, mercearias e verdurões, considerados atividades essenciais, sobretudo com a liberação da renda básica emergencial.

Não foi criada nenhuma política específica para enfrentamento do impacto da pandemia para as mulheres, mães de famílias, trabalhadoras em diversas atividades

externas, muitas sofreram redução de salários ou ficaram desempregadas, se viram com as crianças sem escolas, tendo que acompanhar as aulas *on line*, e ainda executar as atividades domésticas. Outras tantas, não receberam dispensa das suas atividades profissionais, especialmente aquelas consideradas essenciais, sendo privadas até do retorno para casa para proteger suas famílias. E ainda mais grave, as estatísticas de violência doméstica contra mulheres, que foram aviltadas nesse período de quarentena e de convivência exacerbada, recebendo cotidianamente grande carga de *stress*, e sem nenhuma política de proteção do Estado, enfrentando, mesmo, uma situação de abandono social.

O quadro caótico do transporte público na RMG ganhou espaço no noticiário nacional desde a manifestação dos primeiros casos de Covid-19 em Goiânia. Isso ocorreu após a Rede Metropolitana de Transportes Coletivos (RMTC) anunciar opção por paralisar a circulação de ônibus na Grande Goiânia (que atende 18 municípios metropolitanos). Por intervenção da justiça, entretanto, a RMTC foi instada a manter a circulação, garantir a higienização dos ônibus (o único meio de transporte coletivo local) e conduzir passageiros apenas sentados (Decreto estadual nº 9.638/2020), para se evitar aglomeração de pessoas e risco de contágio da doença de grande parcela de trabalhadores das atividades essenciais.

Contudo, com a decisão do consórcio de empresas de reduzir a frota de ônibus em circulação, sob o argumento de cumprimento da determinação para afastamento dos motoristas e funcionários pertencentes ao grupo de risco, mais de 220 ônibus foram tirados de circulação, provocando superlotação em terminais e ônibus, expondo os usuários à grandes aglomerações e risco de saúde. Nem mesmo a implementação de escalonamento de horários das atividades em funcionamento, por meio de Decreto municipal (Decretos nº 951/2020 e nº 1.050), em meados de abril, resolveu o problema da superlotação do transporte público coletivo da RMG, e os conflitos de interesses entre empresários e governo local permaneceram, já que os empresários alegavam dificuldades financeiras. Essa situação permaneceu sem solução até final de junho de 2020.

Como solução alternativa, o Legislativo Estadual apresentou um Projeto de Lei autorizando o transporte alternativo, a ser prestado por vans escolares e micro ônibus de turismo, com vigência apenas durante a pandemia de Covid-19. Entretanto, este Projeto não foi adiante pois encontrou grande resistência das empresas concessionárias, que detém o monopólio dos serviços de transporte coletivo na região, até 2030. O descaso dos empresários com os usuários do transporte público coletivo da Grande Goiânia, diante da emergência de saúde pública, gerou grande repercussão, tendo sido requerida a abertura

de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, na Assembleia Legislativa de Goiás, para averiguação das circunstâncias da má prestação do serviço.

Considerações Finais

Em Goiás, a disseminação da Covid-19 está seguindo similar distribuição geográfica caracterizada no Brasil, chegando primeiro às capitais e grandes cidades, onde estão os maiores núcleos populacionais e aglomerações urbanas como as regiões metropolitanas, que apresentam intensos fluxos de pessoas e altos índices de circulação. A difusão territorial da Covid-19 e o crescimento de casos e óbitos nos municípios goianos, respondem em parte às medidas adotadas pelos Governos Estadual e Municipais, para contenção do avanço da doença no território.

A partir de 26 de março, decretos com flexibilização do distanciamento social começaram a ser baixados pelo Governo do Estado de Goiás, com forte influência sobre os municípios, que não contam com fiscalização estruturada de caráter policial, para um controle autônomo de seus dispositivos legais, tendo, pois, forte dependência do Estado. Com os novos decretos, houve um consentindo gradativo para que atividades variadas pudessem ser praticadas. Foi assim com os decretos de nº 9644, de 26/03/2020; nº 9645, de 03/04/2020. Os reflexos das medidas de flexibilização e relaxamento no distanciamento social, sobre os números do novo Coronavírus, foram observadas no início do mês de maio, apresentados no Gráfico 1.

A curva da contaminação da Covid-19, notável no Gráfico 1, faz uma quebra para cima e dá um salto para os picos observados nos meses de junho e julho de 2020. A intensa contaminação na RMG foi sustentada principalmente pelos municípios de maior integração metropolitana, como Aparecida de Goiânia, Senador Canedo e Trindade.

Os demais municípios da RMG podem ser classificados em duas situações: municípios com baixa contaminação ascendente e municípios com contaminação sob controle. No primeiro caso, que reúne nove municípios (Inhumas, Hidrolândia, Guapó, Abadia de Goiás, Aragoiânia, Bonfinópolis, Goianópolis, Goianira, Teresópolis) desde o início da propagação do vírus em Goiás e na RMG os números cresceram, mas de forma controlada frente à intensidade da contaminação nos municípios de maior integração e ao próprio número de suas populações. Já com relação ao segundo caso, que reúne oito municípios (Caturai, Guapó, Caldazinha, Nova Veneza, Bela Vista de Goiás, Brazabrantes, Santo Antônio de Goiás, Santa Barbara de Goiás) há uma sensação maior de controle, os números se mantiveram muito baixos até junho de 2020, com destaque para Santa Bárbara

de Goiás, que não registrou nesse intervalo de tempo nenhum caso, em que pese as características da cidade, conforme mencionado acima.

Pode se afirmar que o relaxamento das medidas de isolamento social para o controle do novo Coronavírus, autorizado nos decretos estaduais, em momento equivocado, aumentou a circulação e difusão territorial da doença, pois não se havia ainda controlado os focos de contaminação e a disseminação do vírus pelo Estado. Por isso, ao longo do mês de maio houve uma elevação no número de contaminação e de mortes, que se agravaram, contudo, a partir do final do mês, decorrentes de novas de medidas de relaxamento, agora relativas à ampliação significativa dos serviços considerados essenciais, contidas nos decretos nº 9653, de 19/04/2020; e nº 9656, de 24/04/2020. Ainda assim, as medidas decretadas evitaram milhares de mortes e o aumento da demanda por leitos hospitalares em todos os municípios goianos, segundo as projeções realizadas nos estudos¹³ da UFG, que mostra curva crescente e que não sinaliza para uma estabilização antes do mês de setembro.

Valendo destacar que, dadas as circunstâncias em que as vulnerabilidades tornam-se ainda maiores ante a pandemia da Covid-19, as omissões estatais vem sendo compensadas por diversas iniciativas de solidariedade que surgiram no seio da sociedade civil organizada, com importante participação das empresas privadas, entidades sociais e universidades, que se tornam a principal frente de atuação contra a fome, a desinformação e a falta de acesso aos itens de proteção, atuando em diversas ações de ajuda. Também o poder público compõe essa rede de solidariedade que se formou logo no início da disseminação do vírus e do isolamento social, mas em ações ainda não suficientes e abrangentes para lidar com o aprofundamento da desigualdade social que já era latente.

¹³ Modelagem da Expansão Espaço-Temporal da COVID-19 em Goiás (<http://covid.bio.br/>)

Referências

ALCANTARA, T. Goiás tem maior índice de aumento de Covid-19 do país em 7 dias. O Popular(21/06/2020). Disponível em: <https://www.opopular.com.br/noticias/cidades/goi%C3%A1s-tem-maior-%C3%ADndice-de-aumento-de-covid-19-do-pa%C3%ADs-em-7-dias-1.2072772>. Acesso em 21/06/2020.

ARRAIS, T. A. et al. Pandemia covid-19: o caráter emergencial das transferências de renda direta e indireta para a população vulnerável do estado de Goiás. Revista Espaço e Economia (Revista brasileira de geografia econômica). Ano 18, N 18. 2020. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.13734>

BORGES, Elcileni M. Dinâmicas do mercado imobiliário e metropolização de Goiânia: um balanço de 15 anos pós-retomada da política habitacional. Editora Appris. Curitiba. 2020.

CARLOS, Ana F. A. (coord.). Covid-19 e a crise urbana. São Paulo: FFLCH/USP, 2020.

CASTRO, Daniel; DAL SENO, Danillo; POCHMANN, Márcio (orgs.). Capitalismo e a Covid-19: um debate urgente. São Paulo, 2020.

COSTA, Marco A. et al. Apontamentos sobre a Dimensão Territorial da Pandemia da Covid-19 e os 29 Fatores que Contribuem para Aumentar a Vulnerabilidade Socioespacial nas Unidades de Desenvolvimento Humano de Áreas Metropolitanas Brasileiras. Brasília: Nota Técnica. Dirur - Ipea n.15. Brasília: Ipea, abril/2020.

CUNHA, D. F. Instituição da Região Metropolitana de Goiânia – Goiás (1980-2010): configuração e interações espaciais entre os municípios. 2017. 283 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

DAVIS, Mike et al. Coronavírus e a luta de classes. Terra sem Amos: Brasil, 2020.

EDITORIAL. O Popular de 21 de junho de 2020 – *“Goiás tem maior índice de aumento de Covid-19 do país em 7 dias”*.

FJP – FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Déficit habitacional municipal no Brasil – 2010. Belo Horizonte: Centro de Estatística e Informações. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos e Estimativas. Rio de Janeiro: IBGE.

_____. Aglomerados Subnormais 2019: Classificação Preliminar para o enfrentamento à COVID-19. IBGE – divisão de geociências. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 19 de maio de 2020. Acesso em 15 de junho de 2020.

_____. PNAD COVID 19. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>. Acesso em 25 de maio de 2020.

_____. Regiões de influência das cidades 2018 – informações de deslocamentos para serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

_____. Regiões de influência das cidades (REGIC) 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

IMB – Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. IMB/GOIÁS.

Déficit Habitacional em Goiás: uma análise do CadÚnico. IMB/SegPlan – Estudos do IMB. Goiânia. Novembro de 2018.

_____. Regiões de Planejamento de Goiás. Goiânia: IMB, 2018.

KERMACK, W. O.; MCKENDRICK, A. G. A contribution to the mathematical theory of epidemics. The Royal Society: proceedings of the Royal Society of London – a mathematical, physical and engineering sciences, 1927. v. 115, n. 772, p. 700-721.

MESQUITA, Élis G. da C. Modelos matemáticos para a Covid-19 no Tocantins. Arraias, TO, mimeo, 2020.

OLIVEIRA, R. Juiz ordena que a prefeitura instale mais pontos de higiene e abrigos para moradores de rua em Goiânia. G1 Goiás. 29/03/2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/03/29/juiz-determina-que-a-prefeitura-instale->

mais-pontos-de-higiene-e-abrigos-para-moradores-de-rua-em-goiania.ghtml. Acesso em 10 de maio de 2020.

OSEMWINYEN. Amenaghawon C.; DIAKHABY, Aboubakary. Mathematical Modelling of the Transmission Dynamics of Ebola Virus. Applied and Computational Mathematics, v. 4 n. 4, 313-320, 2015.

PACHECO, et al. A pandemia de coronavírus e as desigualdades socioespaciais no Distrito Federal. Observatório das Metrópoles: Núcleo Brasília. Boletim, 09/04/2020. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/a-pandemia-de-coronavirus-e-as-desigualdades-socioespaciais-no-distrito-federal/>. Acesso em 25 de maio de 2020.

PAIVA, L. H. et al. Evitando a pandemia da pobreza: possibilidades para o Programa Bolsa Família e para o Cadastro Único em resposta à Covid-19. Nota Técnica Disoc – Ipea, n. 59. Brasília: Ipea, março/2020.

PINHEIRO, E. Cerca de 200 moradores de rua estão fora de abrigos em Goiânia. Mais Goiás, 22 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.emaisgoias.com.br/cerca-de-200-moradores-de-rua-estao-fora-de-abrigos-em-goiania/>. Acesso em 25 de abril de 2020.

SALGADO, Caio. Prefeitura alugará hotel para pessoas em situação de rua durante pandemia - O Popular (21/04/2020). Disponível em: <https://www.opopular.com.br/noticias/politica/giro-1.145054/prefeitura-alugar%C3%A1-hotel-para-pessoas-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua-durante-pandemia-1.2038937>. Acesso em 25 de abril de 2020.

SANTOS, Boaventura de S. A cruel pedagogia do vírus. Coimbra: Edições Almedina, 2020.
SATO, Michèle; SANTOS, Déborah; SÁNCHEZ, Celso. Vírus: simulacro da vida? Rio de Janeiro: GEA-SUR/UNIRIO; Cuiabá: GPEA-UFMT, 2020.

TOSCANO, Cristiana M.; Lima, Alex F. R.; Silva, Lara L. S.; Razia, Paulo F.S.; Pavão, Luis Felipe A.; Polli, Demerson A.; Moraes, Rodrigo F.; Cavalcanti, Marco A.F.H. Medidas de distanciamento social e evolução da COVID-19 no Brasil. 2020. Disponível em: <https://medidas-covidbr-iptsp.shinyapps.io/painel/>. Acesso em 26 de junho de 2020.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

REGIÃO METROPOLITANA DE MARINGÁ (PR)

Ricardo Luiz Töws
Pollyana Larissa Machiavelli
Aline Santiago Luz
Wesley Ferreira

Maringá
Julho de 2020

1. INTRODUÇÃO

Uma nota técnica publicada pelo Observatório das Metrôpoles, assinada pelos pesquisadores Rodrigues, Höring e Melo (2020) demonstrou, por intermédio de modelo matemático SIR (Suscetíveis - infectados - recuperados) e considerando algumas variáveis relacionadas naquele trabalho, que Maringá poderia ter um número de casos muito maior do que o realizado, com ampliação dos contágios caso nenhuma medida de isolamento fosse realizada. A pesquisa considerou, naquele momento, que as medidas de isolamento impostas pelo município foram efetivas no combate à disseminação de COVID-19, "já que com o resultado da simulação pelo modelo matemático SIR observou-se o "achatoamento" da curva de infecção, o que resulta em tempo maior para a tomada de medidas como disponibilidade de leitos hospitalares" (RODRIGUES, HÖRING e MELO, 2020, s.p).

A nota, segundo divulgações em mídias locais¹, teve motivação em virtude da pressão exercida pelas coalizões locais, que resultou na decisão do executivo de iniciar um processo de afrouxamento da quarentena, com a indústria, o comércio e o setor de serviços abrindo gradativamente.

Esse quadro pode ser comparado com diversas realidades tanto nas áreas metropolitanas como pelos rincões do país, em que agentes do mercado, apoiados na postura do Chefe do Executivo Federal², pressionam governos estaduais e municipais pela abertura do comércio e por não considerar as medidas de isolamento social.

No caso de Maringá (PR), o executivo municipal agiu responsabilmente no início do processo, em direção ao atendimento às medidas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o que, em um primeiro momento, teve efetividade em relação ao achatamento da curva de contágio. No entanto, com as pressões exercidas, inclusive com manifestações dos empresários da cidade e região, as tomadas de decisão foram se alterando, como apresentaremos com detalhes nesse relatório.

Por isso, elaboramos essa análise considerando tanto o caso de Maringá, especificamente, como da Região Metropolitana de Maringá (RMM) e demonstramos algumas particularidades.

2. MARINGÁ E REGIÃO METROPOLITANA: CASOS DE COVID-19 E EXPANSÃO DO CONTÁGIO

Importante destacar que a Região Metropolitana de Maringá foi institucionalizada em 1998 (Lei Complementar N.º 83/1998) e teve a inserção de novos municípios a partir de outras quatro Leis Complementares, totalizando 26 municípios³.

Em que pese ter sua institucionalização há mais de duas décadas, sua geografia não comporta metrópole. Conforme Regic - 2018 (IBGE, 2020), Maringá é destacada na rede urbana brasileira como Capital Regional B, compartilhando com

¹ Como por exemplo, no site Café com Jornalista, disponível em <http://www.cafecomjornalista.com/2020/04/com-melhor-cenario-de-covid-19-maringa-reabre-industrias.html>

² O Chefe do Executivo Federal, além de não realizar o gerenciamento da crise, incentiva irresponsavelmente e sem aporte ou base científica a "abertura" das atividades econômicas.

³ Mais detalhes sobre esse processo, ver Chirnev e Rodrigues (2020).

Londrina e Cascavel mesma hierarquia no estado do Paraná, abaixo de Curitiba, classificada no mesmo estudo como Metr pole (IBGE, 2020).

A dinâmica regional compreende aglomera o urbana entre Maringá, Sarandi e Paiçandu, tendo ainda os municípios de Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Nova Esperança e Presidente Castelo Branco com classifica o de maior hierarquia no indicador síntese do Degrau Metropolitano (CHIRNEV e RODRIGUES, 2020). Os demais municípios, em que pese a institucionaliza o, com adesão   Região Metropolitana de Maringá, não possuem esse nível de integra o com o polo.

Com maior ou menor integra o, Maringá   polo importante na oferta de atividades econômicas e serviços, em especial, saúde e educa o. No caso dos serviços de saúde, atende uma região ainda maior do que o território da Região Metropolitana, comportando, por exemplo, o consórcio intermunicipal de Saúde Cisamusep, com 30 munic pios⁴. No setor de educa o, a cidade é importante polo universitário na região, por comportar a sede da Universidade Estadual de Maringá e mais de uma dezena entre faculdades e centros universitários.

Sarandi e Paiçandu fazem parte do aglomerado urbano e parte da popula o dessas cidades trabalha em Maringá, fazendo o movimento pendular cotidiano. Maringá ainda possui um aeroporto regional que atende a Região Noroeste do Paraná. Nesse sentido, o primeiro caso de Covid-19 confirmado no estado do Paraná fora da capital foi na cidade de Cianorte⁵, a cerca de 70Km de Maringá. A pessoa portadora do vírus estava visitando o Oriente Médio. A primeira pessoa contaminada de Maringá também havia chegado da Europa naqueles dias⁶.

Portanto, vindos pelo aeroporto, os principais casos ocorreram em Maringá e foram identificados na região central da cidade. No entanto, os fluxos de pessoas para a região metropolitana e demais partes do estado acabou intensificando o processo de propaga o.

Do dia 18 de março até o final do mesmo mês, os casos estavam concentrados apenas em Maringá. Apenas na semana do dia 07 de abril que Sarandi e Santa F  também apresentaram seus primeiros casos. Na semana de 21 de abril, 04 municípios divulgaram casos, ampliando para 8 municípios na semana seguinte.

Cambira, Florai, Flórida, Itambé, Ivatuba, Munhoz de Melo, Ourizona e São Jorge do Ivaí tiveram seus primeiros casos divulgados na semana de 30 de junho, completando a lista de todos os municípios da Região Metropolitana com, ao menos, um caso de Covid-19 (Tabela 1).

⁴ Mais informa es sobre o Consórcio em <https://www.cisamusep.org.br/>

⁵ Na mesma nota, houve a confirma o de 5 casos em Curitiba e 1 em Cianorte. Todos importados da Europa ou do Oriente Médio. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/parana-confirma-primeiros-seis-casos-de-coronavirus.shtml>

⁶ A paciente residia na Espanha e chegou em Maringá no dia 11 de março. Informa o disponível em <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=be03357e2c55be&id=36080>

Semana/ Município	23 03	30 03	07 04	14 04	21 04	28 04	05 05	12 05	19 05	26 05	02 06	09 06	16 06	23 06	30 06	07 07	14 07
Paçandu	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	6	7	12	30	38	73	106
Ourizona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2
Mandaguaçu	0	0	0	0	0	1	2	4	4	8	9	13	16	19	27	38	43
Mandaguari	0	0	0	0	1	2	2	2	3	5	5	5	8	15	26	43	60
Floraí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Presidente Castelo Branco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	8	9
Atalaia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	4
Flórida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Ângulo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5
Astorga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	28	63
Munhoz de Mello	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	9	12
Sarandi	0	0	2	2	4	5	4	5	7	11	16	16	24	41	80	143	188
Maringá*	1	11	25	35	74	93	109	120	189	300	395	595	895	1219	1.520	1.979	2.216
Cambira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
Nova Esperança	0	0	0	0	0	5	5	5	11	14	16	17	19	19	19	27	36
Santa Fé	0	0	3	8	13	13	13	14	14	15	15	15	15	16	19	26	33
Lobato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	1
Bom Sucesso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	5
Jandaia do Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	7	13	26	37
Marialva	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	4	5	10	15	27	47
São Jorge do Ivaí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6
Ivatuba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Doutor Camargo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	3	5	10	12	13
Floresta	0	0	0	0	0	3	3	0	3	3	3	3	3	4	6	12	33
Itambé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	28	108
Iguaraçu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	5	8
TOTAL	1	11	30	45	93	123	139	153	234	364	475	683	1006	1395	1.809	2.502	3.049

Tabela 1: Casos confirmados de Covid-19 na Região Metropolitana de Maringá por semana

Fonte: Secretaria da Saúde do Paraná e Secretaria de Saúde de Maringá *Os dados específicos de Maringá foram coletados nos Boletins emitidos pelo município.

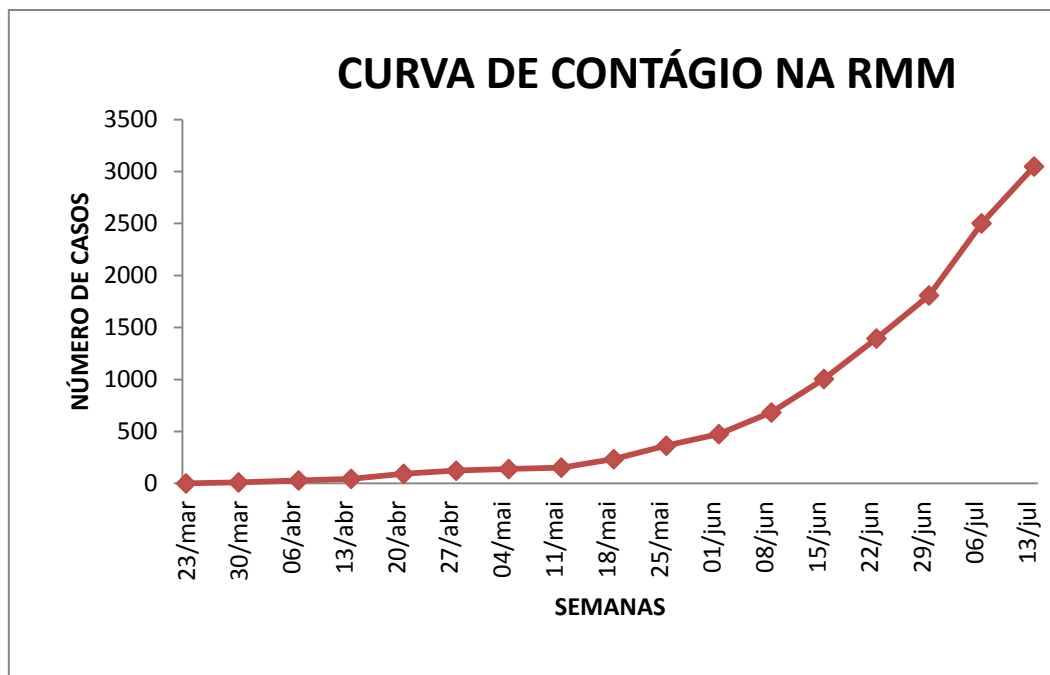


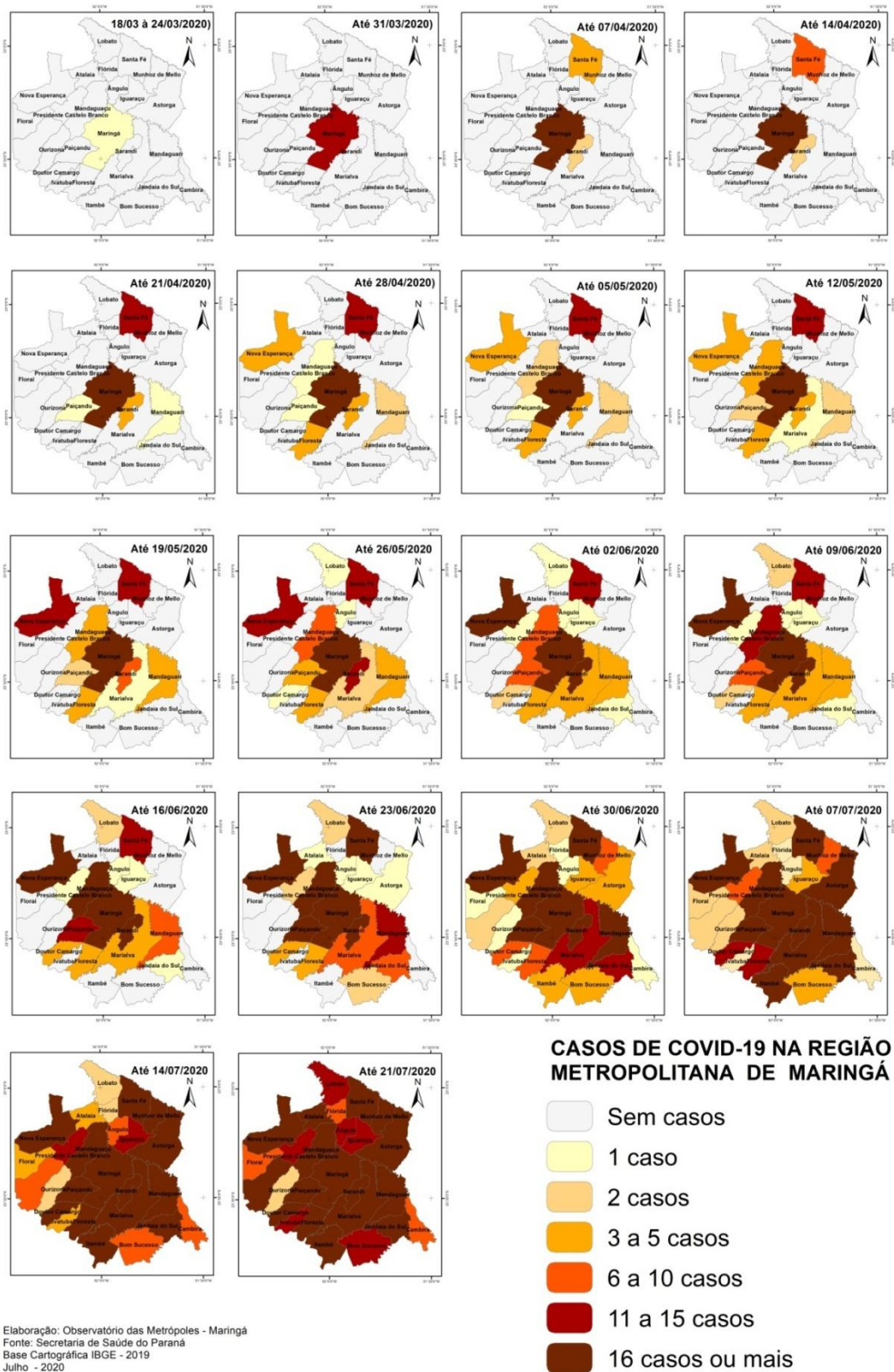
Gráfico 1: Curva de contágio da Covid-19 na Região Metropolitana de Maringá

Fonte: Secretaria da Saúde do Paraná e Secretaria de Saúde de Maringá *Os dados específicos de Maringá foram coletados nos Boletins emitidos pelo município.

Evidentemente, Maringá concentra a maioria dos casos, mas chama a atenção o caso de Itambé, município com pouco mais de 6 mil habitantes, que, em 3 semanas, saltou de 3 para 108 casos e Astorga, com 26 mil habitantes, saltou de 3 para 63 casos, ambas registrando 2 mortes, cada⁷.

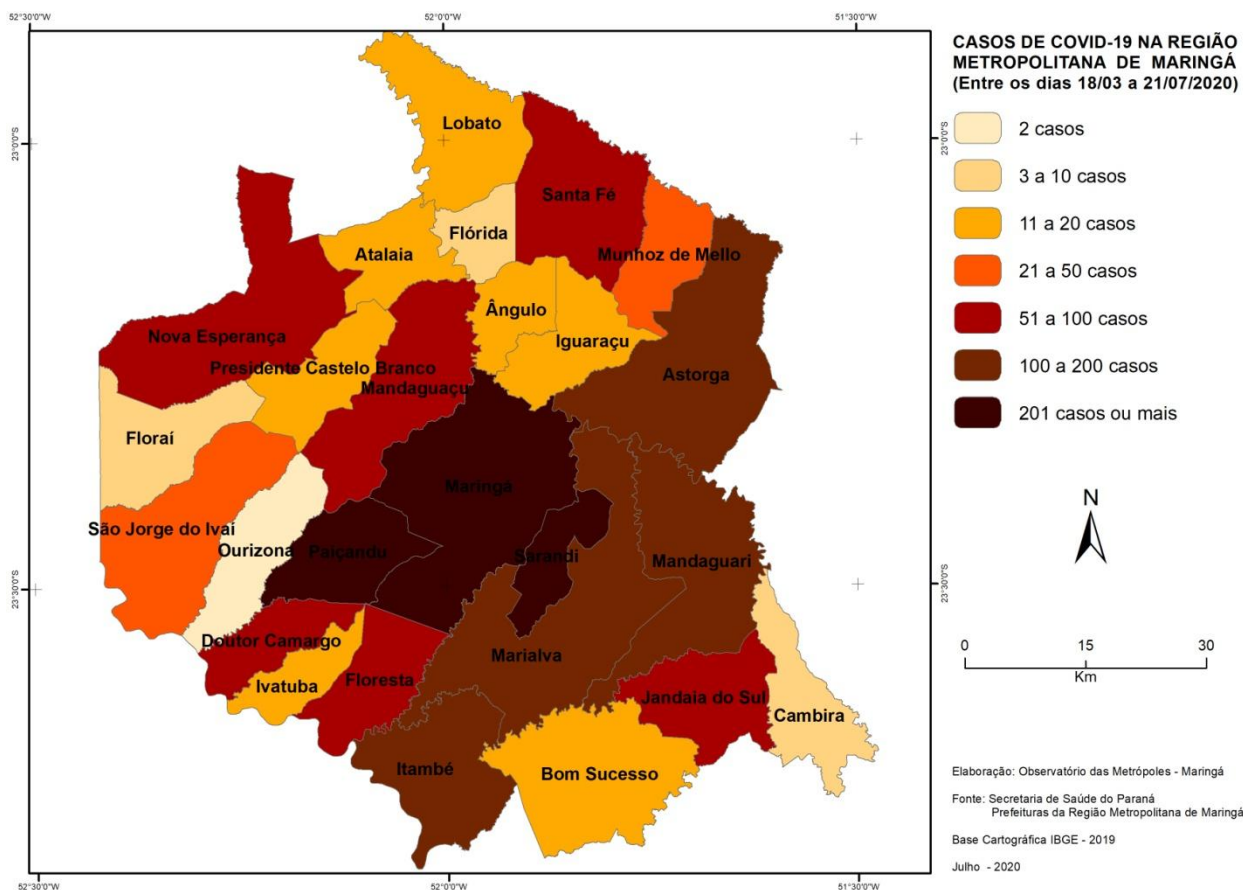
Acompanhando, portanto, o estado do Paraná e a Região Sul do País, houve ampliação significativa de casos de Covid-19 nas últimas semanas. A Região Metropolitana de Maringá reflete essa tendência, como pode ser visualizado no gráfico 1 e Mapa 1.

⁷ Boletim da Secretaria de Saúde do Paraná de 14/07/2020, disponível em http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/informe_epidemiologico_14_07_2020_0.pdf



Mapa 1: Ampliação dos casos de Covid-19 na Região Metropolitana de Maringá por semana

Na escala do Mapa 1 é possível visualizar a expansão dos contágios pela Região Metropolitana de Maringá, a despeito das medidas e decretos prevendo regras de distanciamento social. Com uma outra escala de legenda, o mapa 2 ilustra a distribuição por número de casos, ficando evidente a concentração na cidade polo e no aglomerado urbano, no entanto, com casos em todos os municípios.



Mapa 2: Casos de Covid-19 na Região Metropolitana de Maringá por escala de quantidade

3. MARINGÁ E O CONTEXTO: EXPANSÃO DOS CASOS DE COVID-19 E AÇÕES DO PODER PÚBLICO

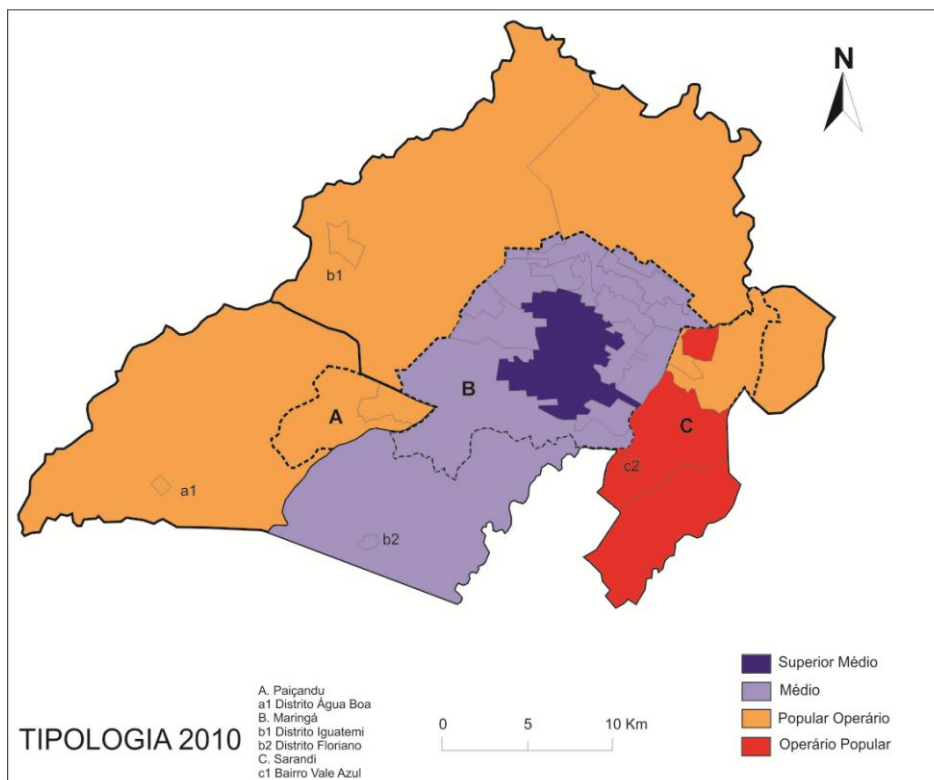
Maringá apresenta forte processo de segregação desde seu processo de implantação. Conforme destaca Rodrigues e Souza (2018), o município polo da Região Metropolitana não apresenta irregularidades urbanísticas como ocupações irregulares, no entanto, "isso não significa que sua periferia intra e intermunicipal não está ocupada por população despossuída" (SOUZA e RODRIGUES, 2018, p. 383). Segundo os autores,

O que se encontra nessa territorialidade metropolitana é uma prática perversa, capitaneada pelo município polo, pois, o fato de se ter população despossuída que tem acesso à moradia somente pela via formal/legalizada, não melhora a condição dessa população (RODRIGUES e SOUZA, p. 383).

O que se verifica é uma prática histórica que tem a ver com o próprio processo de colonização da região. Maringá, uma cidade que foi "plantada" (REGO, 2009) e, a partir de um plano urbanístico, foi denominada como cidade planejada. Seu crescimento e expansão, que formou o aglomerado urbano Maringá-Sarandi-Paiçandu, trouxe contradições, uma vez que a cidade polo foi pensada e administrada como um grande empreendimento imobiliário (TÖWS, 2015).

A despeito do bonito discurso do planejamento urbano e de preservação das áreas verdes, arborização e preservação do meio ambiente, o que vemos, na prática, é a constatação da afirmação de Maricato, de que "Planejamento Urbano é fetiche que encobre um grande negócio" (MARICATO, 2012), ou seja, ao invés de ser um planejamento que, no decorrer do processo de formação e expansão, contivesse as desigualdades, reafirmou-as.

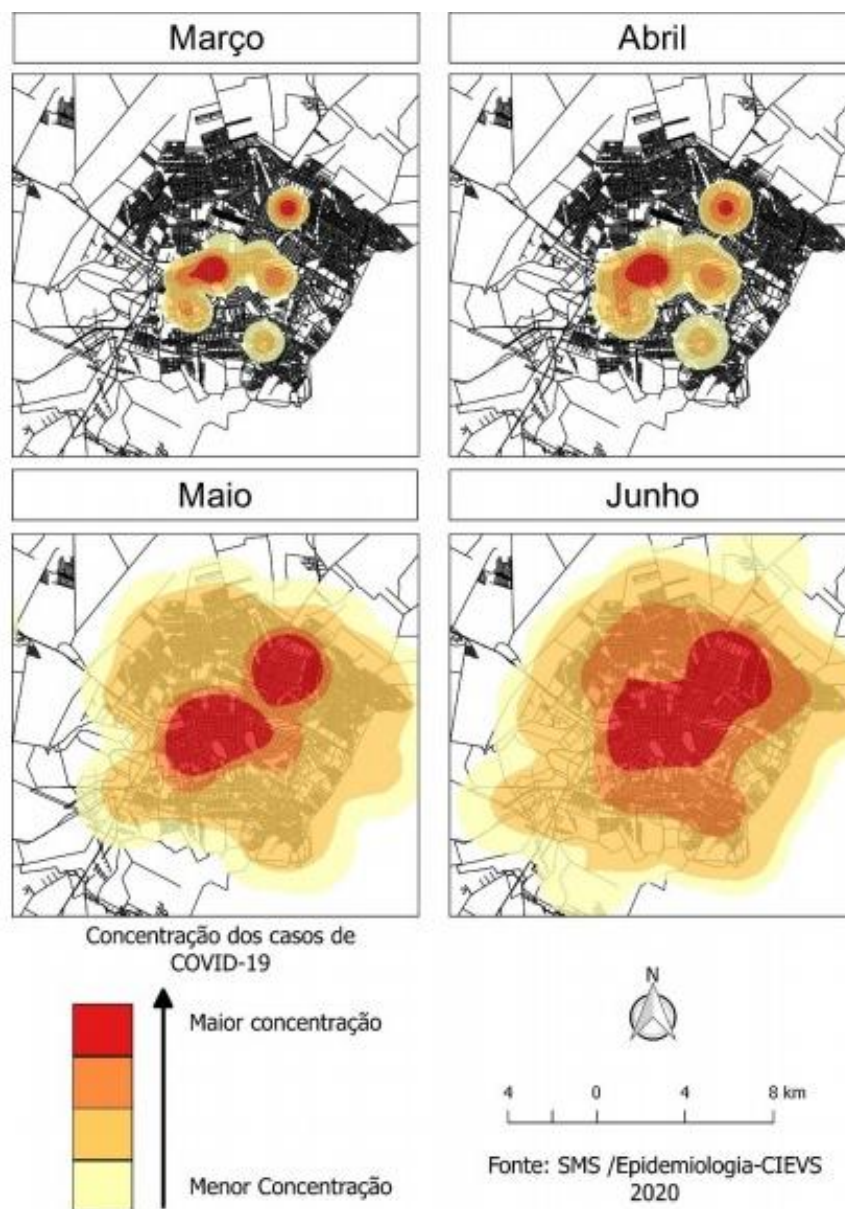
Além das desigualdades no perímetro urbano de Maringá, houve o transbordamento das desigualdades para as cidades vizinhas, tanto do aglomerado urbano como às demais cidades da Região Metropolitana. O mapa 3 ilustra os municípios do aglomerado urbano enquanto tipologia para o ano de 2010, destacando as áreas mais periféricas como popular operário e operário popular. Se analisarmos em termos de Região Metropolitana, os demais municípios possuem classificação, nessa mesma tipologia, como popular operário ou agrícola, confirmando a tese da periferização da pobreza.



Mapa 3: Tipologia sócioespacial do Aglomerado Urbano em 2010

Fonte da base e dados: SILVA e FLEURY E SILVA, 2015 Adaptação: Observatório das Metrópoles, 2020.

Em relação à espacialização do Coronavírus, verifica-se que em março houve concentração dos casos na área central de Maringá e as zonas limítrofes, ou seja, concentrando-se nas áreas com maior poder aquisitivo, confirmando a característica de contágio inicial nas classes mais altas, ou seja, as que viajaram e importaram o vírus. No entanto, a partir de abril, houve expansão para a parte Norte da cidade, área em que a tipologia classificou em 2010 como Popular Operário. Ou seja, houve a expansão para os bairros mais afastados do centro, em especial em direção à Zona Norte da cidade e, como já destacado, transbordando para todos os municípios da Região Metropolitana no final de junho.



Mapa 4: Concentração dos casos de Covid-19 em Maringá

Fonte: <https://gmconline.com.br/noticias/cidade/atualizacao-veja-as-regioes-de-maringa-com-mais-casos-de-covid-19/> em 04/07/2020

Em relação às profissões ou atividades desempenhadas pelas pessoas que testaram positivo, destaca-se aponta as profissões dos pacientes positivos para COVID-19 em Maringá, conforme Boletim 14, destaca-se os profissionais da saúde com 15,7 %, seguido dos profissionais da área administrativa com 10,6%. De acordo com o documento, não informaram profissão e/ou não estão empregados no momento registraram 8,4% do total dos casos.

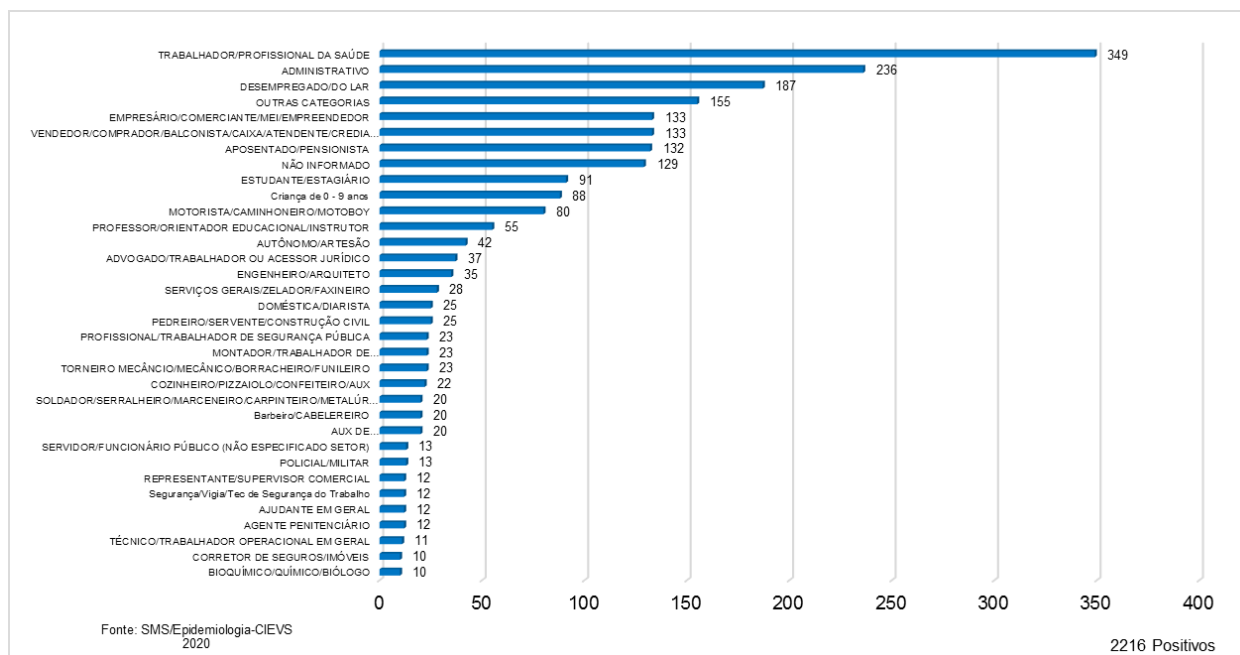


Gráfico 2: Detalhamento dos casos positivos de Covid-19 por categoria profissional

Fonte: Boletim Epidemiológico 14, Maringá, 2020

Importante considerar que, apesar da quantidade de casos relacionados aos profissionais de saúde, há uma grande variedade de atividades desempenhadas, como motoristas, motoboys, estagiários, serviços gerais, ajudante geral, dentre outras, confirmando a expansão dos casos para a tipologia popular operário.

Os dados demonstram que a expansão e ampliação dos casos para as áreas periféricas vai ao encontro da população mais pobre, que mais precisa dos recursos e infraestrutura de saúde. Na cidade polo da RMM há rede estruturada de Unidades Básicas de Saúde que realizam o monitoramento, mas o mesmo não pode ser afirmado para os demais municípios que, além de não terem as mesmas condições, ainda dependem das estruturas hospitalares de Maringá.

De acordo com a Secretaria de Saúde do município, houve um aumento, nos últimos dias, da taxa de ocupação, tanto dos leitos gerais de UTI quanto dos leitos exclusivos para o Covid-19, "oscilando as taxas de internações entre 40% a 50% de ocupações. Ressalta-se que somente no dia 30 de junho, as taxas de ocupação extrapolaram os 50% de leitos disponíveis. Já no mês de julho, até dia 12, as taxas permaneceram abaixo de 50% das ocupações" (MARINGÁ, 2020, p. 17).

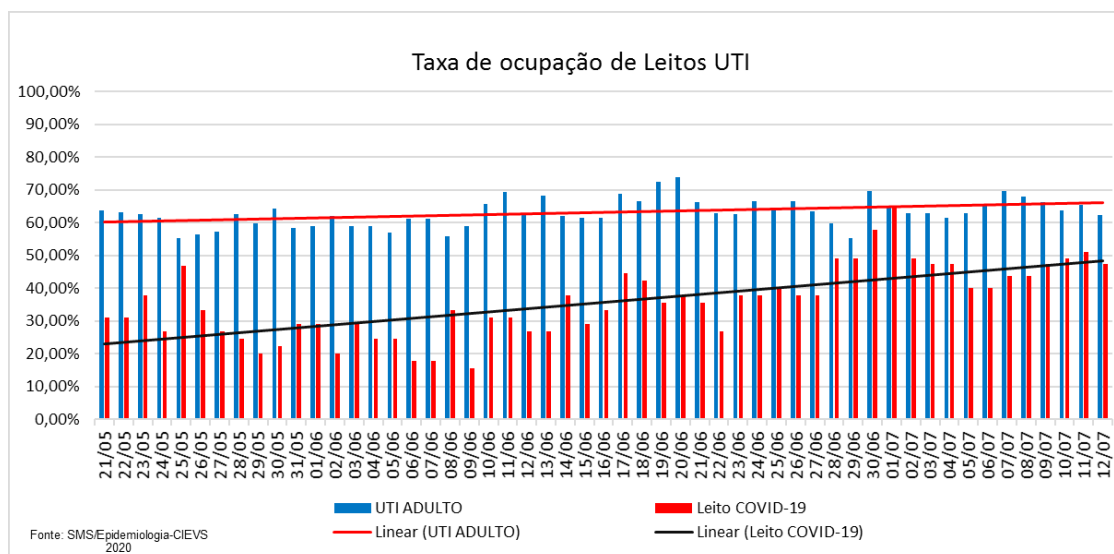


Gráfico 3: Taxa de ocupação de leitos Gerais de UTI dos hospitais públicos e privados, Maringá-PR

Fonte: Boletim Epidemiológico 14, SMS, Maringá, 2020

O poder público, a partir desse monitoramento, define as medidas de isolamento ou distanciamento social por meio de decretos, não sem enfrentar as pressões de alguns setores da sociedade pela abertura de suas atividades. Nos diversos depoimentos dos agentes, percebe-se que as medidas tomadas levam em conta esse monitoramento da capacidade e disponibilidade de leitos, no entanto, houve um período de afrouxamento das medidas que podem ter contribuído para essa ampliação significativa dos casos.

Para realização de análise mais detalhada, definiu-se 4 fases de gestão do processo de crise, sendo a primeira fase, de medidas restritivas, a segunda fase de início do afrouxamento, a terceira fase de flexibilização e a quarta fase de fechamento parcial. Desse modo, criou-se uma linha do tempo com os acontecimentos principais e as medidas tomadas pelo poder público.

3.1. PRIMEIRA FASE: MEDIDAS RESTRITIVAS

A primeira fase da pandemia do Novo Coronavírus em Maringá pode ser considerada como a fase de medidas mais restritivas. Foi nesse período que o poder executivo municipal tomou medidas em prol do isolamento ou distanciamento social, na total contramão ao que estava sendo feito pelo governo federal, mas com aderência às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e inspirando nas medidas internacionais efetivas que estavam sendo adotadas.

O primeiro Decreto, publicado em 13 de março, suspendeu uma série de atividades e foi acompanhado de outras medidas importantes como pode ser observado na linha do tempo do quadro 1. Nesse período, que compreendeu o mês de

março, houve 7 decretos adotados e 16 casos confirmados de Coronavírus. Foi nesse período, também, que houve mobilização e carreatas pelos empresários da cidade manifestando contra as medidas de prevenção ao contágio.

Quadro 1: Linha do tempo da Primeira fase, com medidas mais restritivas

Data/Evento	Medidas
13 de março de 2020 - primeiro decreto municipal	<p>Apresentação de um plano de contingência municipal; Suspende por 30 dias as seguintes atividades: Eventos e atividades com reuniões com mais de 50 pessoas; Aulas em escolas públicas e privadas no âmbito municipal (passam a ser suspensas a partir do dia 20/03); Suspende a tramitação de todos os processos administrativos no âmbito municipal, exceto, saúde pública meio ambiente e segurança;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspende capacitação, treinamento ou de eventos coletivos realizados pelos órgãos ou entidades da administração pública municipal direta ou indiretamente; • Participação a serviço de servidores ou empregados públicos em eventos e viagens internacionais ou interestaduais; • Suspende a fruição de férias e licenças de servidores das secretarias de saúde, segurança e serviços públicos; • Fica facultado ao servidor público municipal com mais de 60 (sessenta) anos, ou aos portadores de doenças crônicas, problemas respiratórios, gestantes, lactantes, no prazo do caput deste artigo, exceto aqueles que tenham, de alguma forma, suas atividades relacionadas com o setor da saúde ou segurança, a realização de teletrabalho (home office), devendo para tanto requisitar tal medida ao seu superior hierárquico.
16 de março de 2020 -	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião entre representantes do Conselho de Desenvolvimento Econômico de Maringá (Codem), Sindicato dos Lojistas do Comércio e do Comércio Varejista de Maringá e Região (Sivamar) e Prefeitura é realizada para discutir mudança de horário do comércio. A decisão tomada foi a seguinte: a de comércio deve funcionar das 9h às 19h. Costumeiramente, o horário é das 8h às 18h⁸.
21 de março de 2020 -	<ul style="list-style-type: none"> • Implanta medidas adicionais de segurança para mercados, supermercados e call centers. Documento também decide o que é considerado aglomeração em locais públicos e necessidade de prevenção no transporte coletivo; • O transporte coletivo deve manter 100% (cem por cento) da sua frota, sendo proibida a diminuição do número de linhas e/ou horários disponíveis; • O transporte intermunicipal de passageiros por ônibus fica proibido a partir da zero hora do dia 23 de março (segunda-feira); • O funcionamento das indústrias fica mantido apenas para aquelas que fabriquem produtos considerados essenciais; • Nos postos de combustíveis ficam suspensas as atividades que não a de abastecimento de veículos; • Fica proibida a realização de atividades religiosas presenciais, independentemente do número de participantes; • Ficam suspensas as obras de construção civil privadas e públicas, exceto aquelas fundamentadamente declaradas, pela administração municipal, de interesse público ao combate da pandemia;
23 de março de 2020 - (Decreto no 462/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Suspensão de atendimento público nas agências bancárias; • Coleta seletiva é suspensa por iniciativa das cooperativas; • Decreto nº 464/2020 institui toque de recolher, fechamento da rodoviária e aumento na validade de documentos; • Prefeitura publica processo de dispensa de licitação para compra de materiais para saúde como máscara, luvas, entre outros mais. Empresa vencedora A. C. P. CORREA E CIA LTDA. - EPP, CNPJ no. 1.184.342/0001-71, situada na Avenida Independência, no. 1279, Centro, Bela Vista do Paraíso/PR, no valor de R\$63.340,00 (sessenta e três mil,

⁸ Fonte: <https://gmconline.com.br/noticias/cidade/prefeitura-recomenda-mudanca-de-horario-no-comercio-de-maringa/>

	<ul style="list-style-type: none"> • trezentos e quarenta reais), referente a aquisição de máscara descartável para atendimento dos profissionais e usuários da Rede Municipal de Saúde, tudo em conformidade com os documentos que instruem o Processo no. 851/2020-PMM. • É iniciada a campanha de vacinação da influenza para o grupo prioritário de pessoas com 60 ou mais anos.
24 de março de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Plantão de acolhimento psicológico é iniciado; • Prefeitura publica guia de isolamento domiciliar para orientar população; • Alimento das unidades educacionais são entregues para demandas sociais; • Boletim divulga com mais transparência a situação do contágio de covid-19 na cidade.
25 de março de 2020 - (Decreto 465/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Prorroga pagamento dos tributos do Simples Nacional; • Secretaria de Saúde abre inscrições para voluntários; • SISMMAR verifica condições de trabalho dos servidores e continua visitando os setores que permanecem em atividades para verificar se apresentam segurança aos trabalhadores⁹.
26 de Março	<ul style="list-style-type: none"> • Comerciantes e empresários fazem buzinação contra o decreto municipal que prevê o fechamento do comércio da cidade por 30 dias. • 15 entidades que representam vários segmentos empresariais de Maringá como a Associação Comercial e Empresarial de Maringá (Acim), sindicatos da construção civil, das escolas particulares, bares e restaurantes, shoppings e sociedade rural assinaram um manifesto que pede que seja realizada uma reabertura gradativa das atividades de Maringá a partir do dia 30 para "evitar um colapso econômico e social"¹⁰.
28 de março de 2020 (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura de Maringá passa a acolher pessoas em situação de vulnerabilidade no Ginásio Chico Neto. 16 vagas para homem e 16 vagas para mulheres totalizando 32 vagas.
29 de março de 2020 (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Auxílio Alimentação emergencial do município é oferecido à população.
30 de março de 2020 (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Municipal prepara 26 leitos de UTI e 301 52 de enfermaria para casos de covid-19
31 de março de 2020 - Decreto 481/2020	<ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Atendimento Domiciliar é implantado e pacientes recebem tratamento em casa • Pagamento de parcelas do IPTU tem prazo estendido em seis meses; • Unidades sentinela são instaladas e triam pacientes com sintomas de covid-19 em unidades públicas de saúde.

3.2. SEGUNDA FASE: INÍCIO DO AFROUXAMENTO COM AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS ESSENCIAIS

Nessa fase, iniciada no mês de abril, ocorreu o início do afrouxamento das medidas adotadas no mês anterior, em virtude das pressões exercidas pelos setores e entidades representativas da cidade em prol da abertura gradativa das atividades. Nesse período, houve autorização de funcionamento de serviços essenciais, tais como panificadoras, peixarias, oficinas, borracharias e clínicas médicas.

Acompanhando essas medidas, houve a ampliação de casos, que ultrapassou 50 e no período houve 5 óbitos. Apesar das medidas de afrouxamento, diversas iniciativas foram realizadas pelo poder público para mitigação dos prejuízos à

⁹ Fonte: <http://www.sismmarmaringa.com.br/?p=22185>

¹⁰ Reportagem do site G1 disponível em: <https://g1.globo.com/pr/norteenoroeste/noticia/2020/03/26/coronavirus-comerciantes-e-empresarios-fazem-buzinaco-em-protesto-contrafechamento-do-comercio-em-maringa.ghtml>

população, tais como funcionamento do restaurante popular, marmitas para os caminhoneiros, decreto de Estado de Calamidade Pública para realização de medidas emergenciais e capacitação e apoio psicológico aos profissionais da saúde (Quadro 2).

Quadro 2: Linha do tempo da segunda fase em Maringá

Data/Evento	Medidas
01 de abril de 2020 - (Decreto 489/2020)	<ul style="list-style-type: none"> Decreto no 489/2020 estabelece funcionamento de padarias, açougues e peixarias; Prefeitura inicia entrega de 200 marmitas diárias para caminhoneiros em pontos de parada.
02 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> Ouvidoria recebe mais de 10 mil denúncias em 13 dias; Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa Civil do Paraná iniciam cadastro de voluntários em atividades de enfrentamento à pandemia; Prefeitura instala pontos de arrecadação de alimentos e produtos de higiene para doação; A desembargadora Astrid Rutes, da 4ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Paraná (TJ-PR) autoriza abertura de loja de conveniência em um posto, em Maringá. O Sindicato dos Revendedores de Combustíveis (Sindicombustíveis) também entrou com liminar no TJ-PR para liberação de todas as lojas de conveniência de postos da cidade¹¹. Justiça do MPPR, representado pela 16ª Promotoria de Justiça de Maringá autoriza funcionamento de padarias em Maringá para diminuir aglomeração de pessoas em supermercados¹²; Maringá tem 22 casos confirmados de Coronavírus.
03 de abril de 2020 - (Decreto 497/2020) ¹³	<ul style="list-style-type: none"> Estado de calamidade pública no município; Secretaria de Saúde pública o boletim epidemiológico com informações detalhadas sobre o contágio no município; Operação orienta pessoas nas ruas sobre importância do isolamento.
06 de abril de 2020 - (Decreto 502/2020)	<ul style="list-style-type: none"> Autoriza o funcionamento de oficinas mecânicas, auto socorro, borracharias, delivery de autopeças, clínicas e consultórios médicos, clínicas veterinárias e pet shops.
08 de abril de 2020 - (Decreto 506/2020)	<ul style="list-style-type: none"> Estabelece novas regras sobre abertura, no dia 12 de abril, de serviços de Saúde de urgência, emergência e internação, farmácias, abastecimento postos de combustível, distribuidora de água e gás. Comércios alimentícios também são autorizados a abrir em horário especial por causa do feriado de páscoa. Lotéricas são autorizadas a abrir para agilizar saque do auxílio emergencial. A Justiça concedeu uma liminar ao sindicato que representa as empresas de materiais de construção autorizando as lojas do segmento a reabrirem. A decisão é válida para estabelecimentos que vendem materiais de construção, elétricos, hidráulicos, ferragens, tintas e madeiras. A determinação municipal suspendeu o funcionamento das atividades por 30 dias para prevenir o contágio entre a população. O juiz Frederico Mendes Júnior determinou que as lojas deverão cumprir regras rígidas para prevenir a propagação do vírus entre consumidores e funcionários, como uso obrigatório de máscaras¹⁴. Após diálogo com setores da sociedade civil organizada de Maringá, a Prefeitura Municipal decidiu liberar mais dois segmentos em meio à quarentena: indústria e construção civil. Ao longo dos últimos dias,

¹¹ Fonte: <https://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2020/04/02/coronavirus-tj-pr-autoriza-abertura-de-loja-de-conveniencia-em-posto-em-maringa.ghtml>

¹² Fonte: <http://www.mppr.mp.br/2020/04/22476,11/Justica-autoriza-funcionamento-de-padarias-e-lojas-de-conveniencia-em-Maringa-para-diminuir-aglomeracao-de-pessoas-em-supermercados.html>

¹³ Observação: Esse Decreto não constou no site da Prefeitura Municipal de Maringá na data consultada.

¹⁴ Mais informações em Fonte: <https://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2020/04/08/justica-concede-liminar-para-reabertura-de-lojas-de-materiais-de-construcao-em-maringa.ghtml>

	conforme o site da CBN, entidades de classe têm entrado na Justiça ou feito críticas públicas à gestão para a volta gradual do comércio ¹⁵ .
09 de abril de 2020 - (Decreto 506/2020 e 544/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • REGISTRADO 3º ÓBITO POR CORONAVÍRUS; • Secretaria de Saúde divulga 2º boletim epidemiológico detalhado. Concentração dos casos confirmados está próxima ao Parque do Ingá e Bosque 2 - região central de Maringá, bairros ocupados predominantemente por classes média e média alta; • Capacitação produz material de apoio psicológico dos profissionais da Saúde; • Representantes do setor do comércio como a Acim e Sivamar, o sindicato dos varejistas, se reuniram na Associação Comercial e Empresarial de Maringá (Acim) com o secretário municipal de Saúde, Jair Biato para entregar um plano de reabertura elaborado por eles e cobrar a volta das atividades de comércio antes do prazo determinado de 30 dias de paralisação dessas atividades. Não descartam judicializar a questão caso seja necessário¹⁶.
10 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • 4º MORTE POR CORONAVÍRUS É CONFIRMADA PELA SECRETARIA DE SAÚDE.
13 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • 5º ÓBITO POR COVID-19 É CONFIRMADO;
14 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Educação anuncia que adotará modelo presencial para repor aulas na rede municipal de ensino; • Acolhimento psicológico soma 845 atendimentos em 20 dias de plantão; • ;MARINGÁ TEM 50 CASOS DE CORONAVÍRUS. • Novo boletim diário traz número de recuperados e outros detalhes sobre contágio.
15 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Coleta Seletiva volta a operar normalmente na cidade; • Restaurante Popular prepara 850 marmitas diárias no período de isolamento; • Mais de 10 mil famílias são beneficiadas com Auxílio Alimentação do município; • Nova capacitação para profissionais de saúde é publicada no Youtube.
16 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde de Maringá volta a aplicar vacinas de rotina; • Sala do Empreendedor anuncia canal exclusivo para ajuda sobre Auxílio Emergencial para microempreendedores; • Liminar do Sindicato dos Revendedores de Combustíveis (Sindicombustíveis) alegando que as lojas de conveniência são serviços essenciais e devem ficar abertas no período da quarentena é autorizada por TJ-PR¹⁷. • COM 51 CONFIRMADOS, MARINGÁ NÃO REGISTRA NOVO CASO DE CORONAVÍRUS EM 24H; • É iniciada a segunda fase de vacinação contra a influenza, dessa vez para portadores de doenças crônicas não transmissíveis, de 6 a 59 anos, e para trabalhadores da área da saúde.
17 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • 3º boletim epidemiológico é publicado; • Prefeitura anuncia convênio com Universidades para pesquisa de dispersão do vírus, aquisição de 300 mil máscaras, de 5 mil testes e de leitos de hotel para internamento de suspeitos; • Hospital Municipal de Maringá finaliza preparação e leitos de UTI saltam de 10 para 25 estruturados.

¹⁵ Fonte: <https://cbnmaringa.com.br/noticia/apos-pessao-do-empresariado-industria-e-construcao-civil-poderao-funcionar>

¹⁶ Fonte: <https://gmconline.com.br/noticias/cidade/comercio-entende-quarentena-mas-quer-data-para-reabrir-em-maringa/>

¹⁷ Fonte: https://www.tjpr.jus.br/noticias/-/asset_publisher/9jZB/content/covid-19-lojas-de-conveniencia-de-maringa-conseguem-autorizacao-para-funcionar-no-periodo-de-quarentena/18319

3.3. TERCEIRA FASE: FLEXIBILIZAÇÃO

A partir do dia 18 de abril, com o Decreto 566/2020, entende-se que se iniciou uma nova fase do processo de gestão da pandemia em Maringá, definida como fase de flexibilização. Essa definição pode ser apreendida no próprio Decreto, que flexibilizou atividades comerciais e serviços em busca de normalidade mínima. Houve diversas alterações nas regras de flexibilização com a publicação de 7 decretos no período. As particularidades e especificidades sobre cada um podem ser conferidas no Quadro 3. No dia 10 de junho Maringá ultrapassou a marca dos 600 casos de Coronavírus.

Data/Evento	Medidas
18 de abril de 2020 - (Decreto 566/2020)	<ul style="list-style-type: none">Decreto no 566/2020 flexibiliza atividades comerciais e serviços em busca de normalidade mínima. Comércio poderá abrir novamente em 20 de abril;1 MÊS DESDE O ANÚNCIO DA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIOPrograma "Maringá Recupera" oferece linha de crédito emergencial para MEIs e informais preservarem salários e empregos;Prefeito Ulisses Maia sanciona lei do Legislativo que prorroga pagamento do ISS.
20 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">Comércio varejista de rua reabre com rígidas regras de funcionamento;Prefeitura de Maringá retoma atividades de forma parcial;Município incentiva uso de máscaras de tecido como medida de segurança e lança guia de boas práticas;Castrações para animais de rua em situação de urgência voltam a ser solicitadas pela ouvidoria online.
22 de abril de 2020 - (Decreto 578/2020)	<ul style="list-style-type: none">Autoriza abertura de salões de beleza e barbearias a partir de 22 de abril, feiras a partir de 25 e setor hoteleiro a partir de 27 de abril;Atendimento psicológico é estendido a profissionais de saúde;Sismmar faz visita ao estar para verificar as condições de trabalho e averiguar denúncia sobre a falta das demarcações nos guichês de pagamento para os usuários manterem distanciamento uns dos outros, a falta de álcool em gel na recepção e a falta de informativos sobre o uso obrigatório de máscaras de proteção.
23 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">MARINGÁ REGISTRA 61 CASOS DE CORONAVÍRUS E BOLETIM PASSA A INDICAR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR GERAL EM MARINGÁ.
24 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">Secretaria de Saúde divulga 4º boletim epidemiológico e atualiza situação sobre contágio na cidade. 59% dos pacientes infectados com o Covid-19 são homens, 73% das pessoas têm entre 14 e 59 anos e são moradores da região central do município.
25 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">Feiras livres retornam respeitando regras de higiene.
26 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">Feira Livre da Avenida Mauá passa a ser realizada no estacionamento do estádio Willie Davids para respeitar segurança entre barracas.
27 de abril de 2020-	<ul style="list-style-type: none">Sismmar retorna ao star e verifica readequação das condições de trabalho durante o período de pandemia.
29 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">Secretaria Municipal de Saúde passa a fazer 40 exames PCR diários; antes eram 50 por semana pelo estado.
30 de abril de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">ABRIL ENCERRA COM 87 CASOS CONFIRMADOS DE CORONAVÍRUS, 56 CASOS RECUPERADOS E 5 OBITOS.
01 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">5º boletim epidemiológico aponta novos dados sobre contágio do coronavírus na cidade.
04 de maio de 2020 -	<ul style="list-style-type: none">Diretoria de Fiscalização apresenta balanço: Foram 18.550 denúncias

(sem decreto municipal)	no telefone da Ouvidoria 156, 3.187 vistorias, com 788 advertências por escrito, 360 orientações por telefone e 168 autuações. Multas somam R\$ 523,9 mil.
05 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura disponibiliza cadeiras em fila da Caixa Econômica para beneficiários do Auxílio Emergencial; • Aberta a 2a fase de credenciamento para técnicos de enfermagem e enfermeiros.
06 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Maringá recebe cartão Comida Boa do Governo do Paraná. Benefício de R\$ 50 será entregue para famílias inseridas no CADÚnico.
07 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • 6º ÓBITO POR CORONAVÍRUS É REGISTRADO EM MARINGÁ; • Secretaria de Mobilidade retoma os atendimentos presenciais; • Procon faz vistoria surpresa no terminal urbano.
08 de maio de 2020 - (Decreto 637/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Autoriza a realização de missas, cultos e reuniões religiosas, funcionamento de shoppings, centros comerciais, galerias, serviços de alimentação e academias de ginásticas; • MARINGÁ TEM 110 CASOS CONFIRMADOS DE CORONAVÍRUS; • É anunciado o gatilho para lockdown, mecanismo que será acionado pela Secretaria de Saúde sempre que indicadores como taxa de ocupação geral de UTI e taxa de positividade de testes para o coronavírus alcançar índices previstos na matriz de risco; • Secretaria de Saúde divulga 6º boletim epidemiológico.
09 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • É iniciada a terceira fase de vacinação contra a Influenza para professores, crianças de 6 meses a menores de 6 anos, gestantes, puérperas, indígenas, adultos de 55 a 59 anos e pessoas com deficiência.
10 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Aniversário de 73 anos é comemorado online, como foco na prevenção contra coronavírus.
11 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Hortas comunitárias retomam atendimento ao público; • Ouvidoria ultrapassa 20 mil denúncias sobre descumprimento de decretos; • Restaurantes e bares estão autorizados a abrir até as 22h; • Igrejas retomam celebrações religiosas com restrições.
12 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Plantão de Acolhimento Psicológico implanta novo horário de atendimento, das 7h às 21h, todos os dias; • Portal da Transparência mostra contratações de bens e serviços relacionados à pandemia.
13 de maio de 2020 -	<ul style="list-style-type: none"> • A direção do SISMMAR visitou algumas unidades de ensino para verificar a situação nos locais de trabalho. Os diretores constataram que os servidores realmente estavam trabalhando. Fato que causou indagações, visto que o Decreto 640/2020 suspende o calendário escolar e antecipa o recesso e fez com que o sindicato pedisse explicações da prefeitura pelo o ocorrido¹⁸.
14 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeitura anuncia estudo para entender disseminação do vírus com 800 testes rápidos; • Operação flagra, multa e fecha bares desrespeitando decretos municipais; • Pais fazem avaliação positiva das atividades extraclases da Secretaria de Educação.
15 de maio de 2020 - (Decreto 677/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Prorroga por mais 30 dias prazo para tramitação de processos; • Saúde retoma agendamento de exames e consultas especializadas; • Portaria que regulamenta abertura das academias é publicada.
16 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • MARINGÁ REGISTRA 20 CASOS DE CORONAVÍRUS EM 24H, MAIOR ÍNDICE DE CONFIRMADOS DESDE O INÍCIO DA SÉRIE HISTÓRICA.
17 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • Operação integrada multa bar em R\$75 mil por descumprimento de regras de segurança e higiene; • Secretaria de Saúde divulga 7º boletim epidemiológico. Maior concentração de casos confirmados segue na região central da cidade.
18 de maio de 2020 -	<ul style="list-style-type: none"> • Academias comerciais e de condomínios reabrem com medidas de

¹⁸ Fonte: <https://www.sismmarmaringa.com.br/?p=22733>

(Decreto 677/2020)	<p>prevenção;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multas aplicadas por descumprimento de decretos entre 20/3 e 17/5 somam R\$576,540 mil; • Hospital Psiquiátrico de Maringá é interditado após surto de coronavírus com 85 casos na unidade hospitalar sendo 53 pacientes e 32 funcionários¹⁹.
19 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • É publicado edital da Secretaria de Cultura da Prefeitura de Maringá (Semuc) para contemplar artistas locais em apresentações pela internet. Edital "Em casa com arte" prevê R\$ 200 mil e deve contemplar quase 200 projetos, em apoio durante a pandemia de coronavírus. Verbas variam entre R\$ 500 e R\$ 2 mil.
20 de maio de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • É iniciada a primeira etapa da pesquisa sobre a dispersão do vírus em Maringá com parceria das universidades UEM , UNINGÁ E CESUMAR.São aplicados nas populações dos bairros mais afetados 194 testes rápidos de covid 19 e o resultado dessa etapa apontou que nenhum teste foi positivo.
28 de maio de 2020 - (Decreto 798/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • ALTERAÇÃO DOS DECRETOS MUNICIPAIS 566/202, 578/2020 E 690/2020 PUBLICADOS DURANTE O PERÍODO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA.
01 de junho de 2020 -	<ul style="list-style-type: none"> • A direção do SISMMAR visitou uma escola municipal para averiguar se os servidores estavam trabalhando após a confirmação de um caso de covid-19 na unidade. A escola estava funcionando, seguindo o Plano Emergencial de Aprendizagem Não Presencial da Secretaria de Educação (SEDUC), com a entrega de atividades à população.O SISMMAR entende que, após a confirmação do caso, o servidor deve ser afastado de suas atividades e todos que com ele tiveram contato devem ser afastados e testados para verificação de possível contaminação. Essas ações ajudam a proteger a vida dos servidores, de suas famílias e da população atendida. O município não publicou nenhum protocolo de ação referente aos casos de servidores positivados ao novo coronavírus²⁰.
03 de junho de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • É iniciada a segunda etapa da pesquisa sobre a dispersão do vírus em Maringá com parceria das universidades UEM, UNINGÁ E CESUMAR .Dos 249 testes feitos três deram positivo para coronavírus.Dados apontam que 0,67% da comunidade apresenta anticorpos contra coronavírus.
08 de junho de 2020	<ul style="list-style-type: none"> • O SISMMAR apresenta denúncia ao Ministério Público do Trabalho (MPT) de Maringá e solicita o afastamento imediato, por meio de isolamento/quarentena, de todos servidores que estiveram em contato ou trabalhando, de forma direta ou indireta, com pessoas acometidas de covid-19. Essa é uma medida de urgência e de saúde pública. Até o momento a Prefeitura vinha afastando apenas os casos confirmados e de servidores que apresentem sintomas de síndrome gripal, mantendo em atividades os demais trabalhadores que com eles tiveram contato.
10 de junho de 2020 - (Decreto 856/2020)	<ul style="list-style-type: none"> • DISPÕE SOBRE ATIVIDADES PROIBIDAS DE FUNCIONAR NOS DIAS 12 E 13 DE JUNHO; ALTERAÇÕES NO DECRETO MUNICIPAL 798/2020 COM REFLEXO NOS DECRETOS MUNICIPAIS 566/202, 578/2020 E 690/2020; • 1º. Nos dias 11 (feriado), 13 (sábado) e 14 (domingo) de junho de 2020, ficam proibidas todas as atividades no município, exceto farmácias, supermercados, mercearias, açougues e peixarias, feiras-livres, serviços de alimentação, postos de combustíveis, distribuidores de água e gás. (PMM flexibiliza a abertura do comércio para o dia dos namorados e depois volta a fechar no dia 16 - ver decreto 862).

¹⁹ Fonte: <https://www.radioculturafoz.com.br/2020/05/29/hospital-psi-quiatrico-de-maringa-confirma-novos-47-casos-da-covid-19/>

²⁰ Fonte: <https://www.sismmaringa.com.br/?p=22938>

3.4. QUARTA FASE: FECHAMENTO PARCIAL

A quarta fase identificada foi a fase de fechamento parcial, iniciada em 16 de junho, em virtude do aumento considerável de casos na cidade bem como a partir da preocupação com a ocupação dos leitos de UTI disponibilizadas nos Boletins da Secretaria de Saúde. Até o dia 30 de junho (Quadro 3), os casos haviam sido triplicados e, apesar do fechamento da linha do tempo no final de junho, no momento de fechamento desse relatório, com dados do Boletim de 14 de julho, Maringá chegou a 2.216 casos e 29 óbitos.

Quadro 3: Linha do Tempo da Quarta Fase

Data/Evento	Medidas
16 de junho de 2020 - (Decreto 862/2020)	<ul style="list-style-type: none">• Medidas restritivas são implantadas devido o aumento do número de casos de COVID e a diminuição do número de leitos de UTI disponíveis;• Suspende o funcionamento de bares, proíbe aglomerações em locais públicos como praças, quadras e ATIs. Restrição de horário de funcionamento de shoppings centers, galerias, serviços de alimentação, prestadoras de serviços em geral, auto escolas, auto peças, pet shops e conveniências.
17 de junho de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">• É iniciada a terceira etapa da pesquisa sobre a dispersão do vírus em maringá com parceria das universidades UEM, UNINGÁ E CESUMAR. Dos 250 testes feitos quatro deram positivo para coronavírus. Dados apontam que 1,01% da comunidade apresenta anticorpos contra coronavírus.
22 de junho de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">• Sindicato Sismar alerta para o aumento do número de profissionais da saúde infectados de 173% a mais em duas semanas. A variação foi de 60 profissionais contaminados dia 8 de junho para 164 no dia 22 do mesmo mês.
23 de junho de 2020 - (Decreto 889/2020)	<ul style="list-style-type: none">• Prorroga até o dia 01 de julho os efeitos do decreto 862/2020;• Os serviços de alimentação poderão realizar suas atividades exclusivamente por delivery aos sábados e domingos, com restrição de horário;• Prefeitura de Maringá decidiu fazer o teste rápido do novo coronavírus nos 3.200 servidores da saúde que trabalham para o município. Foram 64 profissionais da saúde que testaram positivo para o coronavírus, entre trabalhadores públicos e privados;• É lançado Plano de Retomada do Desenvolvimento Econômico e Social de Maringá. Decreto foi assinado em solenidade na sala de reuniões do Paço Municipal com participação de diversos segmentos econômicos maringaenses. Ações visam apoiar economicamente a cidade durante crise do coronavírus. Medidas urgentes começam já amanhã com resultados para os próximos 60 dias; Participaram da solenidade secretário municipais, Câmara de Vereadores, Associação Comercial e Empresarial de Maringá (Acim), Sindicato das Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Maringá (Sindimetal), Sindicato dos Lojistas do Comércio e do Comércio Varejista de Maringá e Região (Sivamar), Federação das Associações Comerciais e Empresariais do Paraná (Faciap), Sindicato Estabelecimentos Particulares de Ensino Noroeste Paraná (Sinepe), Sindicato da Indústria da Construção Civil no Paraná (Sinduscon), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conselho do Desenvolvimento de Maringá (Codem), Sociedade Rural, sindicatos, universidades, entre outros.
24 de junho de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none">• Em reunião com a Secretaria de educação do município (Seduc) O Sismar cobrou o pagamento de horas suplementares aos professores em contrato somente por horas trabalhadas. O sindicato recebeu informações de que em virtude da quarentena o pagamento não foi realizado a este grupo, seguindo o contrato;• A Seduc definiu pelo pagamento de apenas metade das horas. Sem

	<p>concordância com esta medida, o sindicato cobrou que se há trabalho, todas as horas devem ser pagas, não apenas uma parte. A secretaria garantiu que irá conversar com a pasta de Recursos Humanos para avaliar a reivindicação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outra Pauta importante colocada pelo sindicato, foram acerca das denúncias sobre problemas operacionais na educação, sobretudo a indisponibilidade de impressoras já que o número é limitado de equipamentos e de toners não suprindo a necessidade para a montagem de apostilas e entrega, a cada 15 dias, aos pais ou responsáveis. Segundo a gestão municipal, As milhares de páginas de exercícios para os alunos estão sendo enviadas para a impressão em outras secretarias, junto da avaliação sobre o pagamento em outras localidades, como gráficas, a fim de garantir a elaboração das apostilas quinzenais de atividades que deverão ser realizadas pelos estudantes em casa. Houve também mudança no Plano Emergencial, durante a crise do novo coronavírus, que anteriormente era feita de modo que os servidores se dirigiam às respectivas unidades para a realização das atividades, de forma escalonada para evitar aglomerações e ampliar o risco de contágio a cada 15 dias . Após uma avaliação interna da Seduc, este afastamento dos centros e escolas passou para 20 dias para garantir a integridade das equipes; • Manifestação de donos de bares em frente ao Passo Municipal pedem a reabertura após uma semana do decreto que previu o fechamento desse setor. Os empresários acreditam, ainda, que o fechamento dos bares provoca aglomeração em mercados e residências porque as pessoas têm necessidade de “confraternizar e amenizar os efeitos psicológicos da pandemia”²¹. • 11 estabelecimentos de disque cerveja e conveniência conseguem liminar para ampliar horário de funcionamento. A decisão da juíza Cristiane Santos Leite, de Curitiba, diz que 11 estabelecimentos poderão funcionar de segunda sexta-feira, das 8h às 22h, e aos sábados e domingos das 11h às 15h²².
25 de junho de 2020 -	<ul style="list-style-type: none"> • Novamente donos de bares fazem manifestação dessa vez em frente a câmara de vereadores pedindo a reabertura após uma semana do decreto que previu o fechamento desse setor. Comissão formada por parlamentares e comerciantes promete dialogar com o prefeito para resolver a situação. • O Sindhotel tem pedido de liminar para a reabertura de bares em Maringá negado em primeira instância. O sindicato vai recorrer²³.
28 de junho de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • O enfrentamento da pandemia foi reforçado com a chegada de 20 novos respiradores no Hospital Municipal. Oriundos do Ministério da Saúde, por intermédio do deputado federal Ricardo Barros, com apoio também dos deputados federais Sargento Fahur, Enio Verri e Luiz Nishimori, os equipamentos servirão de reserva técnica e, se necessário, instalados em novas salas de UTIs da unidade Hospitalar.
29 de junho de 2020 - (sem decreto municipal)	<ul style="list-style-type: none"> • É iniciada a entrega de 'kits alimentação' para alunos da rede municipal de ensino. Os recursos são do Governo Federal, via Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), complementados pelo Salário Educação do município. Os kits serão disponibilizados uma vez por mês, enquanto as aulas presenciais estiverem suspensas. A ação é executada conforme recomendação do Ministério Público. Pela lei do PNAE (11.947/2009) e, conforme a Lei Federal (13.987/2020), todos os alunos têm direito a alimentação escolar. Os kits são distribuídos em sacolas plásticas, compostas por frutas, verduras e legumes, adquiridos por meio da agricultura familiar e, também, por alimentos não perecíveis que constam nos estoques das unidades municipais de ensino.
30 de junho de 2020 - Decreto Estadual 4942/2020	<ul style="list-style-type: none"> • 134 municípios são obrigados a cumprir medidas mais restritivas como a suspensão de atividades não essenciais; Maringá não está no grupo²⁴.

²¹ Fonte <https://cbnmaringa.com.br/noticia/bares-disque-bebidas-e-tabacarias-protestam-contra-restricoes-em-maringa>

²² Fonte: <https://cbnmaringa.com.br/noticia/11-estabelecimentos-de-maringa-conseguem-liminar-para-ampliar-horario>

²³ Fonte: <https://cbnmaringa.com.br/noticia/justica-nega-liminar-para-reabertura-de-bares>

4. PARTICULARIDADES

4.1. TRANSPORTE COLETIVO CIDADE CANÇÃO

O transporte coletivo pode ser considerado como local privilegiado para transmissão e contágio do Coronavírus se as medidas necessárias não forem consideradas, justamente por ser um local de aglomeração de pessoas. No caso de Maringá, há apenas uma empresa que detém o monopólio do transporte coletivo. Em que pese a importância de desvelar esse processo, diversos trabalhos, como por exemplo, Barbiero (2020), demonstraram como esse monopólio prejudica a mobilidade da população pobre. Esse domínio generalizado da empresa, que também opera em municípios vizinhos por meio de outra marca do mesmo grupo, denominada Cidade Verde, causa constrangimentos diversos que precisam ser debatidos pela sociedade para sua alteração.

Alguns dos conflitos foram destacados na linha do tempo sobre as ações envolvendo a Prefeitura, a empresa e o judiciário. Em linhas gerais, a empresa exige que o poder público a indenize pela diminuição da demanda por ocasião dos decretos emitidos pelo executivo.

Quadro 4: Linha do Tempo dos conflitos com a TCCC

Data/Evento	Medidas
17 de março de 2020 - Medidas preventivas são adotadas por parte da PMM e TCCC	<ul style="list-style-type: none">Terminal Urbano e TCCC adotam medidas preventivas contra o coronavírus: higienização do veículo várias vezes ao dia, depois de cada viagem, interdição de bebedouros, reforços na limpeza e lavagem dos veículos após a utilização;TCCC diz estar adotando medidas de contenção do coronavírus.
23 de março de 2020 - Justiça determina que TCCC forneça máscaras e álcool gel a motoristas	<ul style="list-style-type: none">A liminar determina que a Transporte Coletivo Cidade Canção, responsável pelo serviço em Maringá, e a Cidade Verde Transportes, que atua nas cidades da região: “forneçam e fiscalizem o uso de equipamentos de proteção individual, inclusive máscaras e luvas; forneçam álcool em gel no início e durante a jornada de trabalho, nos transportes coletivos e locais de embarque, desembarque ou simples permanência dos trabalhadores;”As empresas têm 48 horas para cumprir o que foi determinado. Em caso de desobediência, terão de pagar R\$ 10 mil por trabalhador.
01 de abril de 2020 -	<ul style="list-style-type: none">Liminar expedida para TCCC fornecer EPI aos funcionários;
05 de abril de 2020 - TCCC ganha mais cinco dias de prazo para fornecer EPIs aos motoristas	<ul style="list-style-type: none">A empresa de transporte coletivo entrou com um mandado de segurança contra a decisão da 2ª Vara do Trabalho de Maringá e ganhou mais prazo para o fornecimento de máscaras e outros equipamentos de proteção.
06 de abril de 2020 -	<ul style="list-style-type: none">A redução de usuários no transporte coletivo foi drástica e a empresa precisará fazer empréstimo para pagar funcionários e comprar combustível. 90% dos funcionários das atividades autorizadas a abrir a partir desta terça-feira (7) não utilizam ônibus;Ao ser indagado sobre a possível falência da empresa o prefeito fala que contratará outra;TCCC devolveria a concessão a qual tem contrato previsto em 20 anos prorrogável por mais 20 e nova contratação seria feita mediante a um novo processo de licitação.
21 de abril de 2020 -	<ul style="list-style-type: none">Para conter a proliferação do novo coronavírus, o uso de máscara

²⁴ Fonte: <https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2020/06/30/ratinho-junior-anuncia-quarentena-mais-restritiva-para-combater-a-covid-19-no-parana.ghtml> e <http://www.aen.pr.gov.br/arquivos/3006decretocovid.pdf>

Uso de máscaras passa a ser obrigatório	passou a ser obrigatório nos ônibus de Maringá, no Paraná. A informação foi divulgada pela Prefeitura por meio de nota.
04 de maio de 2020 - TCCC É MULTADA	<ul style="list-style-type: none"> TCCC é multada em R\$ 444 mil por colocar passageiros em risco; Fiscais flagraram vários ônibus saindo ou chegando lotados. Procon apura que empresa teria reduzido frota de veículos e ampliado intervalos das linhas. O que teria gerado maior número de pessoas nas filas e dentro dos ônibus.
05 de maio de 2020 - TCCC divulga nota sobre a multa cautelar	<ul style="list-style-type: none"> Segundo a empresa, a multa foi exorbitante uma vez que a redução nos horários de ônibus foi uma medida adotada em consenso com a Prefeitura de Maringá e em razão da queda no número de usuários.
07 de maio de 2020 - TCCC apresenta defesa ao Procon e se compromete a colocar mais ônibus	<ul style="list-style-type: none"> A empresa vai ampliar o número de ônibus em horários de pico principalmente em quatro linhas. E o distanciamento entre os passageiros deve ser respeitado.
08 de maio de 2020 - TJ concede liminar na justiça	<ul style="list-style-type: none"> Liminar determina que Prefeitura de Maringá pague indenização a empresa responsável pelo transporte público; Transportes Coletivos Cidade Canção alega que, por causa de decretos municipais devido à pandemia de Covid-19, teve prejuízo de R\$ 3.874.854,70 - prejuízo referente a 21 dias do mês abril. A tccc alega que houve uma diminuição de 84% dos passageiros e a empresa foi obrigada a trabalhar com 100% da frota mais gastos extras como álcool em gel e os novos parâmetros de limpeza; Em primeira instância, a TCCC teve o pedido negado pela justiça. A decisão favorável foi publicada na sexta-feira (8). De acordo com essa liminar, a medida é de extrema urgência, pois há risco de iminente colapso do sistema público de transporte no município de Maringá.
11 de maio de 2020 - PMM e TCC têm tido embates desde 2017	<ul style="list-style-type: none"> TJ mantém determinação para Prefeitura de Maringá auxiliar TCCC; No dia 11 de maio, em que se tornou pública a decisão de auxílio financeiro por parte da Prefeitura, o prefeito Ulisses Maia fez uma transmissão ao vivo pelas redes sociais. Nela, questionou o pedido da empresa e falou mais de uma vez que a TCCC é investigada na Justiça²⁵.
23 de maio de 2020	<ul style="list-style-type: none"> Desembargadora não aceita defesa do município e afirmou, no dia 21 deste mês, ser necessário socorrer a empresa, que teve redução de passageiros devido ao coronavírus. Procurado, município informou ainda não ter sido notificado oficialmente e que, de qualquer forma, irá recorrer. Empresa pede ao Executivo que cumpra a decisão.
26 de maio de 2020 - DECISÃO DO STJ FAVORÁVEL A PMM	<ul style="list-style-type: none"> STJ suspende decisão que obrigava prefeitura de Maringá a pagar R\$ 3,9 milhões à TCCC.
01 de junho de 2020 - Data para alteração já passou, mas TCCC não pediu reajuste tarifário	<ul style="list-style-type: none"> Segundo a TCCC, houve uma campanha muito forte para que não se aumentasse as tarifas de transporte coletivo em todo o Brasil. E aí não é possível saber como será após a pandemia. Então, qualquer pedido atualmente poderá resultar em desequilíbrio financeiro, informou a TCCC.
05 de junho de 2020 - 200 Funcionários da TCCC e Cidade Verde serão testados	<ul style="list-style-type: none"> A empresa informa que esta é uma das medidas adotadas para a prevenção do coronavírus. Esta semana um motorista da Cidade Verde, de transporte metropolitano, testou positivo para o vírus.
11 de junho de 2020 - Multa é aplicada devido o descumprimento de decretos	<ul style="list-style-type: none"> TCCC é multada pelo Procon em R\$ 460 mil em Maringá por descumprir decretos da Covid-19; Os fiscais identificaram ônibus lotados, além de aglomeração de pessoas. Ônibus com higienização inadequada também foram flagrados pela equipe do Procon, o que representa risco a passageiros e funcionários de contaminação do coronavírus.
17 de junho de 2020 - Mais de 30 entidades pedem ao MP que investigue a empresa TCCC	<ul style="list-style-type: none"> Entidades pedem a MP que investigue empresa de ônibus de Maringá; Para as entidades, no documento protocolado em 17 de junho, "a pretensão da TCCC, em outras palavras, vai na direção de socializar seus eventuais prejuízos (no caso, decorrentes da pandemia), tão somente, reservando para si a integralidade dos lucros amealhados nos

²⁵ MATÉRIA COMPLETA EM: <https://www.cbnmaringa.com.br/noticia/gestao-da-prefeitura-de-maringa-e-tccc-tem-tido-embates-desde-2017>

5. CONSIDERAÇÕES

Esse levantamento e acompanhamento permitiu reafirmar a importância das políticas de distanciamento social para que a curva de ampliação dos contágios não sature os sistemas de saúde. Avalia-se que Maringá não chegou à saturação pela tomada rápida de decisão do poder público quando foi anunciado o primeiro caso na cidade de Maringá. No entanto, a pressão realizada por diversos setores da sociedade levou, em um primeiro momento, ao afrouxamento das medidas e, em um segundo momento, à flexibilização. Esse processo certamente contribuiu para a ampliação significativa dos casos, levando à ocupação de aproximadamente 50% dos leitos.

Ainda que Maringá tenha ficado de fora do Decreto 4942 de 30 de Junho do governo do estado, por ter proporção de casos positivos menor do que outros centros do estado, houve ampliação significativa dos casos, o que levou o poder público a rever as medidas de flexibilização.

A partir da linha do tempo, foi possível perceber as estratégias realizadas para combate à expansão do contágio, mas também as contradições e manifestações dos setores produtivos pela sua reabertura. Como pontos positivos, realizaram parcerias entre o poder público e as universidades para realização de diagnósticos que auxiliaram na tomada de decisões; ações do Sindicato dos Servidores Públicos denunciando o descumprimento de medidas de combate ao Coronavírus; denúncias da sociedade em relação ao descumprimento das medidas pelo setor empresarial; anúncios de novos leitos e infraestrutura hospitalar; entre outros.

Como pontos negativos, destaca-se o caso do Transporte Coletivo Cidade Canção e do Hospital Psiquiátrico. No caso da empresa, há um embate jurídico, pois a empresa entende que o poder público deve indenizá-la. Não parece ser a opinião do judiciário. Além disso, multas foram aplicadas por descumprimento das medidas elencadas nos decretos. Quanto ao Hospital Psiquiátrico, além de condições inadequadas de funcionamento, ainda teve um surto de contágio, o que levou à sua interdição.

Chama atenção a ampliação de casos pelos municípios da Região Metropolitana, pois possuem menos infraestrutura de atendimento e dependem da cidade polo. Astorga, Floresta e Itambé são casos que precisam ser monitorados pelo aumento exponencial nas últimas semanas.

REFERÊNCIAS

- BARBIERO, Lais Carla. **Bicicleta fora dos planos**: mobilidade e produção do espaço urbano em Maringá -PR. 2020. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro e Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Florianópolis, 2020, 195p. Disponível em: https://www.academia.edu/42949614/BICICLETA_FORA_DOS_PLANOS_MOBILIDADE_E_PR_ODU%C3%87%C3%83O_DO_ESPA%C3%87O_URBANO_EM_MARING%C3%81-PR
- BRASIL. **Lei N. 10.257 de 10 de julho de 2001**. Estatuto da Cidade. Brasil, Planalto, 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110257.htm
- CHIRNEV, Lilian; RODRIGUES, Ana Lúcia. Levantamento e análise dos arranjos espaciais decorrentes do processo de metropolização da Região de Maringá. In: **Cadernos MetrÓpole**, São Paulo, v. 22, n. 47, pp. 173-192, jan/abr 2020.
- IBGE. **Regic-2018**. Brasília, IBGE, 2020.
- MARICATO, E. Ermínia Maricato: Planejamento urbano é fetiche que encobre um grande negócio. **Viomundo**, 9 jan. 2012. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/denuncias/erminia-maricato-planejamento-urbano-e-fetiche-que-encobre-um-grande-negocio.html>. Acesso em: 07 de fev. 2020
- MARINGÁ, **Câmara do Município de. Lei N. 632/2006 - Lei do Plano Diretor**. Câmara Municipal de Maringá, 2006.
- MARINGÁ. **Boletim Epidemiológico 14**. Secretaria Municipal da Saúde, Maringá, 2020. Disponível em <http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=boletimcorona/3>
- PARANÁ. **Informe Epidemiológico**. Secretaria da Saúde, Paraná, 14/07/2020. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/informe_epidemiologico_14_07_2020_0.pdf
- REGO, R. L. **As cidades plantadas**: Os britânicos e a construção da paisagem no Norte do Paraná. Londrina: Humanidades, 2009.
- RODRIGUES, Ana Lúcia; HÖRING, Carla Franciele; MELO, Brian A. Ribeiro. **A efetividade das medidas de isolamento social para o controle do coronavírus em Maringá**. Rio de Janeiro: Observatório das MetrÓpoles. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/a-efetividade-das-medidas-de-isolamento-social-para-o-controle-do-Coronavirus-em-maringa/>
- RODRIGUES, Ana Lúcia; SOUZA, Paulo Roberto. Maringá: a ordem urbana na região metropolitana de Maringá: planejamento que produz segregação. In: RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; RIBEIRO, Marcelo Gomes (Ed.). **MetrÓpoles Brasileiras**: Síntese da transformação na ordem urbana 1980 a 2010. Rio de Janeiro: Observatório das MetrÓpoles/LetraCapital, 2018, p. 369-393.
- SILVA, R.D.; FLEURY E SILVA, B. A produção de moradia entre 2000 e 2013 e o impacto na organização sócioespacial do aglomerado metropolitano Sarandi-Maringá-Paiçandu. In: RODRIGUES, A.L. (Ed.). **Maringá: transformação na ordem urbana**. Rio de Janeiro, Observatório das MetrÓpoles/Letra Capital, 2015, p. 268-306.
- TÖWS, R. L. **Grandes Projetos Urbanos como reprodução da lógica do capital em Maringá**. 2015. Tese (Doutorado em Geografia). Maringá: Programa de Pós-Graduação em Geografia (UEM/PGE). Maringá, 2015, 359f.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

**O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NOS
TERRITÓRIOS POPULARES:
Monitoramento de violações de Direitos
Humanos na Região Metropolitana de Natal**

Maria do Livramento Miranda Clementino
Améria Bezerra Brasil
Brunno Costa do Nascimento Silva
Cadmiel Mergulhão Onofre de Melo
Diana Ambrosio de Lima Silva
Érica Milena Carvalho Guimarães Leôncio
Gabriel Rodrigues da Silva
João Victor Rocha de Queiroz
Juliana Bacelar de Araújo
Kassinely Souza de Melo
Lindijane de Souza Bento Almeida
Maria Dulce Picanço Bentes Sobrinha
Osmar Faustino de Oliveira
Raquel Maria da Costa Silveira
Rebeca Marota da Silva
Richardson Leonardi Moura da Câmara
Rodolfo Finatti
Ruth Maria da Costa Ataíde
Samara Taiana de Lima Silva
Sarah de Andrade e Andrade
Sara Raquel Fernandes Queiroz de Medeiros
Saulo Matheus de Oliveira Lima Cavalcante
Zoraide Souza Pessoa

Natal/RN

Julho de 2020



Núcleo RMNatal
OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1. DIAGNÓSTICO DAS POLÍTICAS DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NO CONTEXTO DO RIO GRANDO DO NORTE	4
2. OS TERRITÓRIOS POPULARES DA REGIÃO METROPOLITANA DE NATAL: AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS A PARTIR DOS TERRITÓRIOS E GRUPOS	15
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS POPULARES E COMUNIDADES INTEGRANTES DO MONITORAMENTO	15
2.2. OS TERRITÓRIOS POPULARES E AS DENÚNCIAS DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS CONFIGURADAS DURANTE A PANDEMIA	17
3. AÇÕES ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NOS TERRITÓRIOS POPULARES DA RMN	22
4. AS CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO NATAL AO COMBATE À COVID-19 NOS TERRITÓRIOS POPULARES DO BRASIL	24
4.1. GESTÃO, COORDENAÇÃO E APOIO SOCIAL	24
4.2. ECONOMIA E APOIO AO TRABALHADOR	25
4.3. AÇÕES PREVENTIVAS	25
REFERÊNCIAS	27

INTRODUÇÃO

Este documento tem por objetivo apresentar os dados do processo de monitoramento à violação de direitos humanos de grupos e territórios em situação de vulnerabilidade no contexto da pandemia da Covid-19 no Rio Grande do Norte (RN), a partir de levantamento realizado pelo Observatório das Metrópoles (OM) Núcleo Natal. A sistematização, aqui apresentada, contribui na denúncia à política de enfrentamento da pandemia empreendida (ou ausente) pelos governos nos territórios monitorados. O Núcleo Natal desenvolve ações de monitoramento por meio de projetos de pesquisa como o da “Governança Metropolitana: subsídios à integração da Região Metropolitana de Natal”¹ e do projeto de extensão “Fórum Direito à Cidade”². Considerando a proposta de roteiro apresentada pelo OM, a equipe local realizou coleta de dados na mídia local e nos canais de acesso à informação dos entes públicos estadual e municipal.

Além disso, procedeu-se ao levantamento de dados junto às representações dos grupos sociais e territórios populares, considerando as articulações entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), por meio das equipes aqui representadas, e as organizações e movimentos populares que atuam na luta pelo direito à cidade: Fórum Vila em Movimento - Vila de Ponta Negra; Movimento de Luta dos Bairros, Vilas e Favelas (MLB) e Movimento Nacional de População em Situação de Rua/RN (MNPR/RN). Com apoio da Rede Mangue Mar realizou-se a consulta à Comunidade da Pesca Artesanal e através do Projeto Motyrum Urbano foi ouvida a Comunidade do Jacó.

¹ Projeto de Pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (PVC14077-2017) que é executado no Departamento de Políticas Públicas (DPP) da UFRN. Coordenado pela Professora Dra. Maria do Livramento Miranda Clementino, conta com a participação de pesquisadores da UFRN.

² Projeto de Extensão que objetiva realizar o monitoramento, produzir materiais formativos e promover a discussão acerca de projetos de leis de âmbito urbanístico e ambiental, incluindo as relativas ao processo de revisão do Plano Diretor de Natal. Trata-se de uma iniciativa compartilhada entre o Departamento de Arquitetura (DARQ) e do DPP; OM Núcleo Natal, Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo (PPGAU) e Programa de Pós-graduação em Estudos Urbanos e Regionais (PPEUR) da UFRN.

1. DIAGNÓSTICO DAS POLÍTICAS DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NO CONTEXTO DO RIO GRANDO DO NORTE

O diagnóstico da situação nos territórios e das políticas no enfrentamento à crise provocada pela Covid-19 será apresentado a partir de dois recortes: gestão/infraestrutura de atendimento disponível e medidas de prevenção e combate à Covid-19.

Quanto à infraestrutura e ao atendimento, o estado é organizado em oito regionais de saúde. Os dados evidenciam que as regionais de saúde mais vulneráveis (considerando a relação entre o número de habitantes e de beneficiários do Bolsa Família-PBF) apresentam as menores condições infraestruturais para o enfrentamento da Covid-19. Por exemplo, na 8ª Regional (Assú), evidenciou-se total desprovimento de qualquer estrutura hospitalar (Quadro 01). Tal regional apresenta a quarta maior taxa de incidência (104,5 por 100.000/hab.) de coronavírus, refletindo-se na segunda maior taxa de mortalidade por Covid-19 do RN (8,2 por 100.000/hab.) e na terceira maior taxa de letalidade do estado (7,9) (RN, 2020 - Boletim Epidemiológico nº 68, 21/05/2020). A regional dispõe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que realiza o encaminhamento dos casos para o município de Mossoró, sobrecarregando a 2ª regional, que já enfrenta um quadro dificultoso, decorrente de sua própria densidade populacional, da sua condição de centro regional e, ainda, em função da fronteira com o Ceará (PESSOA e GRIGIO, 2020).

Quadro 01 - Infraestrutura hospitalar pública por Região do SUS no RN, em abril de 2020

	1ª São José de Mipibu	2ª Mossoró	3ª João Câmara	4ª Caicó	5ª Santa Cruz	6ª Pau dos Ferros	7ª Metropolitana	8ª Assú	Total RN
Hospitais		2		2		1	7		12
Leitos de UTI		20		20		5	58		103
Leitos de UCI/clínico		20		12			56		88
Hospitais REFORÇO	1	1		5			2		9
Leitos de UTI REFORÇO		10					63		73
Leitos de UCI REFORÇO			2	60					62
Leitos de enfermagem REFORÇO	7	12	8				47		74
Leitos Gerais de Observação REFORÇO				154	7				161

Fonte: elaborado pelos autores (2020) a partir do Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pela Covid-19, 02 de abril de 2020.

Os dados relativos ao Programa Bolsa Família agregam-se a outros cenários de vulnerabilidades, como a presença de comunidades indígenas e remanescentes de quilombos, cujo acesso e organização social exigem políticas específicas. De acordo com levantamento realizado pelo OM Núcleo Natal, somente as 4ª e 5ª regionais de saúde não possuem comunidades indígenas. Quanto às comunidades quilombolas, foram identificadas 72, distribuídas em todas as regionais. Vale ressaltar que os municípios da Região Metropolitana formal são abrangidos pelas 1ª, 3ª, 5ª e 7ª regionais de saúde. A 7ª regional corresponde à Região Metropolitana funcional.

Quadro 02 - Quantitativo de comunidades indígenas e quilombolas do RN

Regionais	Quantitativo de comunidades indígenas	Quantitativo de comunidades quilombolas
1ª São José de Mipibu	2	8
2ª Mossoró	2	1
3ª João Câmara	3	23
4ª Caicó	0	12
5ª Santa Cruz	0	5
6ª Pau dos Ferros	1	12
7ª Metropolitana	2	5
8ª Assú	1	6

Fonte: elaborado pelos autores (2020) com base nos dados do IBGE (2019).

No contexto da Covid-19, a combinação de variáveis demográficas (como densidade populacional) e situações sobrepostas de vulnerabilidades social e econômica possuem rebatimento no sistema de atendimento à saúde, configurando, juntamente com a infraestrutura hospitalar disponível, o cenário posto para o enfrentamento da doença. As pesquisas realizadas evidenciaram a existência de municípios-polo sem capacidade para assumir a função, tanto pela carência quanto pela ausência de infraestrutura. Apesar da existência de uma regionalização definida no RN, constatou-se que, na época em que foi lançado o primeiro Plano de Contingência para o enfrentamento à Covid-19 no RN (em abril de 2020), nas regionais I e V, os hospitais mobilizados estão fora dos respectivos polos. O cenário diagnosticado no início de maio de 2020 foi: duas regionais (São José de Mipibu e João Câmara) enfrentando a pandemia com apenas um e dois leitos de estabilização, respectivamente. A regional de Assú não possuía leito ativo – nem mesmo de estabilização. Somando a população dessas três regionais (Assú, João Câmara e São José de Mipibu), são mais de 896 mil habitantes que estão precariamente assistidos. Torna-se importante destacar que se tratam das três regionais que apresentam o terceiro maior percentual de beneficiários do PBF (em relação ao total da população).

Além da infraestrutura inadequada para a gestão da crise, a pandemia evidenciou ainda mais a dependência fiscal, especialmente nos municípios, e a discrepância no que tange aos recursos disponíveis. Apesar das transferências constitucionais federais, a

manutenção de serviços gerais de saúde nos municípios encontraram novos custos de investimento com a pandemia, tanto na prevenção da disseminação do vírus – através de equipamentos de proteção individual (EPIs), insumos básicos, propagandas e campanhas de conscientização – quanto na infraestrutura necessária para situações de emergência na saúde pública – como o aumento da oferta de leitos de UTI, compra de respiradores e contratação de profissionais de saúde. Obviamente que a maioria dos municípios brasileiros não possui a capacidade de arcar com esses custos de forma isolada, necessitando cada vez mais das transferências do Governo Federal. Contudo, a ausência de coordenação entre os entes federados e o grau de incerteza quanto à concretização do recebimento dos recursos tem sido os principais obstáculos para as ações conjuntas de combate à pandemia, de forma que o resultado é demonstrado pelo crescente avanço no número de casos de Covid-19 e no número de óbitos diários provenientes da doença.

Os repasses oriundos do Governo Federal através de medidas provisórias com créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia foram pagos aos estados e municípios em 9 de junho de 2020. De acordo com os dados do Painel Cidadão do Siga Brasil, do Senado Federal, até o dia 24 de junho de 2020, a União havia executado e pago R\$ 294,2 milhões aos governos municipais do RN, englobando as três classificações orçamentárias: o *Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação - Nacional (Crédito Extraordinário)*³ responsável por R\$ 82,6 milhões, o *Auxílio Financeiro aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios relacionado ao Programa Federativo de Enfrentamento à Covid-19*⁴, que contou por R\$ 86,6 milhões e o *Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus*⁵, que representou R\$ 124,9 milhões. O item referente ao *Auxílio Financeiro aos Estados e Municípios para Compensação da Variação Nominal Negativa dos Recursos Repassados pelo Fundo de Participação* será pago em 4 parcelas (junho/julho/agosto/setembro), sendo que a primeira parcela dos recursos foi paga somente em junho.

Ao analisar os valores previstos e recebidos de Enfrentamento da *Emergência de Saúde Pública* para os municípios da 7ª Regional de Saúde (Metropolitana), verifica-se que os maiores municípios concentram a maior parte dos valores de repasses. O município de Natal (capital do estado) recebeu, ao todo, R\$ 43,3 milhões, enquanto os demais municípios da referida regional de saúde, cada, não receberam ao menos 15% desse valor: Extremoz recebeu R\$ 402 mil, enquanto Macaíba contou com R\$ 1,6 milhões, Parnamirim recebeu R\$

³ Medida Provisória nº 939/2020.

⁴ Lei Complementar nº 173/2020.

⁵ Medida Provisória nº 938/2020.

4,6 milhões e São Gonçalo do Amarante, por sua vez, R\$ 2,7 milhões. O contexto apresentado compromete a coordenação da Região de Saúde Metropolitana na efetividade do combate à Covid-19, visto que o destino dos recursos federais tem chegado mais substantivamente ao município polo, e de forma reduzida para os demais municípios do entorno metropolitano.

No entanto, chama-se atenção para o cenário de interiorização da doença. A incidência de novos casos tem aumentado nas demais regionais de saúde, pondo à prova a alocação e uso dos recursos, bem como, a sua suficiência no combate à Covid-19. Em relação aos valores, a região de saúde Metropolitana domina os repasses, com R\$ 50,4 milhões para os valores de auxílio financeiro e R\$ 52,7 milhões para os valores de enfrentamento. A região Oeste apresenta o segundo maior valor de enfrentamento, com R\$ 25,1 milhões, e a região Litoral Sul/Agreste apresenta o segundo maior valor de auxílio, com R\$ 21,6 milhões. O valor duas vezes maior da região Metropolitana faz jus à dominância dos casos e óbitos por essa região e às maiores taxas de incidência e mortalidade, que busca a estabilização dos seus casos. A região Oeste tende a seguir o mesmo comportamento, com os segundos maiores casos e óbitos, incidência e letalidade. Destaque-se, como exemplo, a regional de saúde de Assú. Essa região, mais distante dos centros urbanos, apresentou o terceiro maior valor de incidência de casos e letalidade do RN, enquanto apresenta os menores valores de repasse recebidos, sejam de auxílio (R\$ 2,9 milhões) ou de enfrentamento (pouco mais de R\$ 9 milhões). O encontro de baixos repasses com as proporcionalmente altas taxas de incidência de casos e letalidade pode ocasionar uma explosão de casos e óbitos, que podem não ter sido antevistos, criando uma segunda onda de picos que afetará diretamente o interior do estado.

A partir da análise dos dados acima, observa-se que: a) a pandemia da Covid-19 evidencia o frágil sistema de coordenação de competências compartilhadas entre os entes e uma forte dependência dos recursos federais; b) os repasses para o combate à pandemia estão sendo diretamente focados nos municípios, seguindo os padrões de regionalização do SUS; e c) há disparidades nos repasses entre os municípios das regiões de saúde no RN, de forma que essa diferença é muito maior nos municípios localizados em regiões de saúde com maior letalidade da doença, onde a concretude dos repasse dos recursos federais e a capacidade de resposta dos municípios frente a pandemia é menor.

No que tange às medidas adotadas para o enfrentamento da crise, o Governo do estado do RN tem atuado com diretrizes publicadas por meio de decretos, portaria, notas informativas, notas técnicas. Entre os dias 13/03/2020 e 27/05/2020, foram editados 24 decretos com medidas e diretrizes para o enfrentamento da atual pandemia. Após análise do conteúdo, evidenciaram-se 23 temas alvo de regramento e 79 medidas, considerando-se

novos decretos e alterações. A maior parte das medidas buscou regradar o funcionamento de estabelecimentos, com rebatimento direto na classe trabalhadora e na economia do estado.

A fim de avaliar se as determinações estaduais vinham orientando as medidas adotadas em nível municipal, bem como se a regionalização se configura como estratégia de gestão da crise, foram analisados decretos municipais, observando-se a sua aderência aos normativos estaduais. O recorte para o estudo das medidas municipais foram os municípios-polo das 8 regiões de saúde do RN, considerando-se estes como orientadores e que deverão apresentar papel de referência. Os dados demonstraram a existência de consonâncias parciais e dissonâncias principalmente quanto ao funcionamento de estabelecimentos comerciais.

A pesquisa também buscou conhecer a realidade das medidas no contexto interno da regional metropolitana (7ª região de saúde), que coincide com a região metropolitana funcional. Para a análise foi utilizada a mesma metodologia de compilação de decretos municipais entre os dias 13/03/2020 e 17/04/2020. A pesquisa denotou que, de início, por exemplo, o ente estadual e o município de Natal demonstravam medidas consonantes e colaborativas, instituindo-se, inclusive, uma Comissão Especial de Monitoramento e Enfrentamento à Covid-19, composta por integrantes dos Poderes Executivos Estadual e Municipal (Decreto estadual nº 29.582/2020). Por outro lado, foram identificadas medidas dissonantes que se relacionavam à proibição de funcionamento estabelecimentos comerciais. A publicação do decreto estadual nº 29.600/2020 evidenciou maior dissonância identificada. O referido decreto determinou que os estabelecimentos que exploram as atividades de comercialização de alimentos que utilizem circulação artificial de ar não poderiam funcionar aos domingos e feriados. Esta medida provocou reações por parte dos entes municipais e do setor privado. Diante desse embate, e em resposta imediata, a Prefeitura do Natal publicou o Decreto Municipal nº 11.939/2020, autorizando o funcionamento dos estabelecimentos nos domingos e feriados, com disciplinamento de horário específico.

O Governo do RN publicou uma série de medidas que determinaram restrição de mobilidade no estado. Dentre elas, o Decreto Estadual nº 29.541/2020 estabeleceu que passageiros e a tripulação de voos e navios, oriundos de localidades em que houve registro de casos da Covid-19, que desembarquem em território potiguar deverão se submeter ao isolamento por, no mínimo, quatorze dias. O referido normativo suspendeu o funcionamento de shopping centers, restaurantes, lanchonetes, praças de alimentação, praças de food trucks, bares (permitindo *delivery* e *take away*), boates, casas de eventos e de recepções, salões de festas, clubes sociais, parques públicos, parques de diversões, academias de ginástica, centros de artesanato, museus, bibliotecas, teatros, cinemas e demais equipamentos culturais, bem como o atendimento presencial ao público em

estabelecimentos bancários e financeiros. O decreto citado também restringiu a utilização de áreas de praia.

Em reforço às medidas de isolamento, o ente estadual publicou o decreto nº 29.524/2020 que suspendeu as atividades escolares presenciais nas unidades da rede pública e privada de ensino infantil, fundamental, médio, superior, técnico e profissionalizante; suspendeu as atividades coletivas, eventos de massa, shows, atividades desportivas e congêneres. As medidas de restrição foram consolidadas por meio do Decreto estadual nº 29.583/2020. Apesar das medidas restritivas, as notícias locais denotavam descumprimento e a ausência de fiscalização, o que se expressa nas 522 denúncias recebidas pela Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social (Sesed, 2020), entre 18/03 e 05/04/2020, em relação ao não atendimento das medidas de isolamento social, somando-se 461 só na RMN funcional.

Considerando o agravamento desse cenário, em junho de 2020, o Governo do Estado e municípios da RMN (funcional) pactuaram medidas para maior restrição e fiscalização do isolamento social na 7ª Regional de Saúde (Metropolitana). As medidas foram regradadas por meio do Decreto estadual nº 29.742/2020, que instituiu a política de isolamento social rígido. A partir deste decreto, os idosos e as demais pessoas enquadradas no grupo de risco se sujeitam a um dever especial de proteção, não podendo circular em espaços e vias públicas, ou em espaços e vias privadas equiparadas a vias públicas. Além disso, estabeleceu-se o dever geral de permanência domiciliar, consistente na vedação à circulação de pessoas em espaços e vias públicas, ressalvados os casos de extrema necessidade, com o uso obrigatório de máscaras. Para possibilitar a fiscalização, o Decreto Estadual nº 29.742/2020 estabeleceu que o Estado do RN disponibilizará aos municípios apoio das forças de segurança.

Diante dos descumprimentos de medidas e das dissonâncias entre as medidas estaduais e municipais no RN, o Ministério Público do RN, o Ministério Público do Trabalho e o Ministério Público Federal emitiram recomendação conjunta, em 22 de junho de 2020, para que o Governo do RN se abstinhasse de adotar medidas de flexibilização do isolamento, até que fossem garantidas as condicionantes epidemiológicas e de percentual de taxa de ocupação de leitos clínicos e de UTI COVID definidos no Dec. Estadual nº 29.742/2020, recomendando, ainda, aos prefeitos, a necessidade de cumprimento das medidas estaduais.

No município de Natal podem ser destacadas como medidas relativas à mobilidade, a adequação da frota de transporte público (redução da frota de transporte coletivo para 30%), com funcionamento das 5h às 20h; a suspensão do benefício da Tarifa Social (Única), no percentual de 50% da Tarifa Normal, no Sistema de Transporte Público de Passageiros de Natal, até que seja declarado o fim da situação de emergência provocada pela Covid-19 (Decreto nº 11.920/2020); a prorrogação de validade dos cartões de gratuidade de

transporte para os imunodeprimidos; idosos e estudantes, além da realização de blitz sanitária.

Nesse contexto, destacam-se, ainda, outros reflexos sobre a classe trabalhadora e os territórios populares no RN. Os dados da PNAD Contínua (PNADC/IBGE,2020) apontam para um crescimento da taxa de desocupação no primeiro trimestre de 2020, que chegou a 15,4% no RN e 14,4% na RMN, e dos desalentados, que já são mais 172 mil no RN e 50 mil na RMN. As medidas adotadas para o enfrentamento dessa realidade, a exemplo da Medida Provisória nº 936, podem causar perdas maiores para os trabalhadores. No pior cenário, aquele em que todas as empresas suspendem os contratos de trabalho, mesmo com as grandes empresas tendo que arcar com 30% da massa de renda dos trabalhadores, estima-se que os trabalhadores do RN e da RMN perderiam, ao mês, 34,6% e 37,3%, respectivamente da sua massa de renda. Em termos absolutos, essas perdas poderiam variar na RMN de R\$ 146 milhões (25% de cortes de salários e jornada) a R\$ 398 milhões (100% de suspensão de contrato) por mês, e no estado como um todo, de R\$ 182 milhões (25% de cortes de salários e jornada) a R\$ 520 milhões (100% de suspensão de contrato) por mês (TROVÃO e ARAÚJO, 2020). Até 26 de maio, 108.476 trabalhadores formais estavam com contratos suspensos ou jornadas reduzidas no RN (TRIBUNA DO NORTE, 2020).

Quanto aos trabalhadores informais, os potenciais elegíveis para o auxílio emergencial da Lei nº 13.982/2020, segundo dados da PNADC, eram de 998,6 mil pessoas no RN e 399,4 mil pessoas na RMN, em 2019. As estimativas realizadas para o RN permitem observar que um valor médio para o auxílio ligeiramente superior a R\$600,00 seria suficiente para compensar perdas em termos de massa de rendimentos do segmento dos informais. A RMN tenderá a sofrer mais que a média do RN por apresentar uma renda média maior para o informal e menor incidência do PBF e de desocupação. A RMN teria que ser contemplada por um auxílio médio de R\$893,99 para que esse segmento da população não incorresse em perdas agregadas para a massa de renda (TROVÃO e ARAÚJO, 2020). De acordo com o Boletim 7 do Comitê Científico do Consórcio do Nordeste (2020), o auxílio emergencial para os informais atingiu cerca de 522 mil beneficiários no RN, pouco mais de 52% do potencial de beneficiários desse Programa captados pela PNADC.

A economia potiguar sofreu uma severa desaceleração, destacando-se o impacto nas micro e pequenas empresas. No RN, para além dos 125.047 Microempreendedores Individuais (MEI), o número de empresas é de 101.071. Dessas, 78.602 são Micro Empresas (ME) e 8.964 são Empresas de Pequeno Porte (EPP), totalizando em 86,6% das empresas do estado, segundo dados do SEBRAE (2020a). Ressalta-se que 83,7% das empresas de micro e pequeno porte do RN estão concentradas nos setores de Comércio e

Serviços. As micro e pequenas empresas do RN empregavam 206,1 mil trabalhadores formais em 2018, o que representava 55,8% do total do estado.

Destaca-se que os Micro e Pequenos empreendimentos apresentam uma taxa média de mortalidade de 22%, antes mesmo do início da pandemia, revelando sua dificuldade de sobrevivência. Segundo pesquisa do SEBRAE (2020b), “O Impacto da pandemia de coronavírus nos Pequenos Negócios – 3a edição – Resultados por UF” é possível observar que no RN: (1) 85,5% das EPP alegaram ter sofrido redução de seu faturamento mensal; (2) a maioria das EPP declarou precisar de crédito para a continuidade das atividades sem gerar demissões. Entretanto, quase 2/3 das micro e pequenas empresas informaram que já estão com a capacidade de financiamento comprometida, uma vez que: 32% já possuem um financiamento e estão em dia; e 32,9% possuem financiamentos em atraso. Das empresas que buscaram crédito, desde o início da crise, 66,1% não conseguiram, seja por estarem com o cadastro negativado, por não terem garantias, ou por outros motivos.

Dado esse cenário, se fazem urgentes as políticas de apoio aos referidos empreendimentos. Quanto às políticas locais, no RN, está sendo articulada uma cooperação técnica entre a Agência de Fomento do RN (AGN) e a Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social (Sethas) para suporte aos grupos de empreendedores locais cadastrados e para a rede de economia solidária, o que abrange os microempreendedores individuais. Foi feita ampliação do limite de financiamentos (de R\$ 6 mil até R\$ 12 mil por 90 dias) a partir do dia 13 de abril. Além disso, está sendo realizada uma ação para habilitação, junto ao SEBRAE, para o acesso ao Fundo de Aval para Micro e Pequenas Empresas (FAMPE). Estima-se que os investimentos totais injetem cerca de R\$ 32,4 milhões na economia do RN a partir de recursos próprios da AGN e Governo do Estado, assim como, da intermediação de recursos de instituições parceiras. A principal crítica até o presente momento é a lentidão da liberação do crédito para as micro e pequenas empresas. Esse cenário reduz o nível de confiança para a manutenção dos investimentos e estrangula o sistema de retroalimentação da economia (RN/DIEESE, 2020; SEBRAE, 2020a).

Outras medidas adotadas pelo Governo estadual e pelo Município de Natal tiveram reflexos sobre territórios populares, favelas e periferias. Vale ressaltar que as ações não foram orientadas por um plano específico elaborado por tais entes. O OM Núcleo Natal elaborou o Plano de Ações “COVID-19 nos territórios em situação de vulnerabilidade em Natal e sua Região Metropolitana: uma catástrofe a ser evitada!”. O plano foi apresentado ao Governo do RN e encaminhado às prefeituras da RMN.

A despeito da inexistência de um plano orientador, dentre as ações humanitárias desenvolvidas, podem ser destacados dois novos programas lançados pelo governo estadual. O Programa Estadual Emergencial de Segurança Alimentar e de Itens de Higiene

e Limpeza (RN Mais Unido - Decreto estadual nº 29.613/2020) tem como objetivo a coleta de doações de alimentos não perecíveis, materiais de limpeza e higiene pessoal a serem distribuídos a famílias em vulnerabilidade social. O Programa RN + Protegido, por sua vez, objetiva a confecção de 7 milhões de máscara de pano para doação, preferencialmente, a trabalhadores e servidores públicos que atuam em atividades essenciais, aos idosos e seus cuidadores, trabalhadores e à população em geral com renda até três salários mínimos. Ainda, foram identificadas medidas direcionadas a refugiados, apátridas e migrantes, como gratuidade de refeições nas unidades do Programa Restaurante Popular e inserção no Programa Leite Potiguar (com base na Recomendação nº 01/2020 - CERAM/RN); inserção dessa população no Cadastro Único (CadÚnico) e parceria com as organizações da sociedade civil para doações e entrega quinzenal de cestas básicas, kits de higiene e leite.

No âmbito municipal, destacam-se como ações da Prefeitura de Natal: a disponibilização de unidades de ensino para abrigar população em situação de rua, com realização de atividades de esporte e lazer; a garantia da alimentação diária a pessoas em situação de rua que frequentam o Centro Pop e Albergue Municipal; o estabelecimento de pontos de apoio fixo de Assistência Social nas 04 (quatro) Regiões Administrativas da cidade, com a garantia da concessão dos Benefícios Eventuais (cesta básica, kit enxoval e kit ataúde) a famílias acompanhadas pelos serviços socioassistenciais dos CRAS e CREA; a criação de uma Central de Doações na Secretaria Municipal de Assistência Social e a distribuição de cestas básicas a todos os 58 mil alunos da Rede Municipal de Ensino. Além disso, foi identificado o atendimento dos seguintes grupos em situação de vulnerabilidade por meio da entrega de cestas básicas pela Prefeitura: comunidade circense; carroceiros; entidades representantes do Conselho LGBTQI; ambulantes; comunidade de povos e religiões de matrizes africanas; catadores de materiais recicláveis; artesãos e famílias assistidas pelo Movimento de Luta por Moradia Popular (MLMP).

Algumas medidas estaduais e municipais buscaram garantir a manutenção de acesso a serviços básicos, como a água. Nesse sentido, destaca-se a suspensão de faturamento do abastecimento de água e esgotamento sanitário para usuários abrangidos pela tarifa social, por meio da Resolução RS.DD.PA.01.0016.00 da Companhia de Águas e Esgotos do RN (CAERN). O referido normativo autoriza “a suspensão do faturamento do abastecimento de água e esgotamento sanitário dos municípios atendidos pela CAERN, para usuários considerados de baixa renda (tarifa social), por um período de 90 dias contados a partir de 30 de março de 2020”. Quanto à Prefeitura, o Decreto Municipal nº 11.927 de 26 de março de 2020 dispôs sobre a suspensão (por 60 dias) do corte do abastecimento de água e a prorrogação do vencimento da fatura da CAERN. O normativo, ainda, determina que a CAERN prorrogue os vencimentos das faturas de março e abril em 60 dias para as classes de consumo Residencial Social e Residencial Popular.

No contexto de enfrentamento, destacam-se medidas voltadas à garantia de acesso ao serviço de saúde. Nesse sentido, o Governo do RN autorizou a contratação temporária de profissionais da saúde (Decreto estadual nº 29.581/2020). Foram contratados 813 profissionais temporários, bem como realizada a convocação de novos servidores efetivos. Foram implantados 393 novos leitos para atendimento de pacientes com Covid-19, sendo: 11 leitos (07 clínicos e 04 de estabilização) na I Regional (São José de Mipibu); 124 leitos (57 UTIs, 62 clínicos e 05 de estabilização) na II Regional (Mossoró); 12 leitos (04 UTIs, 06 clínicos e 02 de estabilização) na III Regional (João Câmara); 41 leitos (27 UTIs e 14 clínicos) na IV Regional (Caicó); 06 leitos (04 clínicos e 02 de estabilização) na V Regional (Santa Cruz); 10 leitos (06 UTIs e 04 clínicos) na VI Regional (Pau dos Ferros); 183 leitos (106 UTIs, 74 clínicos, 03 de estabilização) na VII Regional (Metropolitana); e 06 leitos (04 clínicos e 02 de estabilização) na VIII Regional (Assú) (dados do dia 26/06/2020). Além disso, identifica-se a aquisição de equipamentos como respiradores e tomógrafos. Destaca-se, ainda, que mais de R\$ de 16 milhões foram gastos em equipamentos de proteção individual.

O Município de Natal, por sua vez, realizou capacitação da rede de atenção em saúde com formações sobre o novo coronavírus para mais de 1.500 profissionais médicos, enfermeiros, responsáveis técnicos e diretores de unidades; estendeu o funcionamento de 9 unidades básicas de saúde (UBS), sendo pelo menos duas em cada zona da cidade; abriu o Hospital Municipal de Campanha com, inicialmente, 100 leitos clínicos e perspectiva de 20 leitos de UTI, podendo receber até 500 pacientes. O município destinou leitos exclusivos para a Covid-19 no Hospital Municipal de Natal, criou 100 cargos para a saúde de Natal, entre enfermeiros, farmacêuticos, farmacêuticos bioquímicos, técnico em enfermagem, técnicos em patologia clínica e auxiliares de farmácia, para reforçar o atendimento na rede pública; realizou contratação temporária de médicos, profissionais da saúde e outros para o funcionamento do Hospital de Campanha e de outras unidades de saúde e destinou ambulâncias do SAMU-Natal exclusivas para urgências decorrentes de Covid-19. Uma das medidas adotadas, também, pelo município foi o da testagem rápida, que ocorreu entre os dias 16 a 19/06/2020 de duas formas: pelo sistema *Drive Thru*, com os grupos de risco (idosos e com comorbidades) e a realização do exame em 11 UBS do município. O sistema de testagem Drive thru foi alvo de questionamento por parte do Ministério Público estadual em virtude da ausência de observância da prioridade do atendimento, sendo recomendada a paralisação da iniciativa.

Por fim, foram identificadas medidas voltadas à proteção da mulher vítima de violência doméstica. A Prefeitura de Natal intensificou a utilização do 0800 para acesso aos serviços do Centro de Referência Elizabeth Nasser; disponibilizou máscaras descartáveis, luvas descartáveis, álcool 70 e sabonete líquido para as unidades (Centro de Referência e

Casa Abrigo Clara Camarão), com fins de manutenção de atendimentos presenciais necessários e realizou campanha visando incentivar a denúncia em casos de violência doméstica e familiar. No âmbito estadual, destacam-se a realização de Campanha de Conscientização “Você não está sozinha” e a criação do aplicativo “SOS Mulher”, com o objetivo de receber denúncias de violência doméstica e familiar contra as mulheres.

As ações realizadas pelos entes se encontram disponibilizadas em canais próprios. O Governo do RN realiza a publicação de boletins epidemiológicos e entrevistas coletivas diárias. Os decretos estaduais se encontram sistematizados em aba específica no site do Gabinete Civil. As portarias e notas informativas, pareceres e orientações estão sistematizados no site da Secretaria de Saúde do Estado do RN (Sesap). Ainda, ressalta-se a criação de portais que reúnem informações disponíveis à sociedade. Dentre eles, o Portal da Transparência vem apresentando informações acerca das doações realizadas e do recebimento de EPIs e itens hospitalares. Em parceria com a UFRN, por meio do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS), foi desenvolvido o Portal RN Covid-19 que reúne todas as informações referentes ao Novo Coronavírus. Ainda, por meio da inserção do Governo do RN no Consórcio Nordeste, destaca-se a disponibilização das funcionalidades do Aplicativo Monitora Covid, que se configura como ferramenta para monitorar pacientes com sintomas. Diante dessas e outras ações, segundo o Índice de Transparência da Covid-19, desenvolvido pela organização *Open Knowledge* Brasil, o RN ficou como 2º colocado no ranking da transparência entre 04 e 10/06/2020.

A Prefeitura de Natal, por sua vez, disponibiliza link com os documentos produzidos pela Controladoria Geral do Município sobre as contratações de bens e serviços destinadas ao enfrentamento da pandemia causada pelo novo coronavírus (<https://www.natal.rn.gov.br/cgm/paginas/ctd-1267.html>). Destaca-se a utilização de redes sociais e a criação de Central de Atendimento, funcionando todos os dias, para dúvidas da população sobre a solicitação de auxílio emergencial concedido pelo Governo Federal.

2. OS TERRITÓRIOS POPULARES DA REGIÃO METROPOLITANA DE NATAL: AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS A PARTIR DOS TERRITÓRIOS E GRUPOS

Para compreender como os residentes nos territórios em situação de vulnerabilidade social da RMN têm sido impactados pela realidade imposta pela pandemia da Covid-19, o conteúdo aqui posto resultou da sistematização de dois processos em curso: (i) O Plano de Ação “COVID nos territórios em situação de vulnerabilidade em Natal e sua Região Metropolitana: uma catástrofe a ser evitada”, mencionado anteriormente e, sobretudo, (ii) os primeiros resultados da consulta a grupos e territórios vulneráveis sobre a violação de direitos humanos, no âmbito do monitoramento que está sendo realizado pela “Articulação Nacional de Redes e Entidades da Sociedade Civil pelo combate à COVID-19 nas periferias e grupos vulneráveis” a partir de uma iniciativa da ONG “Habitat para a Humanidade”. Os dados coletados nos grupos e territórios referidos no início do relatório, permitiram uma leitura inicial das estratégias de enfrentamento à pandemia, até então adotadas. Esta leitura também proporcionou o alargamento das articulações já desenvolvidas entre a Universidade e os grupos referidos, assim como novas aproximações, sendo todos atuantes na luta pelo direito à cidade, quais sejam: Fórum Vila em Movimento (FVM), Comunidade do Jacó, Comunidade da Pesca, Movimento de Luta nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB/RN); e o Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR/RN).

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS POPULARES E COMUNIDADES INTEGRANTES DO MONITORAMENTO

O Fórum Vila em Movimento (FVM) é uma rede cidadã formada, sobretudo, por moradores do bairro de Ponta Negra, na Região Administrativa Sul de Natal (RASul), que atuam, principalmente, sobre ele e, mais especificamente, sobre a parcela original de seu território, chamada Vila de Ponta Negra, caracterizada como Área Especial de Interesse Social (AEIS). As ações do FVM repercutem no cotidiano de cerca de 7.000 famílias e se amparam no histórico de luta e resistência dos grupos que habitam a Vila. O movimento atua para melhoria das condições ambientais, de moradia e manutenção da renda e no enfrentamento do tráfico de drogas, da prostituição infantil e da violência doméstica, entre outros problemas que evidenciam a sua condição de vulnerabilidade.

A Comunidade do Jacó, AEIS localizada no bairro das Rocas, na Região Administrativa Leste de Natal (RALeste), reúne aproximadamente 100 famílias que convivem com uma situação de risco de deslizamento de encosta em parte do seu território,

potencializada pela ausência do Estado na assistência técnica e social, e ameaça de remoção, processo que está judicializado. Em razão deste, parte das habitações estão interditadas ou sob a responsabilidade da municipalidade e encontram-se abandonadas e precarizadas.

Os representantes das principais colônias e associações de pesca do RN⁶ constituem o que aqui chamamos Comunidade da Pesca. Dentre essas lideranças estão inclusas duas representantes da Articulação Nacional das Pescadoras do Brasil (ANP). A Comunidade reúne 10.113 famílias, cujo sustento é, fundamentalmente, retirado da atividade pesqueira. Entre as principais reivindicações dos pescadores e pescadoras destaca-se a sua inclusão nos programas governamentais de apoio ao enfrentamento da crise gerada pelo derramamento de petróleo na costa litorânea, em meados de setembro de 2019. Esse problema afetou profundamente as vendas dos pescados, deixando as famílias desassistidas e sem fonte de renda até os dias atuais.

O Movimento de Luta nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB) é de um movimento de atuação nacional que no RN tem se dado de forma mais intensa no município de Natal, onde reúne 60 famílias que lutam para ter seus direitos básicos assegurados como o acesso à moradia digna, emprego, renda, saúde, dentre outros. Como movimento social, envolve duas realidades distintas: a primeira se refere às famílias que ocupam edifícios vazios e subutilizados - atualmente nas regiões leste e oeste da cidade, respectivamente os bairros de Felipe Camarão e Ribeira - e a segunda com moradores de vilas e favelas da cidade.

O Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) reúne, no RN, cerca de 1000 pessoas, segundo estimativa do próprio movimento. Nesse universo, aproximadamente 500 pessoas estão ligadas ao MNPR/RN. O Movimento denuncia o específico e grave caso de violação de direitos humanos que é estar em situação de rua, o que resulta em outras violações decorrentes da ausência de abrigo, de alimentação e de água, sujeição às condições precárias de higiene, à violência etc. Como as ações institucionais não são compatíveis com a demanda, considerável parcela dessa população ainda dependente de doação (comida e kits de higiene), para garantir sua sobrevivência. Esse problema se agrava em tempos de pandemia.

Dessa forma, observa-se que mesmo antes do cenário de enfrentamento da Covid-19 os territórios e grupos monitorados já se encontravam sob o contexto de violações de direitos humanos, os quais, em alguns casos, foram agravados por ela, como se verá adiante.

⁶ Aqui apresentadas com destaque para aquelas coordenadas por mulheres nos municípios do litoral Sul e Norte do estado como Natal, Extremoz, Muriú, Extremoz, Pitangui, Galinhos, Maxaranguape, Nísia Floresta, Pirangi do Sul e Macau.

2.2. OS TERRITÓRIOS POPULARES E AS DENÚNCIAS DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS CONFIGURADAS DURANTE A PANDEMIA

A reflexão sobre a situação nos territórios populares afetados pela pandemia da Covid-19 aqui apresentada resulta da sistematização das respostas dos grupos mencionados aos formulários aplicados pelo Fórum Direito à Cidade em articulação com a Habitat para Humanidade, na primeira semana do junho de 2020. Em razão das limitações impostas pela necessidade de distanciamento e isolamento social e os meios de resposta disponíveis para os entrevistados, a coleta de dado não procedeu da mesma forma para todos os grupos: O FVM e o MLB/RN receberam e preencheram o formulário a partir dos seus representantes; a Comunidade do Jacó e o MNPR/RN foram entrevistados pelos pesquisadores; para a Comunidade da Pesca, o aplicador participou de uma reunião do grupo e extraiu as respostas necessárias. Assim, a seguir pontuam-se, por temáticas, as impressões dos grupos entrevistados, considerando seu contexto pré-pandemia, evidenciando, as denúncias de violações de direitos sofridas em razão da pandemia da Covid-19.

a. Acesso à água potável

Com exceção dos representantes do MLB/RN, que atestaram ter acesso diariamente ao serviço de água, todos os demais grupos denunciaram que o acesso é intermitente, entre duas a três vezes por semana, mantendo-se assim inclusive no contexto da pandemia. O respondente do MPRN/RN também ressaltou que, embora de forma precária e/ou insuficiente, há o acesso regular de água nos abrigos da cidade. Porém, nenhum dos grupos relatou a oferta de abastecimento complementar, apesar da piora percebida. O FVM, diferentemente dos demais, afirmou houve cortes no abastecimento de água e energia no território da Vila, ambos motivados pela falta de pagamento pelos moradores.

b. Acesso à moradia/salubridade da moradia

Registrou-se que todos os grupos já conviviam com um cenário de precariedade (com destaque para o déficit de habitações para 40.000 famílias vinculadas ao MLB no RN). Na avaliação do MPRN/RN, foram abertos 3 abrigos temporários com funcionamento ininterrupto, no entanto, com poucas vagas, que não atenderam as demandas, e regras rígidas que não observam as particularidades da população em situação de rua. Além disso, simultaneamente à abertura dos abrigos, o Centro Pop e o Albergue Noturno tiveram seu funcionamento normal suspenso (entre março e maio de 2020) e somente foi reaberto depois de muitas pressões ao órgão responsável, para atender as necessidades de acesso à água potável, a tomar banho, lavar roupas, armazenar objetos, etc. Já o Albergue noturno segue funcionando como abrigo temporário (24 horas) com número de vagas reduzidas.

A comunidade da pesca relatou a existência de ameaça ou despejo durante a pandemia, mantendo práticas anteriores de remoção, ao longo da costa potiguar, articulada a processos relacionados às atividades das indústrias salineiras, carcinicultura e de lazer e turismo, sendo destacadas duas: 1. O tradicional ancoradouro da pesca artesanal de Natal, localizado nas margens do Canto do Mangue, foi removido arbitrariamente devido a construção do Museu da Rampa, em área adjacente. Além de perder seu espaço de trabalho, a comunidade da pesca teve de pagar multa por ter resistido e saído fora do prazo estabelecido; 2. Desde 2017 ranchos de pesca da comunidade de Galinhos foram removidos por recomendação do Ministério Público. O atraso e, em muitos casos, o não recebimento dos benefícios governamentais foi igualmente um ponto de destaque.

Na comunidade do Jacó, também houve ameaça ou despejo durante a pandemia, resultado de processo de remoção anterior judicializado pela municipalidade sob a alegação de risco geológico, mesmo sem comprovação pericial. Em associação a essas, a comunidade também sofre pressão do mercado imobiliário e da gestão municipal, em função de sua localização próxima à orla, de forte potencial turístico.

Ainda sobre as ações de despejo, o MLB/RN recebeu ameaças durante o período de isolamento social, mas também apontou a existência de processo judicial em curso contra o despejo da ocupação Pedro de Melo, localizada no bairro Ribeira. Assim, ainda que as remoções não se concretizem durante a pandemia, as ameaças pré-existentes se mantêm e comprometem a permanência desses grupos no território.

Com exceção da comunidade do Jacó que conta com auxílio moradia determinado judicialmente em razão das remoções antes realizadas, os demais entrevistados relataram que não há nenhum tipo de auxílio moradia e/ou de aluguel para as famílias, tampouco políticas governamentais de subsídios pequenas reformas nas casas ou novas alternativas de abrigamento. É interessante destacar ainda que, em razão dos vínculos com a área, os moradores optaram por utilizar o auxílio para acessar casas em áreas próximas ao Jacó, como estratégia de mitigação das perdas/danos de suas relações sociais.

Observa-se, sobre essa temática, que a população em situação de rua experimenta realidade mais crítica em termos de violação de direitos. Antes do período da pandemia, o município de Natal contava com apenas um Albergue Noturno e, até a data do registro das informações, foram criados 03 abrigos temporários com funcionamento 24 horas. Todavia, o MNPR/RN relata que a oferta, que atende atualmente cerca de 90 pessoas, não é suficiente e o serviço não considera as particularidades da população em situação de rua como, por exemplo, a necessidade de ações de redução de danos para usuários em abstinência de drogas. Uma reivindicação do Movimento, que não foi atendida, trata da distribuição desses abrigos nas 04 Regiões Administrativas de Natal e em outras cidades do estado. Na capital, os abrigos estão instalados na Escola Municipal Santos Reis e na Escola Municipal

Celestino Pimentel, atendendo ao público masculino e no próprio Albergue Municipal, que atende ao público feminino, todos na RALeste.

c. Mobilidade

Com exceção da representação do MPRN/RN, que não foi questionada sobre esse aspecto, os demais grupos revelam o uso frequente de transporte público coletivo em seu cotidiano, sobretudo ônibus, e denunciam a superlotação a que estão submetidos. As lideranças do FVM e do MLB/RN entendem que esta situação de precariedade deriva-se do fato de que a mobilidade é entendida como uma mercadoria e não como um direito e, atrelado a isso, a ausência de licitação para prestação de um serviço público de transporte, acaba por colocá-lo a serviço dos lucros dos empresários deste segmento e não da conveniência da população. Assim, o elevado custo das tarifas é apontado pelo MLB/RN como empecilho ao acesso da população em situação de vulnerabilidade, sendo agravado na pandemia, quando as rendas dessas famílias estão ainda mais reduzidas.

De uma forma geral, a percepção sobre a mobilidade é que os transportes públicos estão superlotados e não há ações visíveis distribuição de máscaras ou de limpeza e descontaminação das frotas ou dos espaços de abrigo de passageiros. Comparando ao momento pré-pandemia, a avaliação atual é de que a situação agravou-se na capital em função da redução da frota de ônibus, que promove um longo de tempo de espera, e do baixo índice de isolamento social, muito em parte causado pela permissão de funcionamento de diversas atividades econômicas mesmo com o agravamento do quadro de casos confirmados pela Covid-19. Os municípios do interior, cujo deslocamento através de transporte público normalmente é mais precário quando comparado a capital, veem o período da pandemia tornar ainda mais difícil a situação. Com a redução da frota, somente as pessoas com acesso a veículo particular conseguem deslocar-se com segurança e agilidade, em caso de necessidade. Uma exceção, segundo relata a comunidade da Pesca, é o município de Nísia Floresta, onde o uso do transporte público está atendendo à sua necessidade e como medida de prevenção à disseminação do vírus, só autoriza o acesso para pessoas com máscara e o veículo só pode circular com passageiros sentados.

d. Acesso à saúde

Os atendimentos às comunidades pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) seguem acontecendo sem interrupção durante a pandemia, todavia quase todos os entrevistados apontam descontentamento com o serviço. Com a demanda de acometidos pela Covid-19, as UPAs operam acima da sua capacidade de atendimento e, por isso, não conseguem prestar assistência a todos os que a elas se

dirigem: os funcionários, ainda que queiram acolher todos os pacientes, não conseguem em função das limitações de estrutura física e material de trabalho disponível.

A comunidade do Jacó e o MNPR/RN, entretanto, relatam dificuldades ainda maiores de acesso ao serviço, pois diferentemente dos demais, não estão sendo atendidos pelos agentes de endemias ou agentes comunitários de saúde. Os entrevistados do Jacó, que também apontam tal carência em relação aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), afirmam a impressão de que os agentes públicos se omitem do atendimento com receio de contraírem a doença na comunidade e que tampouco lhes foi disponibilizado serviço de atendimento à saúde de forma remota, por telefone ou internet. Já a população em situação de rua alega que sempre teve dificuldades para acessar os serviços de saúde e assistência por falta de políticas públicas específicas e resistência dos profissionais em atendê-los.

Como exceção a todos os demais respondentes, o FVM destaca que, na Vila de Ponta Negra, a Unidade de Saúde da Família (USF) o corpo técnico Ponta Negra tem se empenhado durante a pandemia para manter os atendimentos e serviços dos agentes comunitários e de endemias. Todavia a USF da Vila vem encontrando dificuldades para continuar seu trabalho pelo adoecimento de parte dos profissionais, com casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 e pela não disponibilização de testes e equipamentos de proteção adequados para os técnicos por parte da Prefeitura de Natal. Todos os grupos atestam que não há testes de Covid-19 para todas as pessoas, mesmo aquelas com suspeita de infecção.

Com relação aos CRAS, a impressão de todos os grupos é de que houve uma piora na oferta do serviço e no acesso a este. Com a pandemia, houve interrupção de acompanhamentos presenciais e redução do horário de funcionamento, que passaram a atender as demandas de forma remota. Grande parte dos usuários vê essa nova modalidade de prestação dos serviços como obstáculo, pois tem dificuldade em manusear as ferramentas de atendimento remoto ou mesmo não tem acesso a smartphones, internet ou rede de telefone. O MNPR/RN também destaca que a população em situação de rua já era pouco assistida pelos CRAS, mesmo antes da pandemia, novamente em decorrência da inadequação dos auxílios oferecidos ao público alvo: mesmo aqueles que eventualmente conseguiam ser beneficiados com cestas básicas não tinham como/onde cozinhar os alimentos por exemplo. Por fim, o FVM aponta também problemas de outra natureza com o CRAS, que atende a comunidade, como a falta de transparência nas ações realizadas.

e. Violação de direitos

Além das violações e dos contextos de fragilidade nas temáticas anteriormente referidas, o FVM considera que a principal violação para a população da Vila de Ponta

Negra nesse período é relativa à segurança alimentar. Para muitas famílias, impedidas de tirar o seu sustento das atividades turísticas da praia ou que perderam suas formas de renda, a alimentação vem sendo garantida pela organização da sociedade civil que, por meio de ações de coletivos e ações filantrópicas, com doações de cestas básicas para complementar as iniciativas públicas de concessão de auxílio emergencial, e dirigidas às famílias que não o acessam.

A comunidade da pesca do RN pondera que ainda vem sofrendo os efeitos da crise causada pelo derramamento de petróleo no mar, ocorrido no segundo semestre de 2019. Os benefícios disponibilizados para minimizar os danos decorridos do incidente e alguns não receberam e agora os pescadores se veem novamente desassistidos. A pandemia da Covid-19 os atingiu num momento em que ainda não haviam se recuperado e agora se veem num contexto em que, novamente, não há políticas públicas específicas para o setor.

A comunidade do Jacó, além de estar vulnerável à Covid-19, convive com imóveis abandonados e demolidos devido aos processos de remoção em curso. O estado de degradação ambiental e insalubridade gerado pelo arruinamento de algumas estruturas expõe e eleva o risco a saúde da comunidade, que carece de limpeza e desinfecção.

O MLB/RN enfatizou que a principal violação de direitos está relacionada com o déficit habitacional e, por fim, o MNPR/RN considera que estar em situação de rua já é uma grave violação de direitos humanos, acarretando outras violações para as pessoas nessa condição, conforme pontuado no item 2.1. Com a pandemia, a situação se vê agravada pela ausência de condições de abrigo satisfatórias.

3. AÇÕES ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NOS TERRITÓRIOS POPULARES DA RMN

Na Vila de Ponta Negra, grupos e organizações sociais destacam as campanhas de prevenção à contaminação pelo vírus e, sobretudo, à garantia da segurança alimentar das famílias em situação de vulnerabilidade, comprometida pela redução/ausência de rendimentos. Além do FVM atuam na Vila a ONG Organização Mutirão, a Associação dos Antigos Barraqueiros de Ponta Negra, o Projeto Motivar e as Rendeiras da Vila.

No dia 17 de junho de 2020, foi deferida pela 2ª Vara de Infância e Juventude da Comarca de Natal uma liminar na Ação Civil Pública de nº 0817350-70.2020.8.20.501 movida pela ONG Mutirão contra a municipalidade de Natal, que a obriga a fornecer auxílio para garantia de segurança alimentar de 400 famílias que não conseguiram matricular seus filhos na rede pública de educação infantil em 2020 devido a desativação de um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) na comunidade, o pedido baseou-se na defesa do direito à alimentação que está sendo mantido através da entrega de cestas básicas às famílias de todas as crianças matriculadas na rede municipal de educação, além disso, requereu-se também a implementação de equipamento educacional para este fim. Na decisão, o juiz intimou o município de Natal a apresentar uma proposta de local para implementação do CMEI, bem como a concessão quinzenal de cestas básicas e kits de higiene pessoal para as famílias atingidas enquanto perdurar a pandemia. Até o momento, em cumprimento à decisão, a municipalidade já solicitou à Câmara a desafetação de terreno para esse fim.

Junto à Comunidade da Pesca artesanal estão a Rede Mangue Mar, a ONG Oceânica, o projeto de extensão da UFRN Motyrum de Educação Popular em Direitos Humanos - Núcleo Urbano e a ONG Organização Mutirão. Destaca-se que a ONG Oceânica em parceria com a ONG Mutirão, desenvolveu uma ação pontual para emissão de mensagens destinadas à prevenção da Covid-19, através de carro de som. É relevante destacar, ainda, que esta forma de difusão de dados e estratégias de cuidados com a saúde nesses territórios e nos demais grupos monitorados adquire importância, uma vez que quase todos mencionam a dificuldade na conexão à Internet como forma de acesso à informação. Com exceção da Comunidade do Jacó - que tem acesso às ferramentas, mas não domina seu uso - os grupos relatam a ausência de rendimentos para a compra dos equipamentos e/ou disponibilidade e manutenção de rede de dados fixa ou móvel.

O projeto de extensão da UFRN Motyrum de Educação Popular em Direitos Humanos - Núcleo Urbano também tem atuação na Comunidade do Jacó e acompanha todo o processo de remoção iniciado pelo município de Natal e de resistência dos moradores

desde 2016, fornecendo assessoria técnica jurídica e urbanística. No contexto do distanciamento social provocado pela Covid-19, as reuniões do grupo na comunidade estão suspensas. No entanto, os membros do Motyrum Urbano seguem monitorando os processos de remoção na comunidade por telefone e whatsapp, pois as ameaças de despejo continuam; e também articulam doações de alimentos em parceria com Cáritas Natal para as famílias que ali residem, além de difundir informações para prevenção da Covid-19.

Colaboram com o MNPRN/RN - dando apoio nas denúncias de violação de direitos humanos - as Defensorias Públicas do Estado e da União (DPE e DPU), o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da População em Situação de Rua (CIAMP Rua) a Promotoria de Justiça da Cidadania (MPRN) e o Conselho Municipal de Serviço Social (CMAS). A DPE-RN e a DPU-RN emitiram conjuntamente uma recomendação à Prefeitura de Natal e ao Governo do Estado para resguardar e garantir os direitos da população em situação de rua, em razão da hipervulnerabilidade na qual essas pessoas se encontram em razão da pandemia e da necessidade de isolamento social no dia 04 de março de 2020 (DPE/RN, 2020a). Além disso, a DPE-RN conquistou decisão em tutela de urgência que garantiu o abrigo provisório em instituição de longa permanência (ILP) para um idoso com deficiência física e em situação de rua que se encontrava internado em uma UPA de Natal após ter recebido alta médica (DPE/RN, 2020b).

Há ainda outras entidades da sociedade civil que atuam como rede de solidariedade, fornecendo doações de alimentos e itens de higiene para a população em situação de rua, seja em parceria com o MNPRN/RN ou em ações independentes, mas sem atuação política ou voltadas à denúncias, embora muitos tenham parado de ajudar com a pandemia. Diante disso, o MNPRN/RN articulou-se com outros atores sociais (parlamentares, entidades da sociedade civil, governo do estado, entre outros) para que restaurantes populares fossem abertos com fornecimento gratuito de refeições (quentinhas) para a Pop rua. Atualmente esses restaurantes estão em funcionamento, ainda que ajustes na organização, quantidade e localização na RMN, sejam necessários para que as pessoas em situação de rua possam acessá-los.

4. AS CONTRIBUIÇÕES DO NÚCLEO NATAL AO COMBATE À COVID-19 NOS TERRITÓRIOS POPULARES DO BRASIL

A partir dos formulários aplicados e da elaboração do “Plano de Ações Covid-19 nos territórios em situação de vulnerabilidade em Natal e sua Região Metropolitana: uma catástrofe a ser evitada”, foram feitos apontamentos quanto às iniciativas referentes à atuação da organização da sociedade civil no combate à Covid-19 nos territórios populares do Brasil. Dessa forma, registram-se aqui as propostas relacionadas às iniciativas do poder público, destacadas as contribuições para o âmbito nacional.

4. 1. GESTÃO, COORDENAÇÃO E APOIO SOCIAL

- Utilização e fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS como um canal para que as relações entre entes estaduais e municípios se tornem mais estreitas. A exemplo disso, são citadas as comissões intergestores, voltadas à pactuação consensual entre os atores públicos que compõem a política de saúde, que poderá se constituir como o local de tomada de decisão que considere as peculiaridades de cada regional de saúde. Além disso, tais comissões poderão se constituir, no contexto da crise, como espaços de troca e diálogo, nos quais as estratégias de contenção do contágio possam ser compartilhadas entre os municípios.
- Instalação de um Comitê Gestor em todas as favelas, além das comunidades em situação de vulnerabilidade do interior do estado. Os Comitês devem ser compostos por atores dos governos estadual e municipal, com membros secretarias de saúde, assistência social e educação que já atuam nos respectivos territórios, bem como por organizações e lideranças das comunidades. O Comitê Gestor funcionará como um espaço de sistematização de informações qualitativas trazidas pelo voluntariado civil e por agentes comunitários de saúde, a fim de que o apoio social alcance todos os cidadãos e de conectar a situação local com as autoridades governamentais. Os Comitês deverão ter acesso e diálogo direto com atores governamentais chave, para possibilitar a execução enérgica de ações de combate nas áreas que venham a apresentar maior índice de contágio, facilitando, ainda, a distribuição de insumos e alimentos à população local.
- Utilizar instrumentos de captura de dados e análise dos casos da Covid-19 nos territórios em situação de vulnerabilidade social, a exemplo da plataforma “Coronavírus RN” e aplicativo “Tô de Olho”.

4.2. ECONOMIA E APOIO AO TRABALHADOR

- Propor um valor para o auxílio pelo menos igual ao valor do salário mínimo, para amenizar os impactos econômicos da crise causada pelo Coronavírus e salvar os trabalhadores.
- Garantir a preservação do emprego formal, sobretudo em micro e pequenas empresas, e a efetivação do recebimento pelos potenciais beneficiários dos auxílios emergenciais, especialmente pelos mais vulneráveis, inclusive com prorrogação dos auxílios pelo prazo que durar o estado de calamidade.
- Ter muita atenção às propostas de renda mínima e de redesenho das atuais políticas sociais de transferência de renda aos mais pobres, como o Bolsa Família e o BPC. Políticas de cunho liberal que reformulem e agreguem os diversos programas de transferência de renda podem não resolver o problema estrutural da desigualdade de renda brasileira e terminar por nivelar por baixo a renda média da população brasileira. Ademais, podem ocultar a real intenção de desmontar o Estado de bem-estar social no Brasil, pactuado na Constituição Federal de 1988.

4.3. AÇÕES PREVENTIVAS

- Difundir entre os territórios populares, por meio virtual e de afixação de peças publicitárias, os canais de teleatendimento para cada estado, considerando os que já estão disponibilizados pelos governos estaduais, municipais, universidades e organizações da sociedade civil.
- Difundir e utilizar os conteúdos informativos e educativos disponibilizados pela campanha de comunicação coordenada pelo Comitê Científico de Combate ao Coronavírus no âmbito do Consórcio Nordeste: notadamente o aplicativo “Monitora COVID-19” e demais materiais informativos disponíveis em <https://www.comitecientifico-ne.com.br/informação>.
- Articular ações no campo da política de habitação de interesse social nos territórios em situação de vulnerabilidade, com ênfase na: (i) abertura de casas e edifícios vazios à população em situação de rua; (ii) utilização de hotéis para acolher a população em situação de rua e para garantir o isolamento social de infectados que não disponham de meios para tanto; (iii) suspensão do pagamento de aluguéis; (iv) proibição de despejos e remoções; e (v) adequação de equipamentos de saúde às recomendações de segurança decorrentes da pandemia de Covid-19;
- Afixar faixas, outdoors ou painéis luminosos nas vias de acesso aos territórios em situação de vulnerabilidade social, bem como dispor de outros meios publicitários sonoros e

audiovisuais para: (i) informar sobre o avanço da doença; (ii) registrar o número de óbitos no território com o intuito de advertir a população para a gravidade da situação; (iii) difundir protocolos de higienização de espaços, vestimentas e higienização pessoal para mitigação de infecções. Para tanto, ressalta-se a importância de flexibilização das leis sobre produtos publicitários que auxiliam nas campanhas no combate a pandemia com faixas, carros de som entre outros.

- Realizar ações de desinfecção das vias públicas e espaços comunais dos territórios em situação de vulnerabilidade social. Para além de seu efeito na limpeza propriamente dita das vias públicas, esse tipo de operação tem um forte apelo educativo e deve chamar atenção da população para a necessidade de que novos protocolos de cuidado e de proteção pessoal sejam incorporados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Despacho**. Processo nº 59017.000475/2020-11. Brasília, 5 de junho de 2020. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/880511/RESPOSTA_PEDIDO_SEI_59017.000475_2020_11.pdf. Acesso em: 11 de junho de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020b**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm. Acesso em: 10 de abril de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 936, de 01 de abril de 2020a**. Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas trabalhistas complementares para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv936.htm Acesso em: 05 de maio de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 938, de 02 de abril de 2020**. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federativos que recebem recursos do Fundo de Participação dos Estados - FPE e do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, com o objetivo de mitigar as dificuldades financeiras decorrentes do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19). Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-938-de-2-de-abril-de-2020-250916490>. Acesso em: 22 de junho de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Medida Provisória nº 939, de 02 de abril de 2020**. Abre crédito extraordinário, em favor de Transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, no valor de R\$ 16.000.000.000,00, para os fins que especifica. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-939-de-2-de-abril-de-2020-250916494>. Acesso em: 22 de junho de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 173, de 27 de maio de 2020**. Estabelece o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-complementar-n-173-de-27-de-maio-de-2020-258915168>. Acesso em: 22 de junho de 2020.

CONSÓRCIO NORDESTE. Comitê Científico de Combate ao Coronavírus. **Boletim 07, de 21 de maio de 2020**. Comitê Científico recomenda aumento das medidas de isolamento e *lockdown*, reforço na criação de Brigadas Emergenciais de Saúde, testagem para Covid-19 e Dengue. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1vIMq3jqRzxmzyYgi9FTJRWslpkTDe5-n/view>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE. **DEP/RN conquista vaga em abrigo para idoso em situação de rua**. Natal/RN, 29 de maio de 2020b. Disponível em: <https://defensoria.rn.def.br/noticia/dpern-conquista-vaga-em-abrigo-para-idoso-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 30 de maio de 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE. **Recomendação Conjunta nº 002/DPU/DPERN**. Natal/RN, 04 de março de 2020a. Disponível em: <https://defensoria.rn.def.br/sites/default/files/2020-6/Recomendacao%20N02%20.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

LOURENÇO, A. L. C.; TROVÃO, C. J. B. M.; SANTOS, J. O.; ARAÚJO, J. R.; ARAÚJO, J. B.; MACEDO, L. D.; GARCIA, O. L.; PENHA, T. A. M.. Impactos Socioeconômicos da Covid-19 no Rio Grande do Norte. **Sumário executivo da pesquisa do Departamento de Economia**. Natal/RN, 18 de maio de 2020. Disponível em: <https://ccsa.ufrn.br/portal/wp-content/uploads/2020/05/Sumario-executivo-versao-final.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

NATAL. Prefeitura do Município. **Decreto n.º 11.920, de 17 de março de 2020**. Decreta situação de emergência no Município do Natal e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do COVID-19. Disponível em: http://portal.natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/dom/dom_20200318_4c3d7ab24f98c1070634eec7158d5cdf.pdf. Acesso em: 19 de março de 2020.

NATAL. Prefeitura do Município. **Decreto n.º 11.939, de 09 de abril de 2020**. Estabelece novas medidas de prevenção ao contágio e de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da pandemia decorrente do novo coronavírus (Covid-19), e define outras medidas. Disponível em: http://portal.natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/dom/dom_20200409_extra_4edd495866e1d12651ca65ab816aa827.pdf. Acesso em: 11 de abril de 2020.

OPEN KNOWLEDGE BRASIL 2020. Transparência COVID-19. **O Índice de Transparência da Covid-19**. São Paulo/SP, 04 de junho de 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/>. Acesso em: 10 de junho de 2020.
PESSOA, Z. S.; GRIGIO, A. M.. Governança da Pandemia de COVID-19 no contexto da Cidade de Mossoró-RN. In: SILVA, Márcia Regina Farias da; SILVA, C. A. F.; DUTRA, M. C. F. S. G. (Orgs.). **Ecos do fim do mundo [livro eletrônico]: mudanças ambientais e vida social em tempo de COVID-19**. 1. ed. São Paulo: Livraria da Física, 2020. v. 1, cap. 3, p. 37-59. ISBN 978-65-5563-008-4. *E-book* (253 p.).

RIO GRANDE DO NORTE. Governo do Estado. **Decreto n.º 29.742, de 04 de junho de 2020**. Institui a política de isolamento social rígido para enfrentamento do novo coronavírus (COVID-19) no Estado do Rio Grande do Norte, impõe medidas de permanência domiciliar, de proteção de pessoas em grupo de risco e dá outras providências. Disponível em: http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20200604&id_documento=685295#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2029.742%2C%20DE%2004,risco%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 05 de junho de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Agência de Fomento. **Confira as ações da AGN em favor dos empreendedores do RN**. Natal/RN, 22 de junho de 2020. Acesso em: 22 de junho de 2020. Disponível em: <http://www.agn.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=228209&ACT=&PAGE=&PARAM=&LBL=MAT%C9RIA>. Acesso em: 22 de junho de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Estudo Temático 4: Diálogo Social, Políticas de Inclusão Social e**

Trabalho Orientadas ao Desenvolvimento Local. Disponível em:

https://geo.dieese.org.br/rn/estudos/pesquisa_2011_06_dialogosocial.pdf. Acesso em: 27 de junho de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Governo do Estado. **Decreto n° 29.581, de 31 de março de 2020.** Dispõe sobre a contratação temporária de profissionais da área de saúde, prevista na Lei Estadual n° 10.229, de 31 de julho de 2017, para atender a necessidade de excepcional interesse público relacionada à emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (COVID-19). Disponível em:

http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20200401&id_d oc=678836. Acesso em: 02 de abril de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Governo do Estado. **Decreto n° 29.582, de 31 de março de 2020.** Institui a Comissão Especial de Monitoramento e Enfrentamento ao Coronavírus (COVID-19) no âmbito do município de Natal e dá outras providências. Disponível em:

http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20200401&id_d oc=678835#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2029.582%2C%20DE%2031,Natal%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 02 de abril de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Governo do Estado. **Decreto n° 29.583, de 01 de abril de 2020.**

Consolida as medidas de saúde para o enfrentamento do novo coronavírus (COVID-19) no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte e dá outras providências. Disponível em:

http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20200402&id_d oc=678994#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2029.583%2C%20DE%201%C2%BA,que%20lhe%20confere%20o%20art. Acesso em: 05 de abril de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Governo do Estado. **Decreto n° 29.600, de 08 de abril de 2020.**

Altera o Decreto Estadual n° 29.583, de 1° de abril de 2020, que consolida as medidas de saúde para o enfrentamento do novo coronavírus (COVID-19) no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte, e dá outras providências. Disponível em:

http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20200409&id_d oc=679767#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2029.600%2C%20DE%2008,Norte%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 10 de abril de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Governo do Estado. **Decreto n° 29.613, de 14 de abril de 2020.**

Institui o Programa Estadual Emergencial de Segurança Alimentar e de Itens de Higiene e Limpeza (RN Mais Unido), dispõe sobre a e Central Estadual de Controle de Recebimento e Distribuição das Doações de Produtos, Equipamentos e Bens destinados ao enfrentamento e amenização dos impactos da calamidade pública decorrente do novo coronavírus (CEC/COVID-19) e dá outras providências. Disponível em:

http://diariooficial.rn.gov.br/dei/dorn3/docview.aspx?id_jor=00000001&data=20200415&id_d oc=680120. Acesso em: 15 de abril de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Boletim**

Epidemiológico n° 68. Natal/RN, 21 de maio de 2020. Disponível em:

<http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC00000000231653.PDF>. Acesso em: 25 de maio de 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. **Secretaria de Estado da Saúde Pública. Plano Estadual de Contingência para Infecção Humana pelo COVID-19.** 1. ed. Natal/RN, 11 de março de 2020. Disponível em:

<http://procons.e-webportal.com.br/ejemplos/s5/wp-content/uploads/2020/03/Plano-de-Conting%C3%Aancia-COVID-19-Rio-Grande-do-Norte-1.pdf>. Acesso em: 11 de abril de 2020.

SENADO FEDERAL. **Siga Brasil. Painel Cidadão**. Disponível em: <http://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrcamentoVisaoGeral>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **O Impacto de pandemia de coronavírus nos Pequenos Negócios**. 3ª ed. Resultados por UF. Pesquisa *Online* de 30 de abril a 05 de maio de 2020. 2020b. Disponível em: https://datasebrae.com.br/wp-content/uploads/2020/05/Impacto-do-coronav%C3%ADrus-nas-MPE-3%C2%AAedicao_UF.pdf. Acesso em 19 de junho de 2020.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Painel das Empresas com base nos dados da Receita Federal do Brasil (RFB)**. Dados atualizados em 11 de maio de 2020. 2020a. Disponível em: <https://datasebrae.com.br/totaldeempresas/>. Acesso em: 04 de junho de 2020.

TRIBUNA DO NORTE. Indústria é o primeiro setor atingido pela Covid-19. Natal/RN, 05 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/industria-a-o-primeiro-setor-atingido-pela-covid-19/476723>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

TRIBUNA DO NORTE. **No Rio Grande do Norte, 108.476 trabalhadores estão com contratos suspensos ou redução de jornada**. Natal/RN, 10 de junho de 2020. Disponível em: <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/no-rio-grande-do-norte-108-476-trabalhadores-esta-o-com-contratos-suspensos-ou-reducao-a-o-de-jornada/482027>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

TROVÃO, C. J. B. M.; ARAÚJO, J. B.. Desenvolvimento e mercado de trabalho em tempos de Covid-19: os impactos dos auxílios emergenciais na Região Metropolitana de Natal e no Rio Grande do Norte. *In*: CLEMENTINO, M. L. M.; ALMEIDA, L. S. B.; SILVA, B. C. N. (Orgs.). **Em tempos de Pandemia: contribuições do Observatório das Metrôpoles - Núcleo Natal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2020. v. 1, cap. 13, p. 201-224. ISBN 978-65-87594-04-0. *E-book* (251 p.).



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana, apresenta

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

**O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NOS
TERRITÓRIOS POPULARES: Monitoramento das
políticas de enfrentamento da pandemia
Relatório Parcial – Paraíba, João Pessoa e
Campina Grande**

Lívia Miranda
Demóstenes Moraes
Kainara Lira dos Anjos
Maria Jackeline Carvalho
Glenda Dantas
Renata Barbosa
Jéssica Lôro
Ana Almeida
Andresa Lima
Allyson Barbosa
Jobson Lima
Bárbara Martins
Carolina Tsuyuguchi
Joesley Costa
Camila Santos
COLABORAÇÃO INTERNA
Andrea Sales
Alexandre Sabino
Lizandra Serafim
COLABORAÇÃO EXTERNA
Arlete Rodrigues
Doralice Maia
Rafael Faleiros
Maria Tatiana Santos
José Santos Neto

Campina Grande
Julho de 2020



**Núcleo
Paraíba**

APRESENTAÇÃO

O presente relatório contém os resultados parciais dos levantamentos de dados e informações para compor o Dossiê “Pandemia COVID-19 e as Cidades” da Rede Observatório das Metrôpoles. Esse Dossiê tem por objetivo denunciar as omissões e políticas e ações insuficientes dos governos federal, estaduais e municipais para enfrentamento da pandemia do Covid-19 e, também, os impactos da pandemia e dessas omissões e insuficiências sobre os territórios populares, favelas e periferias. O Dossiê foi previsto para ser trabalhado em quatro partes: (a) diagnóstico das políticas do governo federal de enfrentamento da pandemia e denúncias de violações de direitos humanos; (b) diagnóstico da situação nos territórios e das políticas dos governos estaduais e municipais de enfrentamento da pandemia e denúncias de violações de direitos humanos; (c) ações alternativas de enfrentamento à pandemia nas periferias e favelas empreendidas pelos governos e pelas redes/articulações locais; (d) propostas e estratégias de enfrentamento da pandemia nas periferias e favelas (fortalecimento do SUS, importância das políticas sociais etc.). Especificamente, esse relatório contém parte do diagnóstico da situação nos territórios e das políticas dos governos estadual da Paraíba e municipais, de João Pessoa e Campina Grande, de enfrentamento da pandemia e, também, situações de violação de direitos e as ações alternativas de enfrentamento à pandemia nas periferias e favelas, integrando a Parte II - Análises Locais, do Dossiê. Ao longo do mês de julho de 2020, todas as partes do Dossiê deverão ser concluídas e, dessa forma, a Rede Observatório das Metrôpoles tornará disponível à sociedade, em especial aos moradores de territórios populares e articulações, entidades e movimentos sociais, um conjunto de informações e propostas para ações de incidência política para a defesa dos direitos humanos dos habitantes desses territórios.

Análises Locais do Dossiê pandemia COVID-19 e as cidades do Observatório das Metrópoles

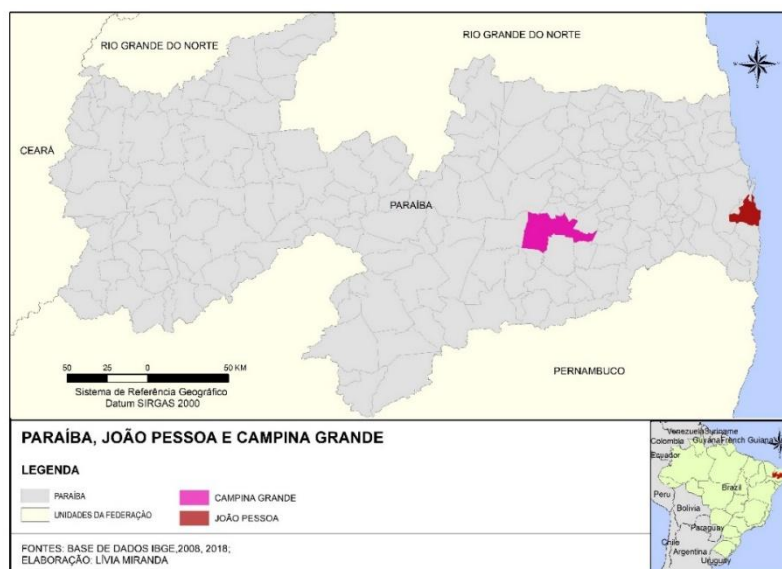
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO NOS TERRITÓRIOS E DAS POLÍTICAS DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA E DENÚNCIAS DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS

1.1. PANORAMA DA PANDEMIA NA PARAÍBA

O Estado da Paraíba é composto por 223 municípios e tem uma população de aproximadamente 4 milhões de habitantes (2019) em uma densidade demográfica de 66,70 hab/Km². O Produto Interno Bruto Estadual (PIB) era de R\$ 62,4 milhões em 2017 e o PIB per capita de R\$ 15.498,00 (2017). O Rendimento nominal domiciliar mensal per capita é baixo, R\$ 929,00, e somente 43,3% das pessoas de 14 anos ou mais estavam ocupadas em trabalho formal (2019). O estado alcançou um Índice de Desenvolvimento humano de 0,66 em 2010 (IBGE, 2019).

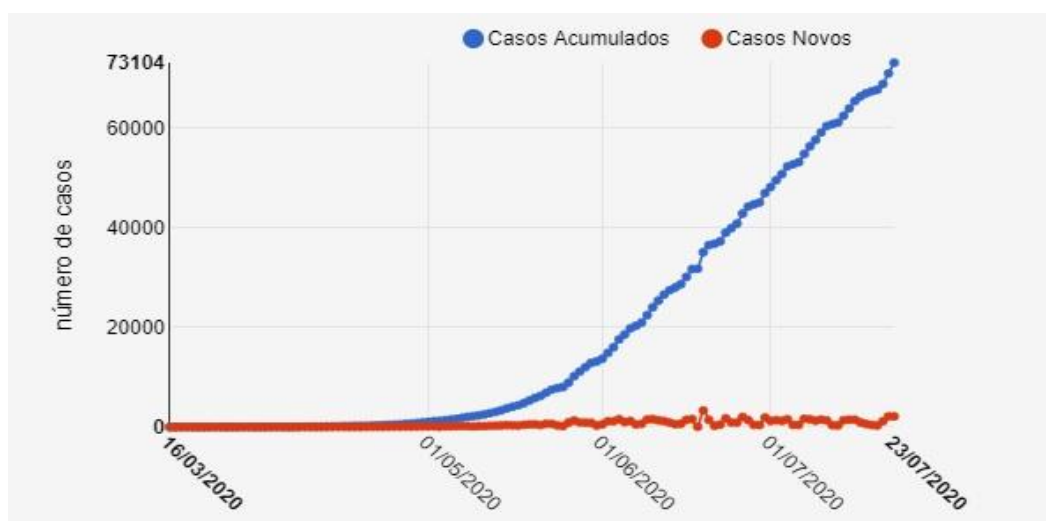
As aglomerações de João Pessoa e Campina Grande são as principais centralidades do estado da Paraíba, contidas na Região Ampliada de Articulação Urbana (RAAU) do Recife (IBGE, 2013). A Região Intermediária de João Pessoa, concentrava, em 2014, 1.801.254 habitantes enquanto a região intermediária de Campina Grande concentrava 711.396 habitantes. Juntas reuniam pouco mais de 62% da população paraibana. Essas Regiões Intermediárias, destacam-se por manter elevados níveis de pobreza nos municípios que cercam o polo. Em 2010, aproximadamente 60% dos domicílios particulares permanentes apresentavam-se sem rendimentos ou com rendimento nominal mensal domiciliar até 2 salários mínimos. Destacam-se ainda os municípios de Patos e Souza como arranjos populacionais importantes (Figura 01).

Figura 1 – Paraíba, João Pessoa e Campina Grande



Com relação à COVID-19 verificou-se que na Paraíba sua disseminação ocorreu a partir das maiores cidades, João Pessoa, Campina Grande, e, também, de Souza, expandindo-se para as cidades da região imediata. Excepcionalmente, constatou-se, já no início desse avanço, alguns casos importados em Junco do Seridó e Igaracy, cidades de menor porte. Posteriormente, alguns casos foram também detectados significativamente nos Municípios de Patos, (SALES et al., 2020).

Gráfico 1 - Evolução dos casos de COVID-19 no estado da Paraíba



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba. 2020

Gráfico 2 - Evolução dos óbitos por COVID-19 no estado da Paraíba



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba.2020

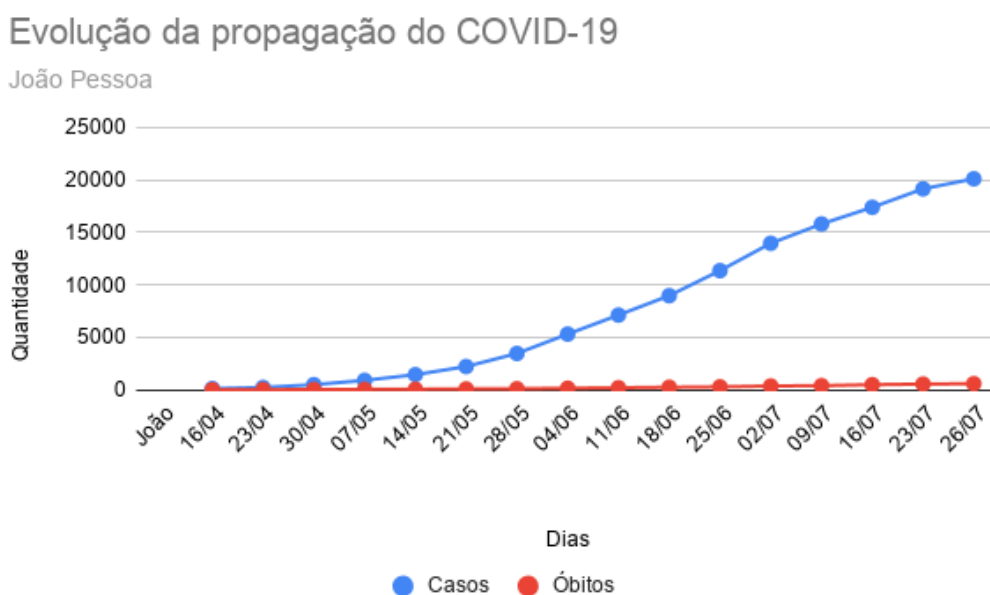
Ao todo, na Paraíba, em 7 de julho de 2020, segundo dados do governo do estado, foram 54.802 casos confirmados; 64.933 casos descartados; 1.145 óbitos confirmados; 19.373 casos recuperados; e um total de municípios afetados de 218. A ocupação total de leitos de UTI (adulto, pediátrico e obstétrico) em todo o estado era de 57%, todavia na Região Metropolitana de João Pessoa, a taxa de ocupação chegou a 66% e em Campina Grande, estão ocupados 57% dos leitos de UTI adulto. O índice de Isolamento Social foi de 41,2 no estado da Paraíba (PARAÍBA, 2020). A partir dos Gráficos 1 e 2 de evolução dos números de casos e de óbitos relacionados à COVID-19 fica evidente que estes continuam crescendo, em um momento em que as médias brasileiras alcançaram alguma estabilidade, e que a flexibilização de medidas em relação ao distanciamento social e à proteção das pessoas, que está ocorrendo desde junho, não tem respaldo no âmbito técnico-científico considerando as condições da realidade.

JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE E A CENTRALIDADE DA PANDEMIA

João Pessoa, capital do estado da Paraíba, tem população estimada em 809.015 pessoas (IBGE, 2019). O PIB per capita de R\$ 24.319,82 (IBGE, 2017), 11,59% da população encontra-se na pobreza e o índice de Gini é 0,623 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013), expressando um considerável grau de desigualdade (SERAFIM, 2020). Em relação às necessidades habitacionais, 41,3% do total de habitações não apresentam condições adequadas de habitabilidade segundo os parâmetros da Fundação João Pinheiro (FJP, 2014).

No âmbito da Saúde, João Pessoa é a sede da Primeira Macrorregião de Saúde da PB, e concentrava, em fevereiro de 2020, 2.794 leitos (da rede pública e privada) com 419 respiradores do estado da Paraíba.

Gráfico 3 - Evolução dos casos e de óbitos da COVID-19 em João Pessoa / PB



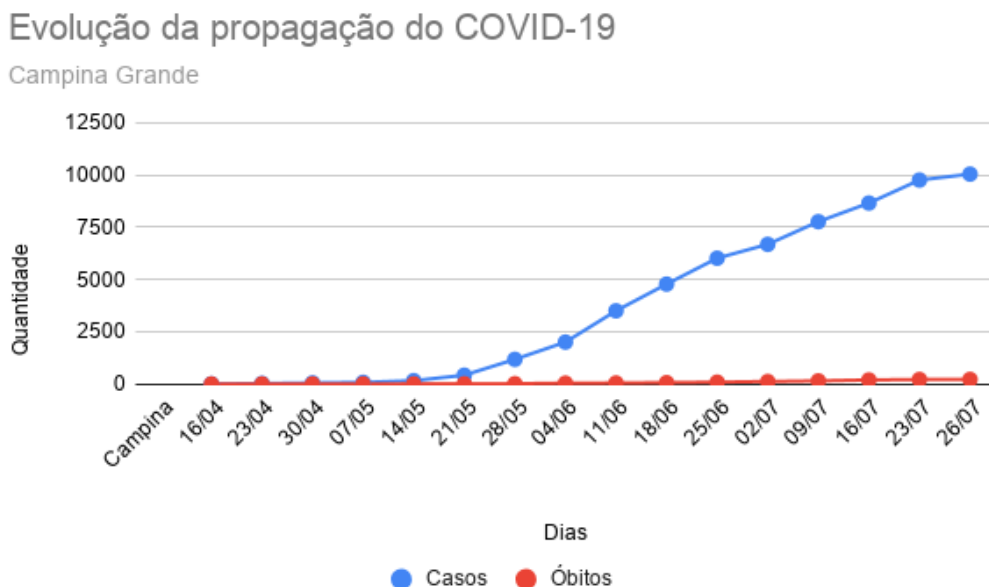
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade, DATASUS. 2020.

Em 21 de Julho, João Pessoa havia alcançado 18.002 casos de COVID-19 e 536 óbitos por conta da pandemia. A partir do Gráfico 3, mesmo com os números de casos e óbitos em João Pessoa ainda em crescimento, é perceptível a tendência à diminuição a partir de julho. Todavia, as medidas para flexibilização do distanciamento social e abertura de vários estabelecimentos comerciais e de serviços desde junho podem resultar em alterações nessa tendência.

Campina Grande é o segundo maior município do estado da Paraíba. Tem população estimada em 410 mil pessoas (IBGE, 2019) e PIB per capita de R\$ 21.077,30 (IBGE, 2017). Em 2018, o salário médio mensal no município era de 2.2 salários mínimos; e 39.5% da população com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 27.0%. 16,34% da população encontra-se na pobreza, e o índice de Gini é 0,58 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013). Quanto às condições de moradia, aproximadamente 40,9% do total de habitações apresentam carência de ao menos um serviço de infraestrutura, conforme relatava a Fundação João Pinheiro (FJP, 2012). Em abril de 2020, 1661 pessoas perderam seu emprego em Campina Grande (CAGED, maio 2020).

Como polo da Segunda Macrorregião de Saúde, Campina Grande conta com 1.569 leitos e 134 respiradores (DataSUS, fevereiro/2020). Essa Macrorregião abrange 70 (setenta) municípios paraibanos e uma população de cerca de 1,2 milhão de pessoas e Campina Grande foi definida como a referência na assistência para os casos de COVID-19.

Gráfico 4 - Evolução dos casos e de óbitos da COVID-19 em Campina Grande / PB



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade, DATASUS. 2020.

Campina Grande em 21 de julho teve o registro de 9.196 casos de COVID-19 e 205 óbitos. A partir do Gráfico 4, da mesma forma que João Pessoa o crescimento dos números de casos e óbito continua, mas em ritmo menos intenso a partir de julho. Entretanto, a flexibilização do distanciamento social e a diminuição das restrições às atividades econômicas podem gerar o aumento de casos e mortes decorrentes da pandemia.

1.2 AS MEDIDAS E AÇÕES DO PODER PÚBLICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 COM REBATIMENTOS SOBRE AS FAVELAS, PERIFERIAS E TERRITÓRIOS POPULARES

1.2.1 - DECRETOS, NORMAS E PORTARIAS

Não há registro de normas estabelecidas especificamente para as favelas, periferias e territórios populares no contexto da pandemia. De todo modo, é importante destacar alguns decretos referentes a medidas, principalmente de controle de atividades, e ações públicas para enfrentamento à COVID-19 e algumas que podem ter alcançado os moradores desses territórios, como a referente a distribuição de alimentos a partir da merenda escolar.

PARAÍBA

O Governo da Paraíba, desde março de 2020, adotou medidas restritivas, normatizadas por decretos, para conter a pandemia do coronavírus, principalmente, referentes ao

distanciamento social e à proteção individual, abrangendo todos os 223 municípios da Paraíba, tais como: a suspensão do transporte, eventos e de aulas presenciais e a obrigatoriedade de máscaras. Sobre o fechamento de locais de grande circulação de pessoas e a respeito de restrições e proibição de eventos, no âmbito estadual, vários Decretos 40.122, 40.135 e 40.141/2020 estabeleceram a suspensão ou restrição à realização de diversas atividades e de uso de locais no território estadual em função da pandemia. O Decreto Estadual nº 40.242 também tratou de medidas de restrição e de proibição de funcionamento de estabelecimentos para várias atividades e, ainda, instalou barreiras sanitárias nas PB-008 e PB-018 (Conde), PB-025 (Lucena), PB-034 (Alhandra/Caaporã), PB-044. Com o Decreto nº 40.289 foi estabelecido o isolamento social rígido na capital paraibana e nos municípios de Cabedelo, Santa Rita, Bayeux, Conde, Caaporã, Pitimbi e criadas barreiras sanitárias e de fiscalização para reduzir o fluxo de veículos circulando nos municípios. Pelo decreto 40.194 foi estabelecido o estado de Calamidade Pública, que autorizou a adoção de todas as medidas administrativas necessárias à imediata resposta à pandemia.

O Governo Estadual regulamentou, ainda, a requisição administrativa prevista no art. 5º, XXV, da Constituição Federal e no Decreto Estadual nº 40.135/2020, pelo Decreto nº 40.155/2020, podendo requisitar as unidades de saúde e leitos, bem como os bens, móveis e imóveis, ou serviços de pessoas naturais ou jurídicas, para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. A Lei estadual nº 11.682 estabeleceu a distribuição de cestas básicas para os 246 mil alunos da rede pública estadual.

Vários decretos estaduais previram ações e recursos para grupos vulnerabilizados no contexto da COVID-19, mas sem especificidades quanto aos moradores de territórios populares.

Em 12 de junho, o Governo da Paraíba por meio do Decreto 40.304 lançou o plano Novo Normal Paraíba, com medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pela COVID-19 no âmbito da Administração Pública direta e indireta, bem como sobre recomendações aos municípios e ao setor privado estadual. O plano toma como referência as condições epidemiológicas e estruturais no Estado que deverão ser analisadas cumulativamente em intervalos de 15 dias, tendo como parâmetros de aferição a taxa de obediência ao isolamento (TOIS), taxa de progressão de casos novos (PCN), taxa de letalidade (TLO) e a taxa de ocupação hospitalar (TOH). A partir dessas taxas foi estabelecida uma classificação dos municípios paraibanos em quatro estágios, denominados por bandeiras nas cores vermelha, laranja, amarela e verde. Desse modo, as restrições ao funcionamento de empresas e estabelecimentos podem ser diminuídas, o que já vem ocorrendo, o que possivelmente acarretará a ampliação progressiva dos números de casos e de óbitos relacionados à COVID-19.

JOÃO PESSOA

A Prefeitura de João Pessoa instituiu parte de suas medidas para enfrentamento do novo coronavírus por meio de decretos relacionados a medidas para isolamento social e para ações de enfrentamento à COVID-19. Pelo Decreto nº 9456/2020, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública em função do novo coronavírus, foi declarado estado de emergência e cancelados eventos com público acima de 250 pessoas em espaços abertos e 100 pessoas em espaços fechados, fechamento de museus,

bibliotecas, teatros, parques e centros culturais públicos municipais entre outras medidas. O Decreto nº 9.460, que altera o Decreto nº 9.456, define outras medidas para o enfrentamento da pandemia como, por exemplo, a suspensão de aulas da rede pública municipal e privada. O Decreto nº 9.461, na atualização de medidas, ampliou o fechamento de estabelecimentos que aglomeram pessoas, como academias, shopping centers, cinemas, teatros, parques de diversão e afins; o Decreto nº 9.462 estabeleceu a suspensão do transporte coletivo e fechamento de mais locais; e os Decretos nº 9.469, 9.470, 9.472, 9.481, 9.487 e 9.491 prorrogaram e ampliaram essas medidas. A partir do Decreto 9.482 foi vedado o acesso às praias, ao calçadão das avenidas situadas nas faixas de beira-mar e aos parques. Pelo Decreto nº 9.467 foi definida a proibição de velórios e outras medidas para serviços funerários e no Decreto nº 9.465 foram estabelecidas medidas temporárias para aquisição de bens e serviços.

As medidas definidas a partir de decretos, serviram principalmente para promover o distanciamento social, em função da evolução da disseminação do novo coronavírus. Desses decretos, não houve algum que apontasse para medidas específicas para os territórios populares. A suspensão do transporte coletivo pode ter afetado negativamente os segmentos vulnerabilizados, tendo em conta que é o principal meio de deslocamento para distâncias maiores, o que pode ter prejudicado o acesso a equipamentos de saúde.

Por fim, está em tramitação o Projeto de Lei 1.833/2020, que estabelece medidas de proteção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, estendendo-a a seus filhos, durante o período da pandemia de Covid-19. Entre as medidas previstas no PL há a determinação do acolhimento imediato na Rede de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher do município; acompanhamento técnico multidisciplinar nos locais onde essas mulheres e seus filhos estejam abrigados; e a presença de agente público ou privado de segurança no local de abrigo.

A prefeitura de João Pessoa com o Decreto Nº 9504 DE 13/06/2020 estabeleceu as regras relativas às medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, a partir de 15 de junho de 2020, com retomada do funcionamento das atividades econômicas suspensas durante o enfrentamento à pandemia, de forma setorial e gradual, conforme Plano Estratégico de Flexibilização. Esse plano está em terceira fase de implementação e a flexibilização pode estar contribuindo para que os números de casos e óbitos ainda estejam crescendo.

CAMPINA GRANDE

O Decreto nº 4.463 de 16 de março de 2020, previu (Art. 4º), além de tratar das condições para a realização de eventos que reunissem mais de 300 pessoas e para os locais de grande circulação de pessoas, também, criou o Comitê Intersetorial de Acompanhamento, Controle e Prevenção do CORONAVÍRUS de Campina Grande – PB (Art. 11). Esse decreto foi alterado pelo Decreto nº 4.466/2020, que previu que os locais de grande circulação de pessoas deveriam ficar fechados e foi alterado mais uma vez pelo Decreto nº 4.479/2020, com a ampliação dos locais que deveriam ficar fechados, incluindo espaços livres públicos. Por esse último decreto, foi prevista, ainda, a obrigatoriedade do uso de máscaras pelos condutores e passageiros de transporte públicos individuais e por aplicativos, a disponibilização de álcool em gel a 70% aos passageiros e a proibição do uso do banco dianteiro de passageiro. Pelo Decreto Municipal nº 4.470/2020, foi reconhecida a ocorrência

do estado de calamidade pública em Campina Grande, com efeitos até 31 de dezembro de 2020, permitindo a aquisição de produtos e serviços para enfrentamento da pandemia com dispensa de licitação. Os recursos decorrentes do percentual 30% (trinta por cento) dos impostos, taxas e multas tiveram a possibilidade de serem usados pelos ordenadores de despesas de que trata a Lei Complementar nº 029 de 05 de dezembro de 2005, pelo prazo de 90 (noventa) dias, para o custeio das despesas na aquisição de EPIs, equipamentos hospitalares, insumos e serviços de higienização, mão-de-obra no combate ao COVID-19 pelo Decreto nº 4.476/2020. O Decreto Municipal nº 4.478/2020 autorizou a distribuição de gêneros alimentícios, adquiridos com recursos do programa nacional de alimentação escolar (PNAE), aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas municipais de educação básica do município de Campina Grande. Os feriados dos dias 11 de junho (Corpus Christi), 24 de junho (São João) e 05 de agosto (aniversário da Paraíba), foram antecipados para os dias 1, 2 e 3 de junho de 2020 pelo Decreto nº 4.481, de 26 de maio de 2020.

Não foram estabelecidas medidas específicas, a partir dos decretos municipais, para os territórios e assentamentos populares. A previsão de distribuição de alimentos a partir das escolas aos responsáveis pelos estudantes pode ter beneficiado os segmentos vulnerabilizados.

No dia 12 de junho foi publicado no Semanário Oficial o Decreto nº 4.492/2020 com a instituição do Plano de Convivência e Retomada de Atividades em Campina Grande, implantado a partir de 15 de junho, para retomada das atividades econômicas, mas condicionado ao comportamento da curva epidemiológica do coronavírus na cidade. Os critérios para mudança de fase seriam: taxa de ocupação do total de UTIs disponíveis da cidade, públicas e privadas, sendo a fase inicial liberada com ocupação inferior a 70%; e evolução do crescimento de casos. Todavia, mesmo com os números de casos e óbitos continuando a crescer, ao que parece, tem sido considerada, prioritariamente, a taxa de ocupação de UTIs.

RECOMENDAÇÕES E AÇÕES DOS MINISTÉRIOS PÚBLICOS E DEFENSORIAS

No campo das recomendações, o Ministério Público Federal (MPF), o Ministério Público do Trabalho (MPT) e o Ministério Público da Paraíba (MPPB) expediram recomendação, no dia 15 de abril, ao prefeito de Campina Grande (PB), para que sejam prorrogadas as medidas de contenção e fechamento do comércio no município, em consonância com as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde e com o decreto estadual em vigor.

O Ministério Público da Paraíba (MPPB) orientou o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA) de Campina Grande para que autorizasse o repasse de R\$ 1,3 milhão do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente (FIA) à Prefeitura para custear ações de prevenção e enfrentamento da pandemia da COVID-19. O MPPB instaurou procedimentos para acompanhar testagem e atendimentos precoces em alguns municípios, realizou inspeções de restaurantes populares, e atuou para regularizar as filas em agências bancárias e casas lotéricas nos municípios da Paraíba. Em conjunto, o MPPB e o MPF, promovem ação civil pública para garantir implantação de UTIs necessárias na Paraíba. O MPPB, como integrante da Rede de Atenção às Mulheres em Situação de Violência (Reamcav), tem reforçado a campanha “São João em casa, sim! Com violência, não!” para a prevenção a riscos de violência doméstica contra as mulheres.

A Defensoria Pública do Estado da Paraíba (DPE) fez recomendações e solicitações à Justiça para que fossem suspensos cortes de fornecimento de serviços de saneamento, pela CAGEPA, de energia elétrica, pela Energisa, e de telefonia, por diversas operadoras, em função da pandemia do novo coronavírus. A DPE solicitou e a Justiça determinou que a Prefeitura de Campina Grande realizasse a distribuição de alimentos da merenda a alunos da rede pública. A DPE recomendou à Prefeitura de João Pessoa que garantisse transportes coletivos aos trabalhadores que exercem atividades essenciais.

1.3 POLÍTICAS E AÇÕES NA PARAÍBA, JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE

As informações e dados sobre políticas e ações foram coletados a partir de contatos com técnicos da gestão municipal, dos sites oficiais do Governo do Estado e das prefeituras de João Pessoa e Campina Grande e das notícias veiculadas pela mídia. Essas informações foram contrastadas com as respostas de líderes comunitários nos dois municípios a partir das questões do roteiro de entrevista proposto pela iniciativa das redes nacionais da sociedade civil para o combate à COVID-19. As questões desse roteiro de entrevista abrangeram os seguintes temas: Apoio humanitário/financeiro; Acesso à informação; Acesso aos serviços básicos; Condições de moradia/abrigo; Condições de mobilidade; Acesso a serviços de saúde; Militarização dos territórios; Controle Paralelo; Assistência à violência doméstica relativa a gênero e grupos vulnerabilizados.

PARAÍBA

Em relação às ações do governo estadual da Paraíba, antes de tratar dos temas trabalhados pela iniciativa das redes nacionais da sociedade civil para o combate à Covid-19, é fundamental destacar que o estado integra o Consórcio Nordeste, uma parceria entre todos os governadores da região para tratar de comércio de bens e serviços e outros assuntos de interesse comum. Nesse contexto da pandemia do novo coronavírus o consórcio vem implantando medidas conjuntas na região, amparadas pelo Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (CCCC), criado para propor estratégias unificadas para conter o avanço da Covid-19 nos estados nordestinos. Os governos estaduais nordestinos têm pressionado o governo federal para que sejam executadas ações efetivas relacionadas a repasse de recursos, envio de insumos e equipamentos de proteção individual (EPIs) e a liberação de benefícios do Bolsa Família e do auxílio emergencial.

O governo da Paraíba tem tratado sobre ações conjuntas voltadas ao enfrentamento da Covid-19 com os governos municipais e com a Federação das Associações de Municípios da Paraíba (Famup), entre estas a realização de testes rápidos e de barreiras sanitárias e bloqueios de vias.

Outra iniciativa importante foi a seleção e apoio a 10 projetos que visam contribuir para a rápida implementação de soluções de monitoramento, análise e recomendações frente à pandemia da Covid-19, a partir da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (Fapesq) e da Secretaria de Estado da Educação e da Ciência e Tecnologia (SEECT).

No campo econômico, é possível evidenciar algumas ações e medidas: a disponibilização de recursos que somam R\$ 2,5 bilhões para financiamento aos microempresários e produtores rurais, através do Programa Microfinanças (Crediamigo e Agroamigo) do Banco do Nordeste do Brasil; a criação de uma linha de crédito especial do programa Empreender

Paraíba para microempreendedores, inicialmente 1.450, e a suspensão da cobrança de parcelas de abril a junho para os clientes adimplentes do programa; o adiamento do pagamento da alíquota interestadual do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) para aquisição de equipamentos e máquinas, relacionados ao combate do coronavírus. Vale ressaltar, ainda, que o Sistema Nacional de Emprego - Paraíba reabriu os seus serviços no dia 20 de abril para o atendimento exclusivo de Seguro Desemprego.

Para o **apoio humanitário / financeiro**, as principais ações do governo estadual se deram a partir do Programa Cartão Alimentação, de transferência de renda que atende cerca de 52 mil famílias em situação de vulnerabilidade social nos municípios afetados pela estiagem na Paraíba, com o aumento do valor durante três meses, em R\$ 15,00 e com a distribuição de 52 mil cestas básicas e cinco mil kits de higiene. Houve, ainda, a ampliação de duas mil refeições por dia nos restaurantes populares da Paraíba; o aumento de recursos ao Projeto Acolher a partir da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (Sedh) para as entidades sem fins lucrativos que atendem idosos no estado; e o reforço às ações do Programa de Aquisição de Alimentos incentivo à produção e ao consumo de leite, visando a geração de renda do agricultor e o abastecimento familiar a famílias inscritas no CadÚnico. O Governo do Estado lançou a Campanha 'Somos Solidariedade', de arrecadação de alimentos para distribuição com as famílias que vivem em situação de risco, ação conjunta da Secretaria de Desenvolvimento Humano (SEDH), Casa Militar, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros, e parceria com a Arquidiocese da Paraíba.

Em relação ao **acesso à informação**, o governo da Paraíba conta com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) para esclarecimentos e notificações de casos suspeitos e tem reforçado o serviço do Disque Saúde 136 do Ministério da Saúde. Há, também, o Aplicativo Monitora Covid-19, ferramenta para triagem e que disponibiliza atendimento médico por ligações telefônicas e por chat. Além disso, vem sendo realizada uma campanha para combate às fake news relacionadas à Covid-19, a partir de um canal oficial para a checagem e esclarecimentos quanto a notícias imprecisas ou falsas que possam levar desinformação aos paraibanos. A polícia militar tem contribuído por meio da Operação Previna-se, a partir de viaturas que percorrem bairros da cidade orientando as pessoas sobre a importância do distanciamento social.

No âmbito do **acesso a serviços básicos**, as medidas realizadas pela Companhia de Água e Esgotos da Paraíba (CAGEPA), que é vinculada à Secretaria estadual da Infraestrutura, dos Recursos Hídricos, do Meio Ambiente e da Ciência e Tecnologia (SEIRHMACT) devem ser registradas: a entrega de subadutora para reforçar a rede de abastecimento de água, abrangendo os bairros do Geisel, Funcionários II, III e IV, Esplanada I e II, Sepol, Grotão, João Paulo II e parte dos Conjuntos Costa e Silva e Ernani Sátiro, mesmo não estando vinculada especificamente ao enfrentamento à pandemia; a suspensão da cobrança de faturas dos usuários que pagam Tarifa Social e a manutenção do abastecimento de água para os que atrasem o pagamento das suas contas. A Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano tem distribuído filtros de cerâmica para purificação da água consumida por famílias em situação de risco social da zona rural que são beneficiários do Programa Bolsa Família. Não houve registro, até o momento, de ações específicas relacionadas aos territórios populares, apesar das medidas citadas acima abrangerem alguns desses territórios e parte de seus moradores.

Não houve a constatação de ações do governo estadual quanto às **condições de moradia e abrigo** em função da COVID-19.

Quanto às **condições de mobilidade**, as medidas foram de restrição à circulação e acesso e, também, de criação de barreiras sanitárias e de desinfecção de terminais. As barreiras sanitárias instaladas sob a coordenação da Agência Estadual de Vigilância Sanitária promoveram de abril a maio, a desinfecção de mais de 40 mil veículos nas divisas da Paraíba com os Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará. Foram criadas barreiras sanitárias também nas rodovias PB-008 e PB-018 (no município do Conde), PB-025 (no município de Lucena), PB-034 (no limite dos municípios de Alhandra e Caaporã) e PB-044 (no limite dos municípios de Caaporã e Pitimbu), e ainda no terminal hidroviário de Cabedelo, a partir do Decreto nº 40.242 com a permissão da passagem das pessoas que comprovarem que residem ou trabalham nas referidas cidades. Houve também a restrição ao transporte intermunicipal e ao funcionamento das rodoviárias do estado que voltaram a funcionar em 15 de junho.

Em relação ao **acesso aos serviços de saúde e assistência social**, serão destacadas, primeiro, as ações no campo da saúde: os hospitais de doenças infecto contagiosas Complexo Hospitalar Clementino Fraga e Hospital Universitário Lauro Wanderley, ambos em João Pessoa, e o Hospital Pedro I em Campina Grande, tiveram suas estruturas adaptadas para receber pacientes como novo coronavírus; foram implantados 60 leitos no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga, em Campina Grande e houve a ampliação de novos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e de enfermaria no Complexo Hospitalar Regional Deputado Janduhy Carneiro, no município de Patos; o governo do estado alugou o prédio do antigo Hospital Santa Paula, em João Pessoa, com 150 leitos; o Hospital das Clínicas atende a população da região, com a oferta de 10 leitos de UTI e 110 leitos de enfermaria; foram contratados mais de 2 mil profissionais de Saúde e, também, realizado Processo Seletivo Simplificado para o Hospital das Clínicas de Campina Grande, em caráter emergencial, para prestação de serviço no combate ao coronavírus; a ampliação de exames em relação à COVID-19 foram ampliadas a partir do Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba (Lacen-PB) e da parceria com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB); foram adquiridas quase três milhões de máscaras de tecido reutilizável e distribuídas mais de 500 mil para a população em situação de vulnerabilidade social e econômica e com os servidores públicos para a prevenção e redução de contágio pela Covid-19; foi entregue em abril, o Hospital Solidário, estrutura no estacionamento do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, em Santa Rita, com 130 leitos de enfermaria para pacientes com casos diagnosticados para o coronavírus, moderados a graves; foram distribuídos 155 mil testes rápidos entre os 223 municípios do Estado e realizados testes rápidos nos municípios Santa Rita, Cabedelo, Sapé Cruz do Espírito Santo e Bayeux, em parceria com as prefeituras. No campo da assistência social, a Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH implantou 4 Restaurantes Populares situados nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Santa Rita); foram antecipados recursos, cerca de R\$ 1 milhão, para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) com vistas a diminuir os efeitos da pandemia do novo coronavírus; foram reforçados o teleatendimento, telemonitoramento e atendimento on-line da Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (Funad); foram antecipados R\$ 5 milhões do Cofinanciamento Estadual para as Prefeituras investirem em ações de assistência social.

Sobre a **militarização dos territórios**, não houve registro de operações específicas nos territórios populares pela Polícia Militar ou Polícia Civil. Houve reforço das rondas, principalmente à noite e madrugada, em função dos estabelecimentos comerciais e de serviços estarem fechados e da diminuição de circulação de pessoas. Foram deflagradas as

Operações: Cidade Segura, para reforçar as ações de segurança perto de postos de combustíveis, farmácias, hospitais e nas vias onde passam os entregadores de comidas; e a Malhas da Lei, para retirar de circulação pessoas procuradas pela Justiça. A partir das entrevistas realizadas com lideranças comunitárias de João Pessoa e Campina Grande não foram detectadas operações específicas nos assentamentos populares, apesar de algumas terem reportado que a violência policial nas incursões nesses territórios persiste.

A respeito da **assistência à violência por questão de gênero e a grupos vulnerabilizados**, há sistema para apurar denúncias de violação de direitos humanos em âmbito estadual, que encaminha, monitora e acompanha a apuração dos casos de violações de direitos contra crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, pessoas em restrições de liberdade, pessoas idosas, mulheres, público LGBT e tráfico de pessoas. A Secretaria de Desenvolvimento Humano tem participado de campanhas em combate à violação de direitos, em conjunto com outras instituições públicas e organizações da sociedade civil, e tem realizado o trabalho de divulgação dos direitos humanos e dos canais para denúncias de situações de violação em escolas, entidades públicas e privadas.

JOÃO PESSOA

No âmbito do **apoio humanitário / financeiro**, algumas medidas pelo Município podem ser evidenciadas: garantidas refeições diárias para os 23 mil alunos acolhidos nas 32 escolas de tempo integral e nas 85 creches; a Secretaria de Desenvolvimento Social (Sedes) reforçou atividades de alimentação e banho para maior proteção das pessoas em situação de rua, definiu local específico para estas nos Restaurantes Populares e entregou kits de higienização para os usuários do Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop); foi anunciada, em junho, a disponibilização de 100 leitos para acolher pessoas em situação de rua em pousadas; a suspensão temporária do pagamento de empréstimos que precisariam ser quitados com o Banco Cidadão alcançando 1.462 micro e pequenos empresários; a Campanha #SomosMaisFortes de arrecadação de alimentos para ajudar a população mais vulnerável da Capital reforçando as ações a partir dos restaurantes populares e cozinhas comunitárias e, também, o apoio às famílias em situação de rua; continuidade do bolsa universitária e entrega de cestas nutricionais para 250 estudantes de famílias inscritas no CadÚnico integrantes do Bolsa Universitária; um edital voltado às Organizações da Sociedade Civil (OSC) para serviços de acolhimento de idosos em Instituições de Longa Permanência, com recursos para ajudar na prevenção ao coronavírus e na aquisição de máscaras, luvas, materiais de limpeza e álcool em gel; os serviços do Centro Pop tiveram suas atividades de alimentação e banho reforçadas, assim como a higienização do local; acordo com empresas do transporte público e antecipação da compra de crédito de passagens para evitar demissões de motoristas, cobradores, despachantes entre outros; ampliação do fornecimento de refeições para 65 mil alunos da rede municipal de ensino; entrega de 130 cestas básicas aos grupos de cultura popular; 20,8 mil cestas nutricionais e kits de higiene previstas e 60 toneladas de frutas, raízes e verduras adquiridos da agricultura familiar previstas para serem entregues às famílias cadastradas na rede de assistência do Município; as equipes do Serviço Especializado em Abordagem Social (Ruartes) e Consultório de Rua da Secretaria Municipal de Saúde tiveram seu trabalho reforçado, possibilitando a distribuição de kits de higiene pessoal e orientações sobre medidas preventivas, além da vacinação contra a gripe Influenza para a população

em situação de rua; nas Casas de Acolhida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e famílias) foram tomadas medidas para isolamento social e reforçada a higienização; nos Restaurantes Populares de Mangabeira e da Lagoa, o almoço passou a ser distribuído em marmitas e foram definidos locais específicos para a alimentação das pessoas dentro do grupo de risco; as Cozinhas Comunitárias também tiveram suas refeições distribuídas por meio de quentinhas; foi aberto um 'Centro Pop', com funcionamento 24 horas, no bairro de Jaguaribe, para atender população de rua com 20 leitos, totalizando 46 novos leitos para essa população.

Não foram constatados apoios financeiros em âmbito municipal, nem ações específicas relacionadas aos assentamentos populares. Parte dos moradores desses assentamentos pode ter sido beneficiada com o acesso a cestas de alimentos se cadastrada na rede de assistência ou a partir das escolas. Houve, ainda, a distribuição de cestas básicas a partir de parceria entre a Prefeitura e o Banco Interamericano para o Desenvolvimento de Desenvolvimento (BID), para beneficiar famílias que moram em assentamentos precários e de risco de João Pessoa. Todavia, tendo em vista a insuficiência de ações de apoio humanitário e financeiro no contexto da COVID-19 nos territórios populares, seria constatável a violação dos direitos sociais à saúde, alimentação e à assistência aos desamparados.

Para o campo do **acesso à informação**, a prefeitura realizou as seguintes ações: disponibilizou site 'JP contra covid' e Portal da transparência que reúne dados públicos sobre Covid-19; implantou sistema de monitoramento do índice de isolamento na capital; criou central de atendimento para tirar dúvidas sobre o novo coronavírus; uso de redes sociais e de carros de som para orientar a população sobre isolamento social que circulam nos bairros com maior número de pessoas na rua; campanha de conscientização no combate à pandemia do coronavírus junto aos moradores dos residenciais e das comunidades a partir da Secretaria Municipal de Habitação (Semhab). Não houve condições para avaliar, ainda, no âmbito desse dossiê, o alcance do uso de carros de som para orientar a população sobre isolamento social e da campanha de conscientização no combate à pandemia do coronavírus, mas essas ações foram programadas para atingir, também, os bairros populares e periféricos. A partir dos líderes comunitários entrevistados, foi possível constatar a insuficiência das ações, em âmbito municipal, de acesso à informação para conscientização e prevenção do COVID19 o que não contribuiria para assegurar os direitos sociais à saúde, à proteção, à maternidade e infância e à assistência aos desamparados.

Em relação ao **acesso a serviços básicos**, algumas medidas podem ser destacadas: a Companhia de Água e Esgotos da Paraíba (CAGEPA) implantou uma subadutora para reforçar a rede de abastecimento de água, beneficiando os bairros do Geisel, Funcionários II, III e IV, Esplanada I e II, Sepol, Grotão, João Paulo II e parte dos Conjuntos Costa e Silva e Ernani Sátiro; os usuários da CAGEPA que estão inseridos na categoria Tarifa Social tiveram a cobrança de suas faturas suspensas e, também, foi garantida a manutenção do abastecimento de água para os clientes residenciais que atrasem o pagamento das suas contas de água. As medidas em destaque estiveram relacionadas aos serviços de saneamento fornecidos pela CAGEPA, sendo a suspensão da cobrança para os clientes que pagam tarifa social a mais abrangente para o alcance de segmentos vulnerabilizados. Não houve registro, até o momento, de ações específicas relacionadas aos territórios populares, apesar das medidas citadas abrangerem alguns desses territórios e parte de seus moradores.

Pelos depoimentos dos líderes de territórios populares, as infraestruturas de saneamento não atendem a todos moradores, que buscam o acesso, principalmente à água, por meios improvisados e clandestinos. Não vêm sendo realizadas ações complementares e alternativas, como a instalação de pias comunitárias, o que pode resultar no comprometimento dos processos de higienização das famílias para a proteção frente à COVID-19. De modo geral, o direito humano à água e saneamento não está garantido, o que traz consequências para os direitos à saúde e de assistência aos desamparados.

Sobre as **condições de moradia e abrigo**, no âmbito das ações de limpeza e descontaminação é possível mencionar que quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), hospitais, escolas, creches, mercados públicos, feiras livres, paradas de ônibus, residenciais e várias ruas e avenidas de diferentes bairros receberam a ação de higienização e desinfecção; e que teve início em maio a 'Operação Proteção' com barreira sanitária, testes de Covid-19 e ações educativas contra o coronavírus em diversos bairros. Não houve a constatação de ações de remoção ou despejo, mas, também, não vêm sendo realizadas ações públicas municipais quanto a reformas ou auxílio financeiro para alternativas habitacionais.

A partir das entrevistas realizadas com líderes comunitários, não houve registro de ações de melhorias das condições de moradia nos territórios populares realizadas pelo governo municipal e a violação do direito à moradia adequada persiste, agravado com a COVID-19 e implicando, negativamente, em outros direitos humanos.

Quanto às **condições de mobilidade**, foram levantadas as seguintes medidas: a ampliação do número de linhas de ônibus especiais que estão transportando os profissionais de saúde que atuam em hospitais, clínicas e laboratórios públicos e privados; higienização reforçada para garantir segurança de usuários e motoristas; barreiras sanitárias em aeroportos e rodovias; vários decretos de suspensão dos transportes coletivos. A partir das entrevistas dos líderes comunitários, a restrição dos transportes coletivos, em função das estratégias de distanciamento social, dificultou o acesso aos serviços de saúde para diagnósticos e tratamento das pessoas infectadas pelo novo coronavírus. Com a diminuição das medidas de restrição em relação ao transporte e às atividades econômicas, vem sendo registrados problemas quanto à superlotação dos transportes públicos.

Para o **acesso aos serviços de saúde e assistência social**, algumas das ações que foram realizadas podem ser evidenciadas: foram contratados 100 profissionais da saúde e autorizado edital para contratação de 735 profissionais para enfrentamento à COVID-19; foram disponibilizados 100% da rede de UPAs e 230 leitos para o atendimento de casos de COVID-19; disponibilização de plataforma web com informações de monitoramento sobre coronavírus; houve a qualificação de equipes da Atenção Primária e de atendimento domiciliar sobre o coronavírus; 40 novos leitos clínicos para enfrentamento ao coronavírus foram disponibilizados no Hospital São Luiz; parceria com Hospital Universitário para a oferta de 14 novos leitos de UTI; foi implantado um atendimento psicológico gratuito por telefone; foi disponibilizado aplicativo com informações sobre coronavírus para servidores; foram realizados testes de COVID-19 em caminhoneiros e motoristas no Distrito Industrial.

A partir das entrevistas com líderes de comunidades e territórios populares, foi colocado por alguns que há dificuldades de acesso a equipamentos de saúde, que não vêm sendo realizados testes e que o trabalho dos agentes comunitários de saúde não foi reforçado. Além disso, há deficiência no atendimento a outras doenças. A omissão estatal em relação

às condições necessárias para a garantia do direito à saúde e de assistência aos desamparados nos territórios populares é evidente.

Sobre a **militarização dos territórios**, não houve a constatação de operações policiais em territórios populares, implicando no aumento da vulnerabilidade de seus moradores no contexto da pandemia. Pelos líderes populares, algumas incursões da polícia militar nas comunidades ainda foram violentas. Além das condições de segurança não terem melhorado os direitos à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança, e os direitos sociais a trabalho, proteção e segurança ainda não são garantidos, situação que tende a se agravar com a pandemia. Não houve registro de interferências dos “poderes paralelos” (traficantes, milicianos etc.) que prejudicassem o enfrentamento à COVID-19, mas houve menções a algum apoio na distribuição de cestas.

Quanto à **assistência à violência por questão de gênero e a grupos vulnerabilizados**, entre as medidas e ações de âmbito municipal em João Pessoa, foram levantadas as seguintes: site com a cartilha ‘Isolamento Seguro’, com orientações de como proceder em caso de violência e quais serviços podem utilizar de forma segura, em especial em relação às mulheres; a Secretaria da Mulher disponibilizou telefones, (83) 98653-4727 e (83) 9879-41695, para prestar orientações e encaminhamentos, mas há também a possibilidade, em caso de violência doméstica e familiar, de ligação imediata para Polícia Civil (197), Militar (190) e Guarda Municipal de João Pessoa (153).

CAMPINA GRANDE

Em relação ao **apoio humanitário / financeiro**, em âmbito municipal foram recebidos recursos federais para Campina Grande para ações em relação ao Covid-19, a partir do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com os valores de R\$ 235.200,00 para acolhimento, R\$ 34.845,00 para alimentos e R\$ 284.025,00 para EPI (SAGI – MDS, 2020). A Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) continuou priorizando os segmentos vulnerabilizados já cadastrados, abrangendo a população de rua, famílias em extrema pobreza, residentes em assentamentos rurais, pessoas em acolhimento institucional e os refugiados, mas houve a ampliação significativa da demanda em relação a cestas básicas e encaminhamentos a serviços de saúde. As famílias em vulnerabilidade social vêm sendo acompanhadas a partir de 10 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e recebem orientações, encaminhamentos e cestas básicas, mensalmente, abrangendo os seguintes bairros, distritos e territórios populares: Borborema, 313; Glória, 68; Pedregal, 33; Três Irmãs, 498; Palmeira, 42; Liberdade, 45; Distrito São José da Mata, 35; mutirão, 140; Distrito de Galante, 498; Malvinas, 138; Complexo Aluizio Campos, 45; em um total de 1.855 cestas. Antes da pandemia, eram distribuídas 185 cestas básicas, considerando que o número de cestas solicitadas aumentou em cerca de 500%.

Para os moradores de rua, há o atendimento de 40 a 55 pessoas diariamente, com alimentação diária no restaurante popular do estado, lavagem de roupas e banhos a partir do Centro Especializado para a População em Situação de Rua ou da unidade móvel. Foi reforçado o encaminhamento para o serviço de saúde e vem sendo distribuídos álcool em gel e máscaras. Os idosos têm sido acompanhados de forma remota pela equipe de assistentes social, psicólogos e pedagogos do Centro de Convivência do Idoso. Foram redobrados os cuidados com as pessoas em acolhimento institucional a partir das recomendações da OMS, do Ministério e das Secretarias de Saúde.

Não há registros de iniciativas municipais de apoio financeiro. Para os territórios populares, a ação que deveria resultar em apoio humanitário seria a distribuição das cestas básicas que, pelos dados da SEMAS teve aumento significativo, mas que por alguns líderes comunitários entrevistados não tem sido realizada a partir dos CRAS para o atendimento das famílias de suas comunidades.

Com as aulas presenciais nas escolas municipais suspensas, a Justiça, 2ª Vara de Fazenda Pública de Campina Grande, deferiu o pedido da Defensoria Pública do Estado da Paraíba (DPE-PB) e determinou que a Prefeitura Municipal de Campina Grande (PMCG) distribua alimentos adquiridos ou que venham a ser adquiridos com recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) a alunos da rede municipal de ensino, na forma de kits aos pais ou responsáveis de alunos matriculados, priorizando as famílias inseridas no Cadastro Único (CadÚnico) do Governo Federal.

Considerando a insuficiência e omissão quanto às ações de apoio humanitário e financeiro no contexto de pandemia, seria possível considerar entre os direitos violados, os direitos à vida e os direitos sociais, saúde, alimentação e a assistência aos desamparados.

Em relação ao **acesso à informação**, foram as seguintes ações e medidas do governo municipal: portal exclusivo para manter a população informada sobre os fatos relativos à pandemia – www.coronaviruscg.com.br; campanha de conscientização em logradouros públicos realizada pela Guarda Civil Municipal; aplicativo aos feirantes para que eles lancem seus produtos em plataforma para que possam trabalhar no sistema de delivery.

Não foram constatadas, ainda, ações específicas para favelas e territórios populares vulneráveis. Informações dos moradores desses assentamentos vêm sendo obtidas por meio das mídias e a partir dos agentes comunitários de saúde. Considerando as respostas dos líderes comunitários entrevistados fica evidenciada a omissão do poder público municipal e estadual, que não vêm realizando campanhas de conscientização e prevenção do COVID19, o que resultaria na violação, por omissão, dos direitos sociais a saúde, proteção, maternidade e infância e a assistência aos desamparados.

Quanto ao **acesso a serviços básicos**, houve mudanças no período da coleta de lixo domiciliar, passando do período diurno para o noturno, em nove bairros da cidade, alguns são territórios populares ou são integrados por esses, em junho. O único registro de ações municipais significativas no contexto da pandemia do coronavírus foi a Operação Carro-Pipa, com distribuição de água potável na zona rural de Campina Grande, alcançando alguns assentamentos em situação de precariedade. A partir de dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (2018), o atendimento urbano por rede de água de Campina Grande é de 99,54%, entretanto, para esse atendimento, não são considerados a regularidade e risco de desabastecimento. Vale ressaltar, ainda, que Campina Grande, por estar localizada na região do semiárido e em função de deficientes processos de gestão dos recursos hídricos, enfrenta, frequentemente, problemas de acesso e distribuição de água, o que, na área urbana, afeta ainda mais os habitantes de favelas. Uma parcela dos moradores de favelas de Campina Grande tem dificuldades no acesso regular à água e a condições adequadas de saneamento, estando mais vulnerável ao contágio de doenças.

Pelas entrevistas realizadas com líderes de favelas e territórios populares, as infraestruturas de saneamento são insuficientes, o que, de modo especial, afeta o acesso a água de forma regular em alguns bairros e comunidades, o que implica na violação no direito humano à

água e saneamento, implicando, também nos direitos à saúde e de assistência aos desamparados.

Sobre as **condições de moradia / abrigamento**, não há registro de ações públicas municipais quanto a reformas, auxílio financeiro para alternativas habitacionais ou de abrigo ou hospedagem temporária em função do coronavírus. As únicas ações identificadas foram as voltadas principalmente para moradores de rua que desejam acolhimento, com o encaminhamento a partir da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) para uma unidade transitória para descartar a possibilidade de contaminação e após 7 dias é realizada a transferência para a Unidade de Acolhimento Adulto Irmã Zuleide Porto. Para os espaços e equipamentos públicos, vem sendo realizadas as seguintes ações, segundo informações do site da prefeitura: higienizações e colocação de lavatórios móveis em ruas da cidade, paradas de ônibus, praças e feiras públicas; feiras e mercados públicos; o Programa de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério Público da Paraíba (MP-Procon) recomendou a três cemitérios particulares de Campina Grande que adotem medidas administrativas, sanitárias e de segurança relacionadas a recepção dos corpos, ao velório e ao sepultamento de vítimas ou de pessoas suspeitas de serem vítimas da Covid-19.

Em relação a situações de despejos, 85 famílias foram removidas em junho do Distrito industrial por ordem judicial de reintegração de posse e passaram a ocupar o campo do São Paulo, no bairro do Jardim Paulistano, a partir de autoconstrução de barracos com materiais improvisados. As famílias têm reivindicado o direito à moradia, contudo, até esse momento nenhuma alternativa foi apontada pelo governo municipal.

Com exceção da alteração de horário da coleta de lixo, não há registro de ações específicas para favelas e territórios populares vulneráveis. Os líderes populares entrevistados relataram que, além de não estarem sendo desenvolvidas ações públicas para a melhoria das condições de moradia, não vêm ocorrendo a limpeza e descontaminação dos espaços públicos/espacos comuns em algumas comunidades. Portanto, nas condições precárias em que se encontram os territórios populares e considerando a pandemia, há violação do direito à moradia adequada, por omissão estatal.

Para as **condições de mobilidade**, algumas medidas e ações vêm sendo realizadas: obrigatoriedade do uso de máscaras para motoristas e passageiros; campanha da STTP e Sitrans, com totem e adesivos, para estimular passageiros a usarem máscara dentro do transporte coletivo; disponibilização nos ônibus de álcool em gel 70% para os usuários; higienização dos ônibus e de terminais, calçadas, bancos, corrimãos, sanitários etc.; proibição do uso do ar-condicionado e da utilização do banco da frente para passageiro em veículos de transporte individual, coma recomendação de higienização frequente do veículo.

Pelos depoimentos dos líderes comunitários, tem ocorrido a diminuição da frota de ônibus não somente da quantidade do transporte, mas também no itinerário, onde algumas comunidades não são mais atendidas, dificultando o acesso a serviços básicos de saúde, como as UPAS.

No âmbito do **acesso aos serviços de saúde**, algumas medidas gerais foram tomadas pelo Governo Municipal em relação à pandemia do coronavírus: um hospital exclusivo para a internação de pacientes, o Pedro I, com 30 leitos de UTIs e mais 62 de enfermarias; um hospital de campanha, com 42 novos leitos; aplicação de testes rápidos em profissionais da Secretaria Municipal de Saúde; estabelecimento de reserva técnica no hospital privado Clipsi, com mais 45 leitos; três novas viaturas do SAMU para atendimento de pacientes com

sintomas e casos confirmados de Covid-19; uma UPA referenciada para receber apenas pessoas com sintomas suspeitos; definição de horário diferenciado para 11 (onze) Unidades Básicas de Saúde; processo seletivo simplificado (Edital nº 001/2020) para contratação dos profissionais para atuação na rede municipal de urgência e emergência da cidade (1091 profissionais foram classificadas); monitoramento remoto por meio de plataforma e GPS que acompanha a mobilidade de suspeitos de contágio e os casos confirmados; distribuição de 500 mil de máscaras; campanha de imunização contra a Influenza; desinfecção e pulverização de prédios onde funcionam a Casa da Criança, estúdios de Rádio e TV e abrigo de idosos do Instituto São Vicente de Paulo; barreiras sanitárias no Terminal Rodoviário de Campina Grande; criação do site coronaviruscg.com.br com informações sobre as ações de enfrentamento e disponibilização de dados estatísticos e documentos; atendimento médico on-line para pessoas com sintomas de Covid-19; monitoramento de idosos (grupo de risco) que constantemente se locomoviam através do transporte público; criação de Protocolo para administração de hidroxiquina na fase inicial da doença entre outras. A autorização do uso de hidroxiquina em pacientes no estágio inicial da Covid-19 ocorreu, apesar desse medicamento não ter sido recomendado pela OMS, há um protocolo do Ministério da Saúde liberando sua utilização sob determinadas condições. Para além dos serviços dos agentes comunitários de saúde e das Unidades de Saúde da Família e outros equipamentos próximos às favelas e territórios vulneráveis, não foram detectadas, ainda, ações específicas para esses assentamentos. Em âmbito regional, em função de Campina Grande se caracterizar como uma macrorregião para os serviços de Saúde, a Prefeitura de Campina Grande tem feito recomendações a 69 cidades da região da Borborema quanto a medidas e ações de enfrentamento à pandemia do coronavírus e, também, informado sobre as condições dos equipamentos de saúde na cidade para atendimento de moradores dos municípios da região.

A partir das entrevistas com líderes de comunidades e territórios populares, foi relatado que os serviços de saúde nas comunidades foram reduzidos para outras doenças, com muitos moradores não conseguindo atendimento, e que não vêm sendo realizados testes nos equipamentos de saúde próximos às comunidades e que a UPA que atendem os casos de COVID-19 é distante da maioria das comunidades. Vale ressaltar que, em função da prioridade à COVID-19, houve a suspensão de procedimentos eletivos na rede municipal de saúde, com exceção para pacientes crônicos, gestantes, terapia renal, pacientes oncológicos e outros casos de maior gravidade. De todo modo, é possível constatar a omissão estatal em relação às condições necessárias para a garantia do direito à saúde e de assistência aos desamparados nos territórios populares.

Sobre a questão da **militarização dos territórios**, não há registro de operações policiais nas comunidades e territórios populares, o que poderia implicar em situações de violações de direitos e pioras das condições de vida e segurança no contexto da pandemia. As fontes de informações, até o momento, foram os líderes comunitários, por meio de entrevistas. Estes relataram que em algumas comunidades há truculência da polícia nas abordagens às pessoas, sendo relatado que alguns catadores de reciclados ficaram impossibilitados de trabalhar em uma comunidade. Assim, seria constatável a violação dos direitos à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança, e os direitos sociais: trabalho, proteção e segurança. Sobre os “poderes paralelos” (traficantes de drogas e outros grupos), a partir das entrevistas, não foram constatadas interferências negativas nas condições das comunidades em relação às ações de proteção contra o coronavírus ou de apoio às comunidades e, em algumas comunidades, esses grupos têm atuado no combate ao COVID-19.

Sobre a **assistência à violência por questão de gênero e a grupos vulnerabilizados**, as vítimas de violência doméstica podem recorrer aos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para realizarem denúncias e a SEMAS intensificou a campanha “Fique Atento e Denuncie”, estimulando a disseminação da informação sobre a vulnerabilidade social de meninos e meninas em meio à pandemia, fazendo um alerta sociedade para denunciar casos de abuso sexual de crianças e adolescentes durante a pandemia. Segundo os líderes comunitários entrevistados, não há outro canal, além do “disque 100”, para denúncias de violência doméstica próximo das comunidades, sendo relatado que algumas vezes isso torna a resolução do problema mais difícil. Em relação às possibilidades de violação dos direitos, seriam possíveis as que afetam os direitos à vida, à igualdade e à segurança, à liberdade, e os direitos sociais: segurança, proteção e a assistência aos desamparados.

2. AS CONDIÇÕES DAS PESSOAS E FAMÍLIAS NAS PERIFERIAS E FAVELAS.

2.1 SOBRE AS FAVELAS EM JOÃO PESSOA

As moradias dos pobres em João Pessoa começaram a ser levantadas a partir do século XIX, como supostos focos de epidemias (NASCIMENTO, 2012). Levantamentos oficiais mais amplos em relação a esses assentamentos começaram nos anos 1970. Se pelo Censo do IBGE de 1980 foram identificados somente três aglomerados subnormais em João Pessoa, Saturnino de Brito, Beira Rio e Vila Japonesa, a Fundação Instituto de Planejamento do Estado da Paraíba (FIPLAN) reconheceu, em 1983, 31 áreas com características de ocupações irregulares, em condições precárias, com mais de 70 mil moradores (NASCIMENTO, 2012).

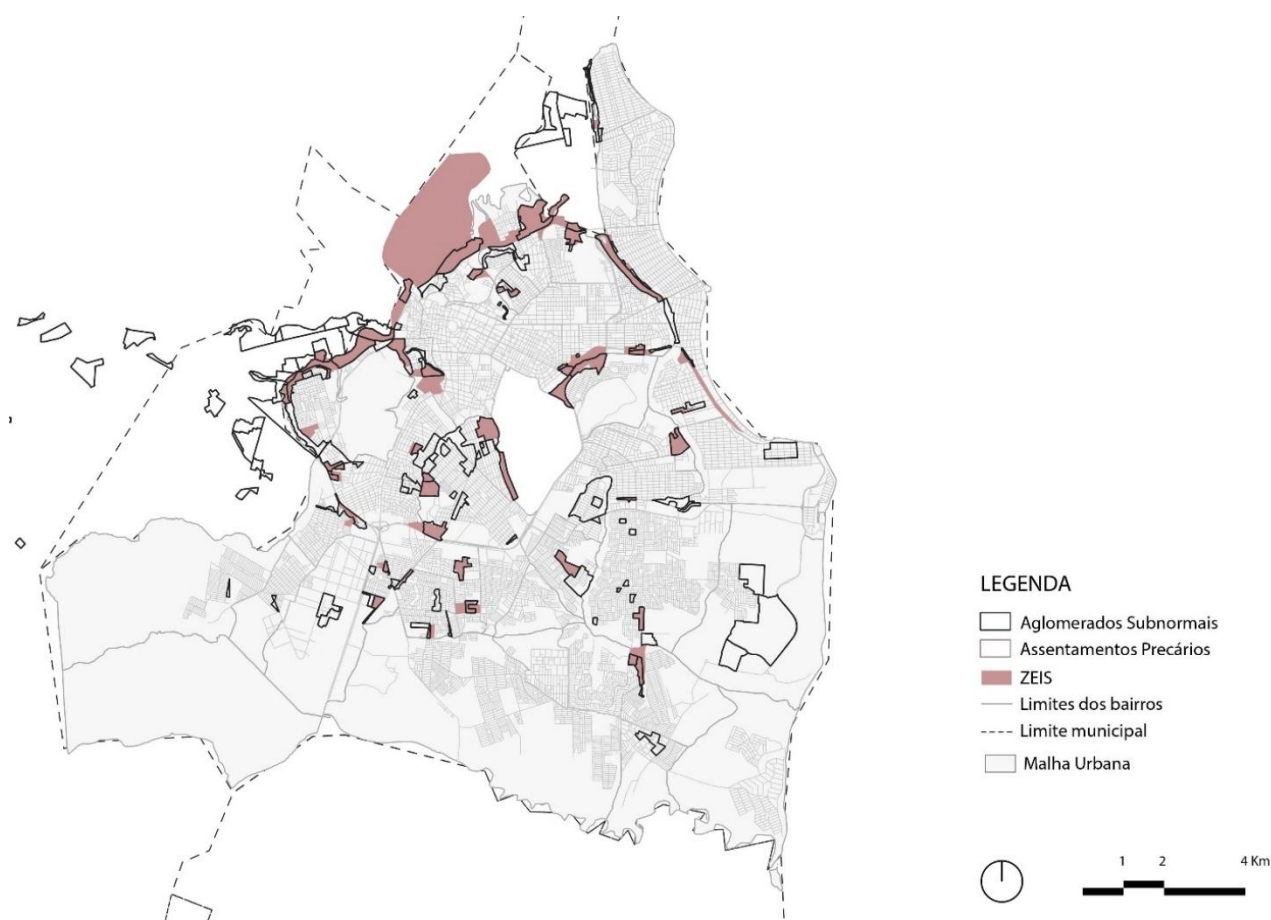
Em 2006, foram desenvolvidos estudos pela prefeitura de João Pessoa que resultaram um relatório denominado “Subsídios para a Política Habitacional e de Regularização das ZEIS do município de João Pessoa”, delimitando 77 áreas precárias, assentamentos ou conjunto de assentamentos, (NASCIMENTO, 2012). Os dados do Censo do IBGE de 2010, apontam que em João Pessoa há 59 aglomerados subnormais, com 91.351 pessoas.

Os assentamentos precários de João Pessoa estão distribuídos em 40 dos 65 bairros da cidade (Figura 02). A Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil de João Pessoa (COMPDEC-JP) fez um levantamento identificando 27 comunidades que ainda se encontram em áreas de risco, com cerca de 10 mil domicílios que abrigam 39 mil pessoas.

O reconhecimento e a abrangência das intervenções para a urbanização de favelas foram ampliados nas últimas décadas. Atualmente, há assentamentos e agrupamentos deles reconhecidos como Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), em um total de 77 zonas, abrangendo 64% dos assentamentos (Figura 2).

Em João Pessoa, mesmo com diversas intervenções de urbanização e de reassentamento parcial em favelas, o caráter parcial destas associado ao adensamento e expansão desses assentamentos e o surgimento de novas favelas expressa as dificuldades que os pobres têm em acessar condições adequadas de habitabilidade a partir de políticas públicas ou via mercado. Nesse sentido, os assentamentos precários de João Pessoa em função dos locais onde foram construídos, das condições inadequadas de construtibilidade e habitabilidade e da omissão do estado, requerem intervenções integradas e complexas.

Figura 2 – Aglomerados Subnormais, assentamentos precários e ZEIS de João Pessoa



Fontes: IBGE (2019). Adaptado por Carolina Tsuyuguchi, 2020.

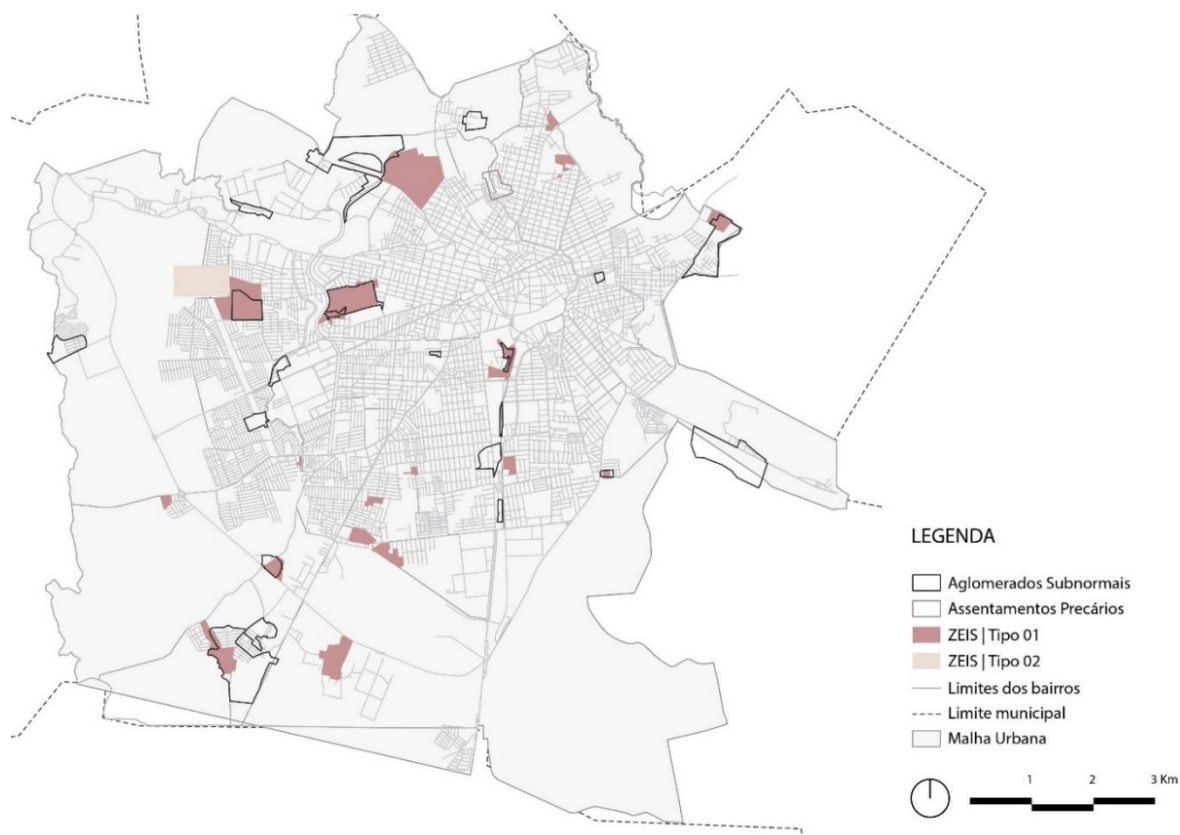
2.2 SOBRE AS FAVELAS EM CAMPINA GRANDE

Houve um aumento significativo dos assentamentos precários e irregulares em Campina Grande nos anos 1970, com a cidade passando nas décadas seguintes de três favelas, Jeremias, Cachoeira e Pedregal, para 38 favelas, levantados pela prefeitura no início dos anos 2000. Posteriormente, a partir do Censo do IBGE foram identificados 37 Setores Especiais de Aglomerados Subnormais (SEAS) pertencentes a 18 assentamentos informais no município. No âmbito institucional-legal, com a revisão do Plano Diretor em 2006 (Lei Complementar 003/2006) foram criadas 19 Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) e estas foram regulamentadas, três anos depois, pela Lei Municipal nº 4.806/2009, visando sua urbanização e regularização. Mas apenas 17 ZEIS foram efetivamente regulamentadas (Figura 03).

É importante ressaltar que, desde os anos 1980, vem sendo realizadas intervenções para urbanização de favelas em Campina Grande, entre intervenções restritas a subáreas ou a determinados componentes de infraestruturas, e intervenções mais abrangentes, principalmente quando incluem as redes de esgotamento sanitário. Essas intervenções redundaram em melhorias nas condições de habitabilidade e salubridade da maioria desses assentamentos. Todavia, há, ainda, déficits significativos de infraestruturas e serviços, tendo em conta a predominância de intervenções parciais e, também, processos de expansão e

adensamento desses assentamentos, acarretando situações de inadequação socioambiental.

Figura 3 - Aglomerados Subnormais, assentamentos precários e ZEIS de Campina Grande



Fontes: IBGE (2019), Lei Nº. 4.806/2009 e SEPLAN (2010). Adaptado por Carolina Tsuyuguchi, 2020.

2.3 TERRITÓRIOS POPULARES ESTUDADOS EM JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE

2.3.1 As comunidades do Porto do Capim e da Vila Nassau em João Pessoa

A comunidade do Porto do Capim ocupa área onde antes existiu um Porto criado às margens do Rio Sanhauá, um dos afluentes do Rio Paraíba, para escoar a produção local. No século XVI, período de construção do Porto, foi edificado um conjunto urbano, de uso predominantemente comercial, com armazéns e a alfândega. A partir do século XIX, foram implantadas ferrovias e a Estação Ferroviária. Com a construção de um novo porto em Cabedelo século XX, o Porto do Capim foi desativado e faz setenta anos que tiveram início as ocupações por pescadores, marisqueiros, catadores de caranguejo e trabalhadores desempregados das atividades portuárias e do comércio e serviços da área. Estes se consolidaram como comunidade por meio, principalmente, das atividades de pesca, do vínculo cultural com o rio e com o mangue, dos rituais religiosos e festivos e das relações com o centro da cidade. Conurbada à comunidade do Porto do Capim encontra-se outra ocupação, a Vila Nassau, também integrada por população em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

As comunidades estão assentadas em área de patrimônio da União e categorizadas, inicialmente, como ocupações ilegais e irregulares em terreno de marinha; mesmo já tendo direito à regularização fundiária e, também, à urbanização, considerando diversos institutos legais. A maior parte da área está situada no perímetro do centro histórico protegido pelo Iphan.

Apesar dos atributos e condições de consolidação da maior parte dessas comunidades, elas estão sob ameaça de remoção parcial pela prefeitura em função do Projeto de Revitalização do Antigo Porto do Capim. O discurso higienista de recuperação da paisagem cultural portuária à “sociedade”, que permeia o projeto, coloca os moradores das comunidades como não integrantes da sociedade e os assentamentos como barreiras a serem transpostas. O projeto, com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), previa o reassentamento de parte das famílias das comunidades, agregando, também, recursos do Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV).

Em 2015, a partir da mobilização da Associação de Mulheres do Porto do Capim, com o apoio da UFPB e outras organizações, foi realizado um laudo antropológico que reconheceu o Porto do Capim como comunidade tradicional e ribeirinha. A prefeitura tem realizado ações para viabilizar o deslocamento de parte da população, principalmente da Vila Nassau, com a demolição de parte dos imóveis, com a oferta de auxílio-aluguel para seus moradores, para depois receberem imóveis de um empreendimento habitacional na comunidade Saturnino de Brito, no bairro de Cruz das Armas. Mas as comunidades vêm resistindo, com o apoio de entidades da sociedade civil e do Ministério Público Federal (MPF), que instaurou o Inquérito Civil nº 1.24.000.001117/2015-16 para garantir os direitos das comunidades.

Entre as violações de direitos, além das condições e ameaças que afetam os direitos à moradia, à segurança, à vida para os moradores do Porto do Capim e da Vila Nassau, há os prejuízos decorrentes do não reconhecimento aos direitos da comunidade ribeirinha e de pescadores ao território tradicionalmente ocupado no Porto do Capim.

2.3.2 A comunidade do Pedregal em Campina Grande

Pedregal situa-se na zona oeste da cidade, na bacia do Riacho de Bodocongó, em área próxima aos bairros Bela Vista, Universitário, Bodocongó e Centenário (Figura 04). É uma área com topografia acidentada e ambientalmente frágil e com alta densidade demográfica. Segundo dados do Censo do IBGE (2010), Pedregal tem uma área: 38,8 ha e é integrada por 2.507 domicílios, com uma população de 5.968 moradores. Menos de 1% das pessoas tem renda acima de 2,2 salários mínimos, além de expressiva parte da população não ter renda nominal (IBGE, 2010).

Pedregal teve duas intervenções de urbanização principais: uma no final dos anos 1980, com obras de saneamento básico e pavimentação e drenagem na área de ocupação mais antiga, denominada posteriormente como Etapas 1 e 2; outra, no início dos anos 2000, nas Etapas 3 e 4, para urbanização e regularização integral, a partir do Programa Habitar Brasil-BID (HBB). Em 2009, Pedregal tornou-se Zona Especial de Interesse Social (ZEIS) pela Lei Municipal 4.806/2009.

No Pedregal, mesmo com os dois processos de urbanização, localização e inserção urbana adequadas e disponibilidade de equipamentos públicos de Saúde e Educação, há déficits de infraestruturas, principalmente nas áreas das etapas 1 e 2 do Pedregal e problemas em relação ao adensamento de algumas quadras, com impactos negativos à salubridade, e à

configuração de parte das vias, gerando dificuldades para os deslocamentos de pedestres e veículos. Apesar da construção de dois empreendimentos habitacionais para reassentamento das famílias em situação de risco e ocupantes de áreas não consolidáveis com recursos do Programa Habitar Brasil-BID (HBB), um deles foi ocupado e as famílias que moravam nas margens de um curso d'água, que atravessa a comunidade e que desemboca no Canal de Bodocongó, não puderam ser reassentadas, continuando até hoje em situação precária e de risco. Essa área acabou recebendo novos ocupantes desde esse período.

Em 2019, a partir de levantamento de estudantes do Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Campina Grande, foram estimados 278 imóveis às margens do curso d'água e que precisariam ser reassentados e alguns problemas foram constatados: condições precárias, de adensamento e de insalubridade das moradias, realizadas com materiais improvisados; conexões com as redes de infraestrutura insuficientes ou irregulares e precárias; e risco de alagamentos.

2.4 Os principais direitos violados

As violações de direitos à moradia, à segurança, à vida dos moradores do **Porto do Capim e da Vila Nassau** em João Pessoa estão evidentes nas condições de vida atuais e nas ameaças de remoção feitas pela Prefeitura.

Fica evidente a violação de direitos dos moradores no **Pedregal** em Campina Grande, principalmente os localizados nas margens do curso d'água / canal, quanto à moradia, à água e saneamento em função da omissão estatal. Mas esse grupo de moradores tem condições socioeconômicas muito precárias, o que denota outras possíveis violações.

3. AÇÕES ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NAS PERIFERIAS E FAVELAS EMPREENDIDAS PELOS GOVERNOS E PELAS REDES/ARTICULAÇÕES LOCAIS E ARTICULAÇÕES LOCAIS

3.1 Identificação de políticas, medidas e ações alternativas (descrição, responsável pela implementação, foco, resultados); **territórios e impactos.**

As políticas, medidas e ações públicas pelas respostas dos líderes comunitários, têm sido insuficientes para alcançar os grupos vulnerabilizados moradores dos assentamentos e territórios populares em João Pessoa e Campina Grande. Mesmo as ações alternativas, a distribuição de cestas básicas e de alimentos decorrentes das merendas a partir das escolas municipais, possivelmente, devem estar alcançando uma parcela pequena desse segmento, o que deverá ser verificado com a continuidade do dossiê.

Sobre as **ações da sociedade civil em João Pessoa**, seria possível relacionar algumas: a Associação de Mulheres do Porto do Capim (AMPC) e o Coletivo Garças do Sanhauá estão realizando a campanha "Porto na 40tena, contra o vírus" para tentar minimizar os impactos do COVID-19 a partir da arrecadação recursos e distribuição de alimentos, produtos de limpeza, higiene pessoal com os moradores da comunidade Porto do Capim; o Fórum dos Fóruns e Cultura da Paraíba tem realizado uma campanha para arrecadação de alimentos e doações financeiras a serem destinadas a artistas e trabalhadoras da cultura popular paraibana em situação de vulnerabilidade social; a Comunidade Católica Nova Berith tem distribuído cestas básicas e itens de higiene na comunidade São Gabriel, no Bairro do Bessa; o Movimento de Luta nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB) tem realizado uma

campanha de arrecadação financeira para compra de cestas básicas, materiais de limpeza e itens de higiene pessoal para as famílias das ocupações urbanas e periferias; a diretoria da Associação de Moradores de Mangabeira IV e V está arrecadando recursos para a distribuição de 250 cestas básicas, materiais de higiene e outros insumos para seus moradores em situação de vulnerabilidade; a Central Única das favelas (CUFA) lançou campanha #cufacontraovirus para a distribuição de Alimentos, higiene, limpeza nas comunidades vulnerabilizadas e o projeto #maesdafavela, com uma bolsa-auxílio chamada de Vale mãe no valor de R\$ 120,00 pelo período de dois meses; o Centro Cultural Piollin tem realizado entrega de alimentos e produtos de higiene e limpeza para as famílias dos estudantes do centro; o Movimento de Mulheres Olga Benário vem realizando campanha de doação de máscaras; a Olho do Tempo - Escola Viva tem arrecadado e distribuído com pessoas em situação de vulnerabilidade de Gramame alimentos, material de higiene e limpeza, material pedagógico, luvas, máscaras e álcool em gel; a Associação de Moradores de Santa Clara vem atendendo idosos, crianças, jovens e pessoas com vulnerabilidade social da comunidade, com cestas básicas e produtos de limpeza e higiene pessoal; a Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB/PB) realizou uma “vaquinha” solidária para colaborar com as mulheres que estão sem condições de trabalhar e ganhar dinheiro durante a quarentena; a Associação de Mulheres Travestis e Transexuais do Estado da Paraíba está se mobilizando para arrecadar e distribuir, entre suas associadas em situação de vulnerabilidade, cestas básicas e produtos de higiene; há uma campanha, ainda, para ajudar pessoas LGBTQI+ com cestas básicas e kits de higiene.

As ações da Associação de Mulheres do Porto do Capim (AMPC) e o Coletivo Garças do Sanhauá a partir da campanha “Porto na 40tena, contra o vírus” tem sido trabalhada em conjunto com a Central Única da Favela (CUFA), com as Universidades, e outros coletivos culturais parceiros para desenvolver, além da distribuição de cestas básicas e kits de limpeza, campanhas de conscientização para a prevenção ao novo coronavírus **no Porto do Capim**.

Em relação às **ações da sociedade civil em Campina Grande**, o Centro Acadêmico do Curso de Arquitetura e Urbanismo (CACAU) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) realizou um levantamento de organizações que vêm realizando ações e campanhas para apoio humanitário, entre essas é possível destacar: a Associação de Juventudes, Cultura e Cidadania (AJURCC) que realizou a campanha, “Juventude Contra o Covid-19”, com ações para amenizar os efeitos da coronavírus em 23 comunidades que compõem o distrito de São José da Mata, desde ações informativas até a confecção e distribuição de máscaras, cestas básicas e kits de higiene; a campanha “Quarentena Solidária”, realizada por um grupo de mulheres, vem arrecadando alimentos e produtos de higiene ou em dinheiro, visando a distribuição a famílias carentes; o Projeto Social Vagalumes vem distribuindo cestas básicas a famílias de baixa renda; a Legião da Boa Vontade tem atendido de crianças, adolescentes e idosos que vivem em situação de pobreza e realizado a distribuição de cestas de alimentos não perecíveis e itens de limpeza e de higiene pessoal; a Diocese de Campina Grande vem realizando campanha, com apoio da Fundação Solidariedade e da rádio 98 FM Correio, para arrecadar doações em dinheiro, roupas e alimentos a serem distribuídos a pessoas em situação de vulnerabilidade social; o Coletivo Bruta Flor, organização feminista sem fins lucrativos, em parceria com o Clube de Mães do Acácio Figueiredo está arrecadando recursos para converter em alimentos e material de higiene para famílias em vulnerabilidade deste bairro e proximidades; o Movimento Estudantil, reunindo integrantes da UFCG, IFPB, UEPB e UFPB, lançou a campanha de

solidariedade "Das Universidades aos Bairros" que, além das doações financeiras, também está trabalhando com pontos de coleta de doação de alimentos e gêneros de higiene para grupos vulnerabilizados; a Sociedade de Amigos do Bairro (SAB) do Quarenta vem realizando ações de conscientização e distribuição de cestas acontece em diversos bairros: Quarenta, Santa Rosa, Monte Santo, São José da Mata; a Pastoral da Juventude Rural lançou a campanha nacional de solidariedade "Periferia Viva" e estão realizando a produção de máscaras, alimentos e materiais de higiene pessoal para a distribuição em comunidades periféricas para combater o coronavírus. O Governo do Estado, por meio de uma ação conjunta da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH), Casa Militar, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros, em parceria com a Arquidiocese da Paraíba, lançou uma campanha de arrecadação de alimentos para distribuição com as famílias que vivem em situação de risco.

Entre as organizações que vêm desenvolvendo ações de apoio humanitário no **Pedregal**, caberia destacar: o Projeto Social Muda Pedregal, que já realizava atividades relacionadas a Leitura, Cinema e Ações Sociais gratuitas aos moradores, nesse período de disseminação da COVID-19, está realizando, com a ajuda de outras entidades, campanhas para receber e repassar aos moradores da comunidade, cestas básicas, máscaras, alimentos e produtos de higiene; e o Batalha do Pedregal, que desenvolve atividades artístico-culturais, com música, teatro, poesia e, no contexto da pandemia, vem realizando, com o apoio de parceiros, a distribuição de cestas básicas, kits de higiene, incentivo financeiro para produção de máscaras e sabão por fabricantes da comunidade e campanha de conscientização a partir de agentes de pandemia da comunidade.

Em relação às políticas, medidas e ações públicas de apoio aos moradores em situação de precariedade e vulnerabilidade, no **Porto do Capim / Vila Nassau**, em João Pessoa, foram distribuídas cestas básicas e no **Pedregal**, em Campina Grande, não foram identificadas ações específicas.

3.2 Ações diretas, institucionais e/ou judiciais e articulações locais para o enfrentamento da pandemia nas periferias e favelas e para a reparação de violações.

Não foram constatadas, ainda, ações diretas de incidência política, institucionais e/ou judiciais por medidas públicas específicas para o enfrentamento da pandemia nas periferias e territórios populares em João Pessoa e Campina Grande.

Em João Pessoa, o MPF, a partir da Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, tem atuado para a regularização fundiária de comunidades na Região Metropolitana de João Pessoa. A Procuradoria vem tendo o apoio de projetos de extensão desenvolvidos no Curso de Geografia, Departamento de Geociências da UFPB, e do Fórum Estadual de Reforma Urbana. No contexto da COVID-19, a Procuradoria tem feito gestões e utilizado mecanismos extrajudiciais junto aos governos municipais e estadual para o atendimento às demandas de apoio humanitário das comunidades.

Em Campina Grande, o Núcleo Paraíba do Observatório das Metrôpoles, em conjunto com parceiros da Frente pelo Direito à Cidade de Campina Grande, vem realizando ações para monitoramento da situação dos assentamentos populares no contexto da pandemia, com a perspectiva de realização de ações de incidência política.

É importante registrar uma denúncia contra a Prefeitura de Campina Grande, feita por cinco organizações da sociedade civil, membros do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, que entraram com um pedido de Mandado de Segurança

Coletivo com Pedido de Tutela de Urgência, por ato omissivo ilegal pelo não cumprimento de repasses dos recursos do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente às entidades para a realização de ações de prevenção e combate ao COVID-19.

CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Apesar do relatório referente à Parte II - Análises Locais do Dossiê “Pandemia COVID-19 e as Cidades” do Observatório das Metrôpoles apresentar resultados parciais, foi possível constatar que foram realizadas diversas ações pelos governos estadual da Paraíba e municipais de João Pessoa e Campina Grande para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, principalmente as relacionadas a distanciamento social, ações sanitárias, serviços de saúde, apoio humanitário e assistência social para moradores de rua e grupos assistidos. É preciso ressaltar, também, as recomendações e ações das Defensorias Públicas e Ministérios Públicos, de âmbitos estadual e federal, para que direitos pudessem ser garantidos nesse contexto.

Não foram ainda reconhecidas, contudo, a partir dos levantamentos, ações específicas em relação aos territórios e assentamentos populares, periferias e favelas, o que torna as condições precárias de vida de seus moradores ainda piores. Esses moradores, vulnerabilizados por desigualdades e injustiças sociais estruturais, vêm sendo afetados de forma extrema no contexto da pandemia nos campos: econômico, já que a maioria tem renda instável e dependente de atividades informais e pequenos negócios, afetados pelas medidas de distanciamento social; da segurança alimentar, considerando que não têm renda suficiente para comprar alimentos suficientes para sua sobrevivência e que a distribuição de cestas de alimentos pelos governos e por organizações da sociedade civil não vem sendo suficiente; da saúde e salubridade, tendo em conta as dificuldades quanto ao acesso a serviços de saúde, precariedade das infraestruturas de saneamento ambiental e inadequações de suas moradias.

As comunidades do Porto do Capim e Vila Nassau, em João Pessoa, e do Pedregal, em Campina Grande, têm situações diferentes quanto à consolidação, com as primeiras sendo ameaçadas de remoções e Pedregal com insuficiência de infraestruturas de esgotamento sanitário e com uma área de risco e insalubridade próxima ao canal. Mas essas comunidades estão um pouco mais próximas quanto às condições socioeconômicas de seus moradores, com parte destes em situação de vulnerabilidade, e no âmbito associativo e de mobilização, com a existência de algumas organizações comunitárias e apoiadores.

No contexto da pandemia da COVID-19, os moradores dessas comunidades, como os de diversos territórios populares, têm sido afetados fortemente em suas condições de vida e de reprodução social, sem o devido amparo de políticas e ações públicas. O que tem diminuído, ainda que de forma insuficiente, os efeitos da pandemia, são as ações de apoio humanitário de várias organizações da sociedade civil, principalmente as relacionadas a doações de alimentos e itens de higiene. Nesse contexto, é fundamental ampliar o apoio, também, no campo da incidência política para a defesa de direitos dos moradores dessas comunidades, um dos objetivos da iniciativa do Dossiê “Pandemia COVID-19 e as Cidades” do Observatório das Metrôpoles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade - DATASUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> Acesso em: 10/07/2020

IBGE. Cidades: Panorama. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama.php>. Acesso em: 05/07/2020.

PARAÍBA. GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA. Atualização Covid-19 em 08/07/2020. João Pessoa, Governo do Estado do Paraíba, 2020. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/noticias/atualizacao-covid-19-08-07-2020> Acesso em: 08/07/2020

SALES, A. P. PEREIRA, M. P. B. SOUZA JÚNIOR, X. S. Avanço da COVID-19 no estado da Paraíba e perfil dos pacientes que foram a óbito nos primeiros quarenta e cinco dias de casos registrados. João Pessoa: UFPB (Mimeo)

SERAFIM, L. João Pessoa no enfrentamento à Covid-19: ações e desafios para a gestão municipal. Série “Os governos municipais frente ao Coronavírus”. Juiz de Fora: Núcleo de Estudos sobre Política Local (NEPOL), 2020. Disponível em: <https://nepoluffj.wordpress.com/2020/04/17/joao-pessoa-no-enfrentamento-a-covid-19-acoes-e-desafios-para-a-gestao-municipal/>

REFERÊNCIAS NORMATIVAS (DECRETOS)

PARAÍBA (Estado). **Decreto Nº 40.122**, de 13 de março de 2020. Declara situação de Emergência no Estado da Paraíba ante ao contexto de decretação de Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional pelo Ministério da Saúde e a declaração da condição de pandemia de infecção humana pelo Coronavírus definida pela Organização Mundial de Saúde. Diário Oficial Estado da Paraíba. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/marco/diario-oficial-14-03-2020.pdf>. Acesso em: 09 de Julho de 2020

_____. **Decreto Nº 40.135**, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo COVID-19, bem como sobre recomendações aos municípios e ao setor privado estadual. Diário Oficial Estado da Paraíba. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/marco/diario-oficial-21-03-2020.pdf>. Acesso em: 09 de Julho de 2020

_____. **Decreto Nº 40.141**, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre a adoção de novas medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19). Diário Oficial Estado da Paraíba. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/marco/diario-oficial-27-03-2020.pdf>. Acesso em: 09 de Julho de 2020

_____. **Decreto Nº 40.155**, de 30 de março de 2020. Regulamenta no âmbito do Estado da Paraíba, a requisição administrativa prevista no art. 5º, XXV, da Constituição Federal e no Decreto Estadual nº 40.135, de 20 de março de 2020, e dá outras providências. Diário Oficial Estado da Paraíba. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/marco/diario-oficial-31-03-2020.pdf>. Acesso em: 09 de Julho de 2020

_____. **Decreto Nº 40.194**, de 20 de abril de 2020. Declara Estado de Calamidade Pública em todo o Estado da Paraíba, decorrente de desastre natural classificado como grupo/biológico/epidemia e tipo doenças infecciosas virais (COVID-19) – COBRADE 1.5.1.1.0. Diário Oficial Estado da Paraíba. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/abril/diario-oficial-21-04-2020.pdf>. Acesso em: 09 de Julho de 2020

_____. **Decreto Nº40289**, de 30 de maio de 2020. Institui nos municípios de João Pessoa, Cabedelo, Conde, Bayeux, Santa Rita, Caaporã, Alhandra e Pitimbu, a política de isolamento social rígido como medida de enfrentamento à Covid-19, e da outras providências. Estado da Paraíba. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/governo-prorroga-medidas-de-isolamento-amplia-restricoes-na-grande-joao-pessoa-e-apresenta-plano-de-retomada-daeconomia/Decreto40.289GrandeJooPessoaconvertido.pdf>. Acesso em: 09 de Julho de 2020

_____. **Decreto Nº 40.242**, de 16 maio de 2020. Dispõe sobre a adoção, no âmbito da Administração Pública direta e indireta, de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pela COVID-19 (Novo Coronavírus), bem como sobre recomendações aos municípios e ao setor privado estadual. Estado da Paraíba, 16 de mai. de 2020. Disponível em: <<https://paraiba.pb.gov.br/noticias/joao-azevedo-assina-novo-decreto-ampliando-isolamento-com-abrangencia-para-todos-os-municipios/Decreton40.242Prorrogaisolamento15.05.20convertido.pdf>>

JOÃO PESSOA (Município). **Decreto Nº 9456**, de 15 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391626>. Acesso em: 06 de Julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9460**, de 17 de março de 2020. Altera o Decreto nº 9.456, de 2020. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391558>. Acesso em: 06 de Julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9461**, de 19 de março de 2020. Define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=390974>. Acesso em: 06 de Julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9462**, de 20 de março de 2020. Define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=390974>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9465**, de 22 de março de 2020. Estabelece novas medidas temporárias para aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de Saúde Pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391625>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9467**, de 30 de março de 2020. Estabelece novas medidas temporárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. de 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=392156>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9469**, de 02 de abril de 2020. Prorroga o prazo de vigência de medidas temporárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Novo Coronavírus, vetor da COVID -19, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=392473>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9470**, de 06 de abril de 2020. Declara Estado de Calamidade Pública no Município de João Pessoa, para enfrentamento da pandemia decorrente do Coronavírus. Diário

Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=392807>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9472**, de 17 de abril de 2020. Prorroga o prazo de vigência de medidas temporárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Novo Coronavírus, vetor da Covid-19, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=393281>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9481**, de 01 de maio de 2020. Prorroga o prazo de vigência de medidas temporárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus, vetor da Covid - 19, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=394518>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9482**, de 04 de maio de 2020. Estabelece novas medidas de enfrentamento e prevenção à epidemia causada pela COVID -19 (Novo Coronavírus) no Município de João Pessoa, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=394657>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9487**, de 09 de maio de 2020. Estabelece novas medidas de enfrentamento e prevenção à epidemia causada pela Covid-19 (Novo Coronavírus) no Município de João Pessoa, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=395077>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

_____. **Decreto Nº 9491**, de 18 de maio de 2020. Prorroga o prazo de vigência de medidas temporárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Novo Coronavírus, vetor da Covid-19, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de João Pessoa, Paraíba. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=395654>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

CAMPINA GRANDE (Município). **Decreto Nº 4.463**, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre medidas urgentes para o enfrentamento da crise mundial de saúde pública, decorrente da infecção humana pelo Covid-19 (coronavírus) e dá outras providências. Separata do Semanário Oficial do Município de Campina Grande, Paraíba, Nº 2.667, de 16 a 20 de março de 2020.

_____. **Decreto Nº 4.466**, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre medidas urgentes para o enfrentamento da crise mundial de saúde pública, decorrente da infecção humana pelo covid-19 (coronavírus) e dá outras providências. Separata do Semanário Oficial do Município de Campina Grande, Paraíba, de 20 de março de 2020. Separata do Semanário Oficial do Município de Campina Grande, Paraíba, Nº 2.667, de 16 a 20 de março de 2020.

_____. **Decreto Nº 4.470**, de 06 de abril de 2020. Reconhece, para os fins do ART. 65 da Lei Complementar Nº 101, de 4 de maio de 2000 e do, ART. 30, XVII, da LOM a ocorrência do estado de calamidade pública no Município de Campina Grande diante do crescente avanço da pandemia provocada pelo sars-cov-2 (novo coronavírus). Separata do Semanário Oficial do Município de Campina Grande, Paraíba, Edição Especial, de 13 de abril de 2020.

_____. **Decreto Nº 4.476**, de 04 de maio de 2020. Altera dispositivo do Decreto Municipal Nº 4.341, de 28 de dezembro de 2017. Separata do Semanário Oficial do Município de Campina Grande, Paraíba, Edição Especial, de 06 de maio de 2020.

_____. **Decreto Nº 4.478**, de 18 de maio de 2020. Autoriza, em face da suspensão das atividades das escolas públicas municipais, a distribuição de gêneros alimentícios, adquiridos

com recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), aos pais ou responsáveis dos estudantes das escolas municipais de educação básica do município de Campina Grande e dá outras providências. Separata do Semanário Oficial do Município de Campina Grande, Paraíba, Edição Especial, de 19 de maio de 2020.

_____. **Decreto Nº 4.479**, de 18 de maio de 2020. Altera dispositivos do Decreto Nº 4.463, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre medidas urgentes para o enfrentamento da crise mundial de saúde pública, decorrente da infecção humana pelo COVID-19 (coronavírus) e dá outras providências. Separata do Semanário Oficial do Município de Campina Grande, Paraíba, Edição Especial, de 19 de maio de 2020.

_____. **Decreto Nº 4.481**, de 26 de maio de 2020. Antecipa excepcionalmente feriados municipal, estadual e nacional e dá outras providências. Separata do Semanário Oficial do Município de Campina Grande, Paraíba, Edição Especial, de 26 de maio de 2020.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

A PANDEMIA DE COVID-19 NO RIO GRANDE DO SUL E NA METRÓPOLE DE PORTO ALEGRE

Paulo Roberto Rodrigues Soares
André Coutinho Augustin
Heleniza Ávila Campos
Judite Sanson de Bem
Lucimar Fátima Siqueira
Mário Leal Lahorgue
Moisés Waismann
Pedro Azeredo de Ugalde
Vanessa Marx

Porto Alegre
Julho de 2020



INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Sul, desde o início da pandemia declarada no Brasil em março de 2020 vinha se mantendo entre os estados da federação com os menores indicadores de infectados. Esta situação gradativamente vem se alterando, sobretudo, em função da expansão do número de infectados e mortes a partir do mês de maio. Esta realidade vem ao encontro de uma interiorização da doença, sobretudo para cidades médias cuja capacidade de reação ainda não possibilitou uma reversão do problema de saúde pública.

O objetivo deste artigo é apresentar um panorama e uma análise crítica da situação da pandemia da COVID-19 no Rio Grande do Sul (RS), especialmente com relação ao seu processo de expansão territorial e sua territorialização nas regiões metropolitanas e aglomerações urbanas do estado, com especial atenção à Porto Alegre e sua Região Metropolitana (RMPA).

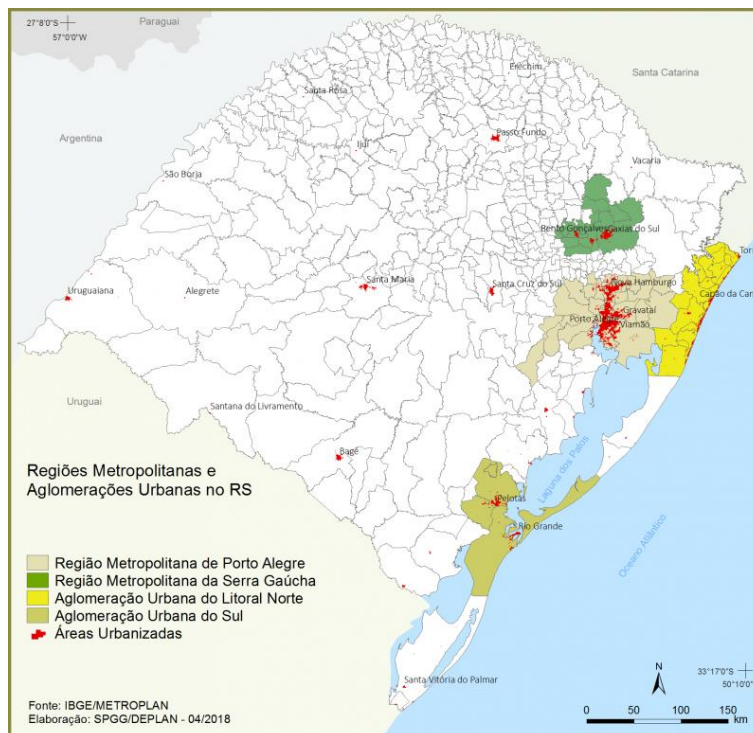
Neste sentido, cabe, inicialmente, um esclarecimento. O RS possui atualmente, institucionalizadas, duas regiões metropolitanas: a Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), com cerca de 4,3 milhões de habitantes e 34 municípios e a Região Metropolitana da Serra Gaúcha (RMSG), com 820 mil habitantes e 14 municípios (figura 1). Além destas o estado conta com duas aglomerações urbanas institucionalizadas, a Aglomeração Urbana do Sul (AUSUL - 5 municípios e 605 mil habitantes) e a Aglomeração Urbana do Litoral Norte (AULN, 20 municípios e 340 mil habitantes)¹. Em nossa análise territorial acrescentamos ainda outras três aglomerações urbanas, não institucionalizadas, mas consideradas como concentrações urbanas relevantes em diversos estudos, além de serem regiões importantes para a análise da Covid-19 no território gaúcho, dada a concentração de casos. Referimo-nos às aglomerações de Santa Cruz do Sul-Venâncio Aires-Vera Cruz, Lajeado-Estrela e Passo Fundo-Marau.

Nossa contribuição a este dossiê terá quatro partes. Primeiro fazemos uma análise das políticas estaduais de combate à pandemia, especialmente do “modelo de regionalização do distanciamento controlado”. Segundo, abordaremos uma geografia da pandemia no Rio Grande do Sul, tanto no geral do estado como na Região Metropolitana de Porto Alegre. Posteriormente discutiremos os casos de Porto Alegre, tanto da distribuição de casos, como das políticas de combate à pandemia na capital. Finalizamos com a apresentação de estudos de casos nas comunidades e territórios de Porto Alegre, nas quais pesquisadores vinculados ao Núcleo Porto Alegre do Observatório das Metrôpoles tem atuação e com uma análise da Covid-19 nas periferias e a retomada da cultura associativa

¹ Dados de população segundo a estimativa do IBGE para 2019.

como forma de resistência à necropolítica imposta nesta grande crise sanitária, econômica e política que estamos vivendo.

Figura 1- RS: regiões metropolitanas e aglomerações urbanas oficiais



Fonte: Seplag. Atlas Socioeconômico do RS, 2020.

1. AS POLÍTICAS ESTADUAIS DE COMBATE À PANDEMIA NO RS

O primeiro caso de Covid-19 no Rio Grande do Sul foi confirmado em 10 de março. Tratava-se de um morador de Campo Bom, na Região Metropolitana de Porto Alegre, que havia voltado em 23 de fevereiro de uma viagem à Itália². Apenas dois dias depois, o governo do Estado publicou o primeiro³ dos muitos decretos sobre o tema⁴, com algumas medidas de prevenção nos órgãos públicos, como o cancelamento de eventos e a instituição do teletrabalho para servidores que tivessem tido contato com casos suspeitos ou confirmados ou que voltassem de viagens para locais onde havia transmissão comunitária do vírus. Um decreto do dia 16 de março⁵ ampliou o teletrabalho para todos os servidores em que ele fosse possível⁶. No dia 19 de março foi criado o Gabinete de Crise, formado pelo governador e alguns secretários de Estado, e um Conselho de Crise, para o qual foram

² <https://saude.rs.gov.br/confirmado-o-primeiro-caso-de-novo-coronavirus-no-rio-grande-do-sul>

³ Decreto Estadual n° 55.115, de 12 de março de 2020.

⁴ Até o dia 16 de julho eram 35 decretos relacionados à pandemia, todos disponíveis em: <https://coronavirus.rs.gov.br/decretos-estaduais>

⁵ Decreto Estadual n° 55.118, de 16 de março de 2020

⁶ Servidores da saúde e da segurança não estavam incluídos.

convidados representantes da sociedade civil, principalmente de entidades empresariais. O gabinete de crise é organizado em quatro eixos estratégicos: saúde, econômico social e segurança (Figura 2).

Figura 2: Eixos estratégicos do Gabinete da Crise – RS.



Fonte: Rio Grande do Sul (2020). Estratégia COVID-19 - Apresentação. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/apresentacao-estrategia-covid-19>. Acesso em: 14/06/2020.

O eixo de Saúde concentra investimentos e informações que dizem respeito ao atendimento aos casos de coronavírus no Estado e pesquisas sobre o avanço da doença. O Econômico diz respeito às estratégias de redução de impacto da pandemia sobre a economia do estado, definindo projeções e ajustes de fluxos de caixa e de orçamento do Estado. O eixo Social engloba as principais medidas que promovem assistência direta às populações mais vulneráveis, como famílias de baixa renda, moradores de rua, jovens em acolhimento e idosos. Além disso, esse eixo também contempla os serviços mais importantes disponibilizados pelo Estado, que concentra esforços na ampliação dos serviços digitais. Por fim, o eixo de Segurança abrange as ações estratégicas da Secretaria da Segurança Pública (SSP) e da Secretaria de Administração Penitenciária (Seapen) consideradas essenciais para a efetivação das políticas públicas de combate à Covid-19 e para a segurança pública no Rio Grande do Sul.

O Gabinete de Crise possui oito comitês, formados por especialistas do próprio governo e da sociedade. São eles: de Comunicação, de Logística e Abastecimento, Econômico, de Políticas Sociais e Educação, de Segurança Pública e Sistema Prisional, de Dados, Científico e o Centro de Operações de Emergências da Saúde.

No mesmo dia em que foi criado o Gabinete de Crise, foi decretado estado de calamidade pública no RS⁷. Essa medida trouxe várias restrições, incluindo:

- a) Proibição de eventos e reuniões, de caráter público ou privado, com mais de 30 pessoas;
- b) Limite de passageiros no transporte coletivo municipal (apenas passageiros sentados) e intermunicipal (metade das poltronas disponíveis);
- c) Fechamento dos *shopping centers* e outras restrições ao comércio.

O decreto de calamidade pública sofreu diversas alterações. Num primeiro momento, essas mudanças foram no sentido de aumentar o distanciamento social. Uma das principais medidas foi o fechamento do comércio e dos serviços a partir do dia 1º de abril⁸, com exceção de alguns serviços considerados essenciais. É importante ressaltar que o governo gaúcho agiu rápido, tomando medidas necessárias antes que o número de casos confirmados crescesse muito.

No entanto, o número real de pessoas infectadas já era bem maior do que os confirmados. Além da conhecida subnotificação por falta de testes, mesmos os casos que são confirmados entram nas estatísticas com atraso. A figura 3 mostra o número de novos casos a cada dia, de acordo com a data de início dos sintomas (excluindo os casos assintomáticos⁹). A data de início de sintomas é mais próxima de quando realmente ocorreu o contágio do que as datas de confirmação ou notificação, que são usadas na maioria das análises.

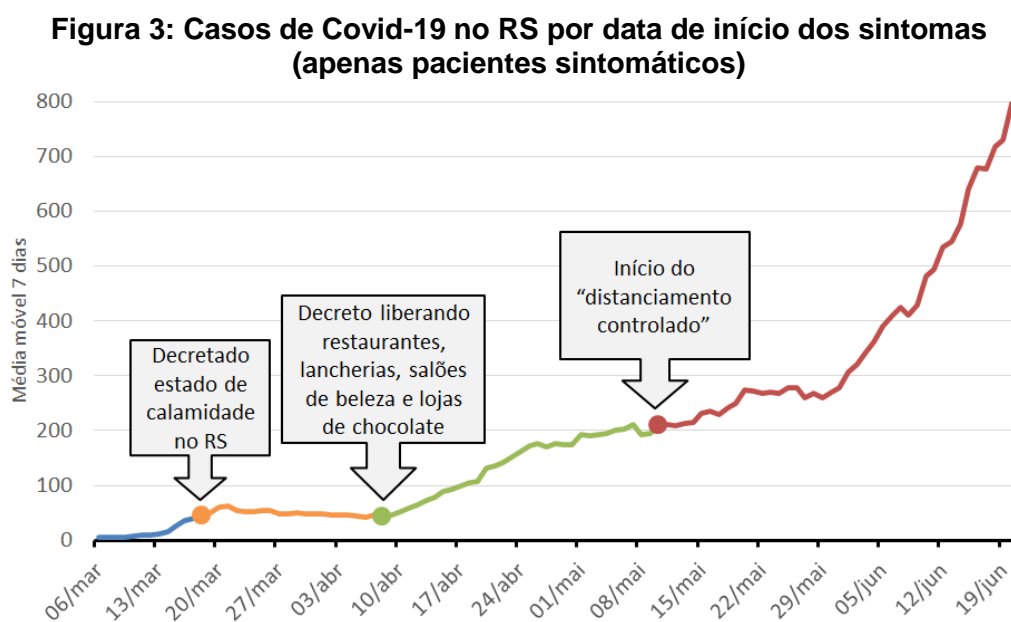
Esse é um dado divulgado pela Secretaria Estadual da Saúde, mas entre o paciente ter os primeiros sintomas, procurar atendimento médico, realizar o teste, sair o resultado e entrar no sistema leva vários dias (e, em alguns casos, até meses). Portanto, em março não era possível ter uma noção clara da situação como temos agora. No dia 19 de março, quando foi decretado o estado de calamidade, havia apenas 31 casos confirmados. No entanto, de todos os confirmados que temos hoje, mais de 400 já estavam sentindo os sintomas naquela data. Poucos dias após o decreto, o número de infectados parou de crescer e teve até uma pequena queda. A figura 3 mostra que a transmissão do vírus só voltou a crescer a partir das medidas de abertura que serão explicadas a seguir.

⁷ Decreto Estadual nº 55.128, de 19 de março de 2020

⁸ Decreto Estadual nº 55.154, de 1º de abril de 2020

⁹ Os dados da Secretaria Estadual da Saúde mostram a data de início dos sintomas para todos os pacientes que testaram positivo, mesmo aqueles assintomáticos, o que é um problema. Não dá para excluir automaticamente os assintomáticos porque eles reunidos com a categoria “outros sintomas”. Como na maioria das vezes os assintomáticos são descobertos com testes rápidos e são lançados no sistema com a data de início dos sintomas igual à data de realização do teste, foram considerados assintomáticos os casos que atendam a três condições simultaneamente: 1) foram diagnosticados por teste rápido; 2) possuem data de início de sintomas igual à data de confirmação; 3) não tem registro de febre, tosse, dor de garganta ou dispnéia.

Outra forma de medir a efetividade das medidas é através do índice de isolamento social calculado a partir da localização dos telefones celulares. De acordo com o índice divulgado pela empresa Inloco¹⁰, no dia 17 de março, quando entrou em vigor o teletrabalho para os servidores estaduais, o Rio Grande do Sul era o 16º estado com maior isolamento social, com apenas 32% da população isolada. No dia 21 de março, dois dias após decretado o estado de calamidade, já era o 2º, se mantendo entre os três primeiros lugares até a primeira semana de abril.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria Estadual da Saúde – Painel Coronavírus RS – Dados extraídos em 16 jul 2020.

Embora essas medidas iniciais tenham conquistado o objetivo de reduzir a gravidade da pandemia no RS, aos poucos elas foram sendo abandonadas. No dia 8 de abril, na semana da Páscoa, foi autorizada a reabertura de bares, restaurantes, salões de beleza e lojas de chocolate¹¹. Esse decreto marca o início da nova tendência da pandemia no RS, com números crescentes desde então. Uma semana depois houve a permissão para que as prefeituras criassem regras próprias para reabrir o comércio, com exceção dos municípios das regiões metropolitanas de Porto Alegre e da Serra Gaúcha¹². Essa nova regra durou apenas um dia, pois após a reclamação de empresários e prefeitos, a Região Metropolitana da Serra Gaúcha também teve o funcionamento do comércio autorizado.

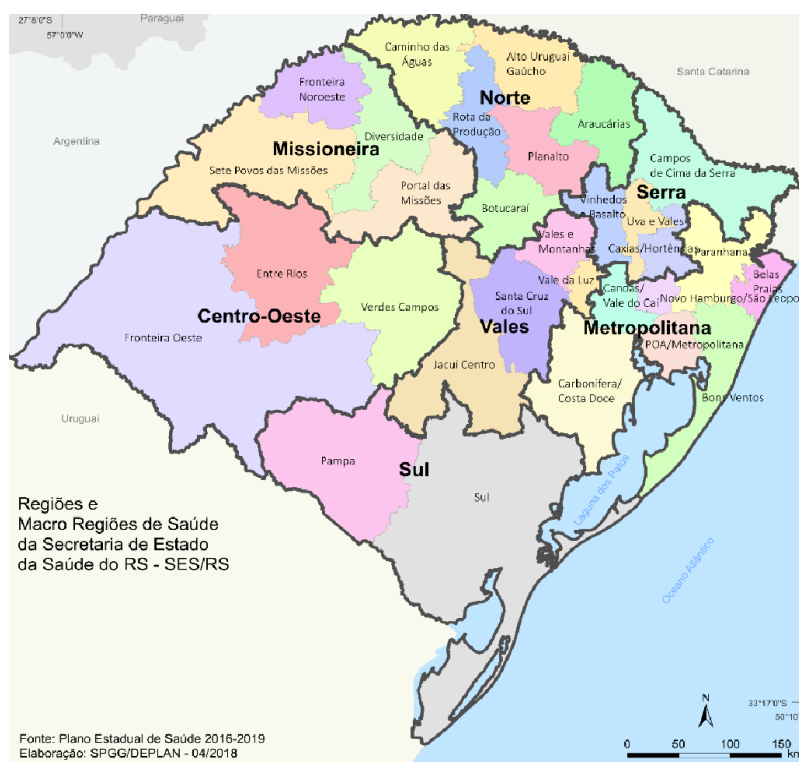
¹⁰ <https://public.tableau.com/profile/inloco.tableau#!/vizhome/MKTScoredeisolamentosocial/VisoGeral>

¹¹ Decreto Estadual nº 55.177, de 8 de abril de 2020

¹² Decreto Estadual nº 55.184, de 15 de abril de 2020

Em 11 maio entrou em vigor o modelo de “distanciamento controlado” (Figura 4), que dividiu o estado em 20 regiões (uma agregação das 30 regiões de saúde) e cada uma delas passou a ser classificada por bandeiras de risco. A partir de diversos indicadores como número de pacientes internados por Covid-19, leitos de UTI disponíveis e números de óbitos, cada região é identificada semanalmente com uma bandeira referente ao grau de risco em saúde nas cores amarela (risco baixo), laranja (médio), vermelha (alto) ou preta (altíssimo). De acordo com a bandeira em vigor, há uma lista de atividades econômicas que podem funcionar, além de diversos protocolos com regras de funcionamento para cada setor.

Figura 4 – RS: Regiões do Modelo de Regionalização do Distanciamento Controlado



Fonte: SES-RS (2020). Estratégia COVID-19 - Apresentação. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/apresentacao-estrategia-covid-19>. Acesso em: 14/06/2020.

O modelo de distanciamento controlado inovou ao criar um acompanhamento regional do risco, mas também recebeu críticas. A mais forte delas veio do Conselho Estadual de Saúde (CES), instância colegiada do SUS que, de acordo com a legislação, tem funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras sobre a política estadual de saúde. Apesar de ser legalmente o espaço oficial de discussão entre o governo e a sociedade para temas relacionados à saúde, o CES não foi consultado sobre o modelo de distanciamento controlado nem sobre outras medidas de prevenção à pandemia. Em nota oficial, o conselho

classificou o modelo como um ato "ilegal e temerário" e criticou os setores empresariais por forçarem o retorno das atividades dos setores não essenciais¹³.

A Sociedade Riograndense de Infectologia criticou uma mudança no modelo¹⁴ que retirou o número de casos confirmados do cálculo das bandeiras, sendo considerados desde então apenas os pacientes internados. Já segundo um estudo do Departamento de Matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul¹⁵, os critérios adotados dificultam de forma excessiva a ocorrência de bandeiras vermelhas ou pretas (as que geram maiores restrições). Isso fica claro quando percebemos que, mesmo com o aumento no número de casos, até a quinta semana do distanciamento controlado, havia ocorrido apenas um caso de bandeira vermelha e nenhuma preta entre as 100 bandeiras divulgadas.

O modelo, apresentado como sendo algo técnico, se mostrou cada vez mais suscetível a pressões políticas e econômicas. Em junho, esse problema parecia estar sendo reduzido quando o governo anunciou mudanças no ponto de corte entre as bandeiras, facilitando a adoção da bandeira vermelha. Na primeira classificação divulgada com os novos critérios, quatro regiões passaram para bandeira vermelha. Isso gerou uma forte reação política de empresários e prefeitos, fazendo com que o governador voltasse atrás e reclassificasse duas das regiões para bandeira laranja¹⁶. Alguns dias depois as regras foram mudadas novamente. Além de alterações nos cálculos, agora as prefeituras têm um período de recurso entre as bandeiras serem anunciadas e entrarem em vigor.

No dia 20 de junho a inclusão de novas regiões na bandeira vermelha gerou ameaças de "desobediência ao governador" por parte de prefeitos, que se negaram a formular decretos municipais adaptando as suas atividades econômicas às determinações das bandeiras. Esta "revolta" do poder municipal atingiu especialmente as prefeituras da região "fronteira oeste" do estado (com Uruguaiana como cidade principal) e a Região metropolitana da Serra Gaúcha, com reclamações dos prefeitos de municípios considerados com poucos casos da pandemia. Após a pressão geral dos prefeitos envolvidos, os quais representam as forças econômicas locais (associações comerciais e industriais, sindicatos patronais da indústria, comércio e agricultura), as bandeiras foram alteradas, tal como podemos observar na figura 5.

¹³ <https://www.brasildefatores.com.br/2020/05/28/distanciamento-controlado-proposto-por-eduardo-leite-traz-riscos-acusa-conselho>

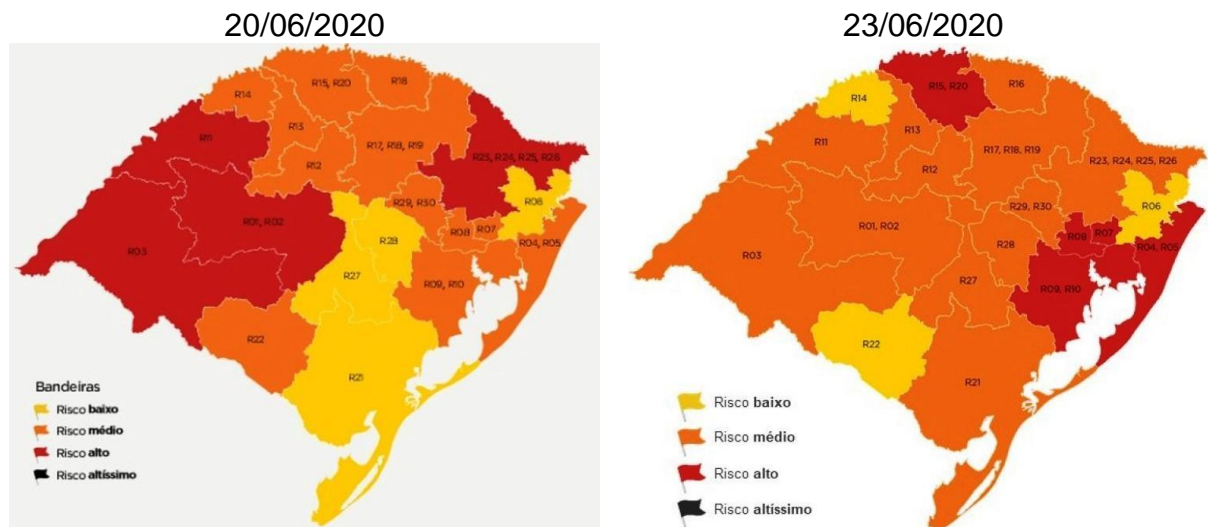
¹⁴ <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/sociedade-de-infectologia-do-rs-questiona-crit%C3%A9rios-usados-no-distanciamento-controlado-1.430866>

¹⁵ <https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2020/06/criterios-do-distanciamento-controlado-dificultam-bandeiras-vermelha-e-preta-no-rs-diz-estudo-de-matematico-da-ufrgs-ckazqj7bh00bz015nsm135ix9.html>

¹⁶ <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/coronavirus/2020/06/prefeitos-pressionam-governo-reve-dados-e-regioes-de-santa-maria-e-santo-angelo-voltam-para-bandeira-laranja/>

Nota-se aqui a fragilidade de duas regionalizações propostas pelo Estado: a do distanciamento controlado e a da região metropolitana. Percebemos que o modelo de regionalização do distanciamento é aceito pela sociedade e pelas forças econômicas e políticas quando a sua região enquadra-se nas bandeiras amarela e (com algumas ressalvas) laranja. Entretanto, quando se trata da bandeira vermelha, surgem as críticas ao modelo e à regionalização.

Figura 5: RS – Mudanças das bandeiras vermelhas em 20/06 e 23/06/20



Fonte: SES-RS. 23/06/2020.

2. A DIFUSÃO DA PANDEMIA DO COVID-19 NO RIO GRANDE DO SUL

Em todo o mundo, a rede urbana e seus fluxos, que integram desde as “cidades globais”, metrópoles, cidades médias e cidades pequenas, têm sido o vetor da disseminação do coronavírus. De acordo com os estudos da Geografia da Saúde, as epidemias têm dois padrões mais frequentes de difusão pelo território: primeiro pela hierarquia urbana, dos grandes para os pequenos centros, segundo pelo “contágio espacial”, com a enfermidade se estendendo como uma mancha de óleo a partir dos epicentros regionais e “recheando o mapa” à medida que se infiltra pelas áreas rurais.

No caso do Rio Grande do Sul, observamos que a difusão do coronavírus seguiu essa lógica, apresentando um ponto de partida metropolitano na capital, Porto Alegre e na região industrial do Vale do Sinos (indústria calçadista), onde ocorreram os primeiros casos. Posteriormente, a doença foi se disseminando pelas principais concentrações urbanas do estado, como as aglomerações urbano-industriais da Serra Gaúcha e do Vale do Taquari, a Aglomeração Urbana do Litoral Norte e as principais cidades médias do interior. Todas como pontos iniciais de difusão do vírus no RS.

Cada uma destas aglomerações possui suas características, mas inicialmente as condições socioeconômicas foram determinantes, seja pelas relações econômicas com o exterior, seja pela presença de grandes concentrações de indústrias intensivas em mão-de-obra como é o caso dos frigoríficos. Estes têm sido os responsáveis pela presença da Covid-19 em cidades importantes como Passo Fundo e Lajeado como veremos adiante.

Nos dias que se sucederam após o primeiro caso confirmado no estado foi possível observar uma tendência: a presença do vírus nos municípios adjacentes à rodovia BR-116, no setor entre Porto Alegre e Caxias do Sul. Entendemos assim que a rodovia em questão, que se constitui no principal eixo urbano-industrial metropolitano, pode ter funcionado como uma importante via de disseminação do vírus para o norte da RMPA e também para a Serra Gaúcha. Quanto à distribuição dos casos da Covid-19 no espaço e no tempo do estado temos o seguinte quadro (tabela 1):

Tabela 1 - Casos em Porto Alegre e RMPA com relação ao estado (%)

	02/04	15/04	30/04	15/05	30/06
Porto Alegre	60	40	31,5	16,1	9,6
RMPA (- POA)	13	20	16,5	14,2	19,3
RMPA/RS	73	60	48	30,3	28,9

Fonte: SES-RS. Nas datas indicadas.

No dia 2 de abril, a capital concentrava 60% e a Região Metropolitana (RMPA) 73% dos casos de Covid-19 no Estado. No dia 15 de abril, esses números representavam 40% para Porto Alegre e 60% para a RMPA, respectivamente. Em 30 de abril o estado contava com 1420 casos, sendo 447 em Porto Alegre (31,5%) e outros 234 (16,5%) em 26 municípios da RMPA, totalizando 681 casos (48%), sendo que a região concentra 38% da população estadual.

Evidentemente, à medida que a pandemia se difunde por mais municípios, a proporção de casos tende a se aproximar da participação de cada um na população total. Neste sentido, observando a tabela 1, no dia 20 de junho, conforme dados do governo estadual Porto Alegre concentrava apenas 8,7% dos casos no RS e a RMPA 24,8% dos casos. Por outro lado, o interior do estado que quase não apresentava casos no início da pandemia, no final do mês de junho (tendo como data de referência dia 30/06/2020) concentra o maior número de casos (71,1%), espalhados por outros 337 dos demais 462 municípios do estado.

No interior, destacam-se as maiores concentrações urbanas, aglomerações urbanas e outras concentrações importantes no entorno de cidades médias. No caso da Região Metropolitana da Serra Gaúcha, com importante parque industrial, destacam-se os

municípios de Bento Gonçalves, Garibaldi e Carlos Barbosa, embora Caxias do Sul também tenha número expressivos.

Ainda no interior do Estado, sobressaem-se Lajeado e Passo Fundo e seus respectivos entornos, com municípios de elevada concentração dos ramos da agroindústria de processamento de proteína intensiva (frigoríficos) em força de trabalho (Tabela 2). Esta se destaca também pela mobilidade pendular diária de parte dos trabalhadores, mais um fator de difusão do coronavírus por pequenos municípios adjacentes. A tabela 2 apresenta os casos nas principais aglomerações urbanas do estado, nas duas regiões metropolitanas institucionalizadas, nas duas aglomerações urbanas institucionalizadas e nas aglomerações não-oficiais de “Lajeado-Estrela”, “Passo Fundo-Marau” e “Santa Cruz do Sul - Vera Cruz - Venâncio Aires”. Nota-se pelo quadro que as aglomerações da Serra, Lajeado e Passo Fundo concentram mais casos que a sua participação na população do estado.

Tabela 2 - Casos Covid-19 - RS em 30 /04/2020 e 30/06/2020

Município/ Região	Casos 30/04	% dos casos	Casos 30/06	% dos casos	% da população
Porto Alegre	447	31,5	2589	9,6	13,04
RMPA - POA	234	16,5	5191	19,3	25,11
RMSG	110	7,7	3683	13,7	7,47
AUSul	25	1,8	481	1,8	5,35
AULN	31	2,2	658	2,4	2,95
Lajeado-Estrela	108	7,6	2121	7,9	1,39
SC-VA-VC	16	1,1	421	1,6	2,01
PF-Marau	200	14,1	2418	9,0	2,17
Total aglomerações	1171	82,5	17562	65,2	59,49
Total RS	1420	100	26941	100	100

Fonte: SES-RS. Nas datas indicadas.

As figuras 6 e 7 a seguir representam estas concentrações de casos nas respectivas datas:

Figura 6: RS – Casos do Covid em 30/04/2020

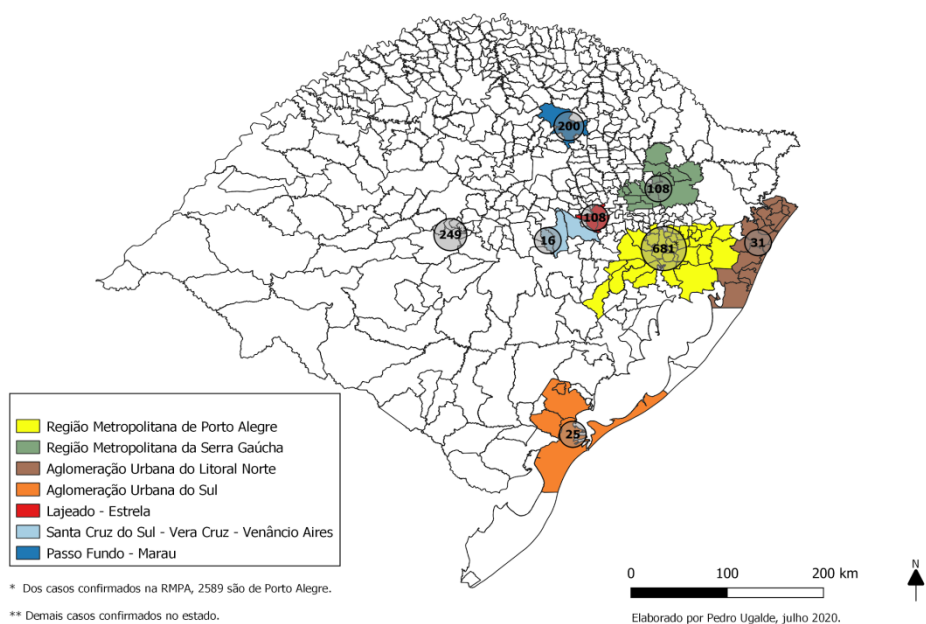
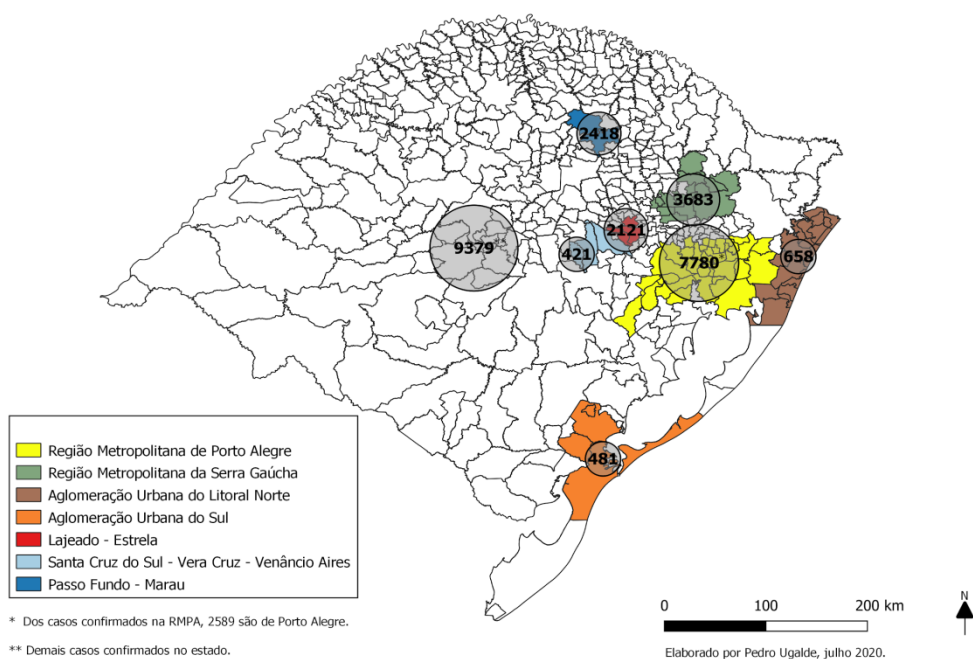


Figura 7: RS – casos de Covid-19 em 30/06/2020



Fonte: SES-RS. Nas datas indicadas. Elaboração: Pedro Ugalde, 2020.

3. A COVID-19 NA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE

Na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) a pandemia de Covid-19 apresenta um desenvolvimento desigual, o que nos leva a realizar uma análise de acordo com as diferentes sub-regiões (quadro 3 e figura 8).

Estas foram delimitadas pelo Observatório das Metrôpoles em 2015, representando as diferenças socioeconômicas internas da RMPA. Assim, temos quatro áreas distintas na RMPA, iniciando por **Porto Alegre**, como o núcleo metropolitano, a **RMPA-POA** formada pelos municípios mais relacionados com a capital, com intensa mobilidade pendular cotidiana, quase todos eles formando parte da RMPA original; a **RMPA-Vale** formada pelos municípios do Vale do Sinos, com forte influência da indústria coureiro-calçadista e polarizada pelas cidades de Novo Hamburgo e São Leopoldo e ainda a **RMPA-entorno**, com municípios mais recentemente incorporados à RMPA, com menores ligações cotidianas com o núcleo metropolitano e com perfil menos urbano que os demais.

Tal como no estado, no início da pandemia a incidência era maior no núcleo metropolitano (Porto Alegre), que concentrava quase dois terços dos casos no mês de abril. No final do mês de junho esta proporção caiu para um terço dos casos, mais próxima da relação da população metropolitana no conjunto da região (tabela 3).

Tabela 3 - RMPA: casos de covid-19 de acordo por sub-regiões

	Casos 30/04	% casos	Casos 30/06	% casos	Pop. da RMPA %
Porto Alegre	447	65,6	2589	33,3	34,2
RMPA-Poa	125	18,4	2601	33,4	38,1
RMPA-Vale	95	14,0	2172	27,9	19,8
RMPA-Entorno	14	2,0	418	5,4	7,9
Total	681	100	4753	100	100

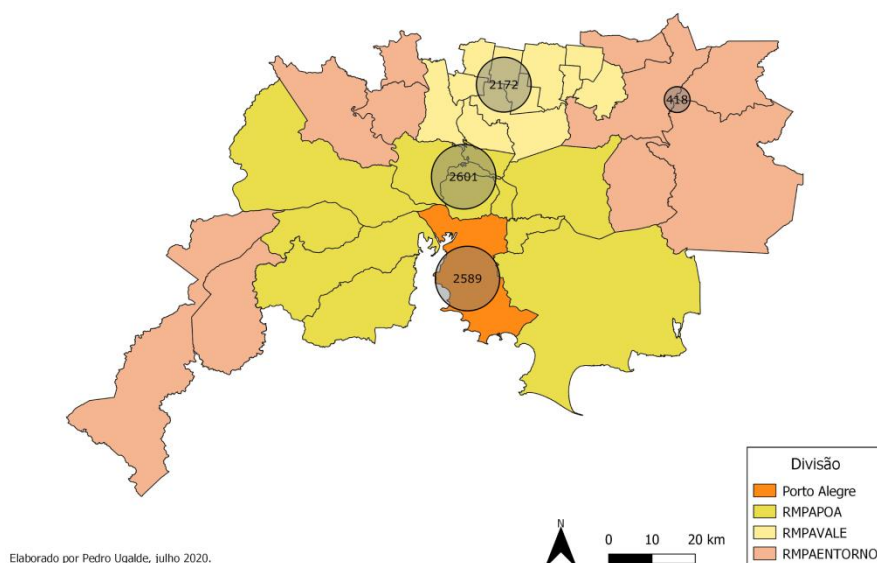
Fonte. SES-RS. Dados das datas indicadas. Organização: Soares e Ugalde (2020)

Quanto à presença de casos por sub-regiões (figura 8) temos uma maior incidência em Porto Alegre e na RMPA-Vale. Porto Alegre, como capital e como concentradora dos primeiros casos. A RMPA-Vale apresentou alguns dos primeiros casos do covid-19 no estado (Campo Bom) e a presença da indústria coureiro-calçadista e suas ligações comerciais com a China podem explicar esta incidência inicial. Posteriormente a própria organização do trabalho nas fábricas, a proximidade dos trabalhadores e trabalhadoras na linha de produção, pode ter sido um fator de transmissão do vírus.

A RMPA-POA vem apresentando número de casos inferior à sua participação na população metropolitana, embora com significativo aumento desde abril. Esta sub-região

apresenta maioria dos trabalhadores no setor terciário e muitos do terciário inferior, os quais foram afetados logo no início das políticas de distanciamento, com o fechamento do comércio e dos serviços. No entanto, com a progressiva liberação destas atividades são os trabalhadores com maior circulação, especialmente no transporte público, percebendo-se, portanto o crescimento desta participação no número de casos. Na RMPA-Entorno, os casos são mais baixos, por serem em sua maioria municípios menos integrados ao núcleo metropolitano, entretanto o perfil heterogêneo desta sub-região merece uma análise mais detalhada nos números por município.

Figura 8 - RMPA – casos de covid-19 por sub-região em 30/06/2020.



Fonte. SES-RS. Dados das datas indicadas. Elaborado por Ugalde (2020)

Neste sentido, um dado importante é o número de casos por 100 mil habitantes (tabela 4). Na RMPA temos diferentes incidências na população, variando de mais de 350 casos por 100 mil habitantes (São Leopoldo), até menos de 25 casos, como é o caso de Capela de Santana e Igrejinha, estes dois últimos municípios mais distantes da capital. Todavia, em 26 dos 34 municípios temos taxas de incidência acima de 100 casos por 100 mil habitantes. Assim, com relação à taxa de incidência por 100 mil habitantes temos o seguinte quadro por municípios na Região Metropolitana de Porto Alegre:

Tabela 4 - Municípios da RMPA. Casos de covid-19 por 100 mil habitantes

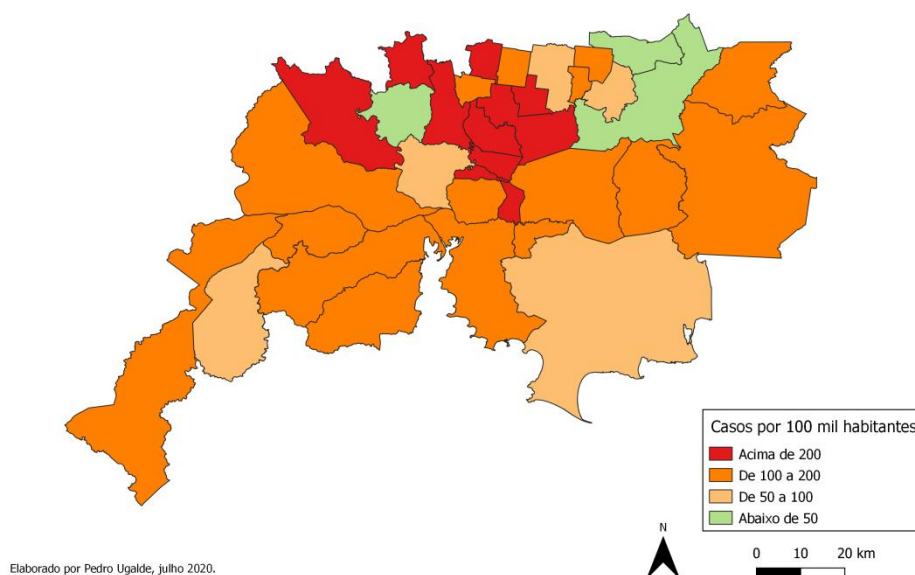
Município	Casos por 100mil/hab	Município	Casos por 100mil/hab
São Leopoldo	352,1	Estância Velha	147,9
Novo Hamburgo	297,5	Araricá	140,4
São Sebastião do Caí	295,9	Glorinha	135,8

Campo Bom	284,8	Eldorado do Sul	135,6
Cachoeirinha	257,1	Sto. Antonio. da Patrulha	135,2
Montenegro	252,8	Gravataí	129,7
Ivoti	247,0	Dois Irmãos	116,3
Esteio	228,4	Rolante	107,7
Portão	218,5	Guaíba	104,9
Sapucaia do Sul	212,7	Arroio dos Ratos	98,9
Triunfo	196,4	Sapiranga	93,0
Charqueadas	179,0	Parobé	77,2
Alvorada	177,8	Viamão	68,2
Porto Alegre	174,5	Nova Santa Rita	54,6
Canoas	160,7	Taquara	40,0
São Jerônimo	148,5	Capela de Santana	25,1
Nova Hartz	148,0	Igrejinha	24,4

fonte: SES-RS. Em 30/06/2020. Org.: Soares e Ugalde (2020).

Nota-se que os municípios com maior incidência com relação à população localizam-se, em sua maioria, ao norte da RMPA, na sub-região RMPA-Vale. Outros municípios de fora desta sub-região também apresentam forte incidência de covid-19 entre a população, entre eles São Sebastião do Caí (295.9 casos por 100 mil habs.) e Montenegro (252.8 casos por 100 mil habs.). Nestes dois municípios localizam-se indústrias alimentícias, como frigoríficos avícolas (Montenegro) e conservas (São Sebastião do Caí), o que pode explicar a elevada incidência. Na RMPA-POA municípios com intensa mobilidade pendular com Porto Alegre apresentam maior incidência, como Alvorada, Cachoeirinha e Sapucaia do Sul, enquanto municípios com maior presença de população rural apresentam menor incidência, como é o caso de Viamão e Nova Santa Rita (figura 8).

Figura 8 - RMPA – casos de covid-19 nos municípios (por 100 mil habs.) em 30/06/2020



Fonte. SES-RS. Dados de 30 de junho de 2020. Elaborado por Ugalde (2020).

Nota-se pela figura 8 que as maiores incidências com relação à população municipal coincide com o recorte da RMPA-Vale, embora municípios bastante relacionados ao núcleo metropolitano também aparecem com incidência elevada. Neste sentido, destacamos o município de Alvorada com elevada concentração de trabalhadores do terciário inferior e da construção civil (Observatório das Metrôpoles, 2015), os quais estão mais submetidos à mobilidade durante o período de distanciamento social controlado.

3.1 Impactos no mercado de trabalho metropolitano

Assim como no Brasil, a pandemia tem gerado fortes impactos no emprego formal da Região Metropolitana de Porto Alegre e no núcleo metropolitano. A RMPA iniciou o ano de 2020 com 1.115,7 mil vínculos no mercado formal de trabalho de acordo com os dados do Novo GAGED. Nos primeiros dois meses do ano, entre admissões e desligamentos foram geradas 6,2 mil vagas, sendo 621 em janeiro e 5,6 mil em fevereiro. No município de Porto Alegre, o ano abre com 545,8 mil postos de trabalho no mercado formal de trabalho, e já em janeiro apresenta um fechamento 1.000 postos de trabalho, os quais são parcialmente recuperados em fevereiro (982), fazendo com que os primeiros dois meses produzam um saldo negativo de 44 vagas.

Segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED, a RMPA perdeu 43,6 mil postos de trabalho entre os meses de março e abril de 2020. No acumulado de 2020, o saldo de postos fechados é de 35,6 mil, em função da criação de empregos nos meses de verão (janeiro e fevereiro). Segundo a mesma fonte, o município de Porto Alegre fechou 16,8 mil postos de trabalho entre março e abril de 2020. No

acumulado do ano, quando são incluídos os meses de janeiro e fevereiro, o resultado fica negativo em 15,9 mil empregos na capital do estado.

Quando olhamos os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) produzida pelo IBGE, a taxa de desocupação na RMPA atinge 9,8% no primeiro trimestre de 2020, aumentando um ponto percentual em relação ao último trimestre de 2019. Na comparação da taxa de desocupação entre homens (7,9%) e mulheres (11,9%), a diferença chega a quatro pontos percentuais. Já a taxa de desocupação de jovens, foi de 21,6% no primeiro semestre de 2020, 11,8 pontos percentuais da média.

Com relação aos rendimentos médios houve uma queda entre o quarto trimestre de 2019 e o primeiro trimestre de 2020, com o rendimento médio do trabalhador da RMPA passando de R\$ 3.018,00 para R\$ 2.911,00. Houve queda tanto para homens quanto para mulheres, entretanto aqueles ainda apresentam um rendimento médio maior (R\$ 3.339,00 contra R\$ 2.430). Na RMPA o rendimento das mulheres representa em média 17% menos que o valor do conjunto dos trabalhadores, ao mesmo tempo que o rendimento dos homens representa 15% acima da média do conjunto.

Quanto à questão da cor, os trabalhadores brancos com R\$ 3.141,00 apresentam um rendimento médio acima da média e muito acima dos R\$ 1.931 de pretos e pardos (abaixo da média). Enquanto os trabalhadores brancos recebem em média 8% acima da média, os trabalhadores pretos e pardos recebem 33% a menos, ou dois terços do rendimento médio. A crise impactou mais sobre os pardos que recebiam 74% do rendimento médio (4º trimestre de 2019) e passaram a receber 66,3% do rendimento médio no primeiro trimestre de 2020.¹⁷

Especificamente no município de Porto Alegre a taxa de desocupação no primeiro trimestre de 2020 foi de 10%, quando comparado ao quarto trimestre de 2019, observa-se um avanço de 3 pontos percentuais, e confrontado com mesmo período no ano passado um crescimento de um ponto percentual. O rendimento médio real de todos os trabalhos habitual das pessoas ocupadas no primeiro trimestre de 2020 foi de R\$ 4.173,00 em valores correntes, uma queda de R\$ 169,00 quando o quarto trimestre de 2019, e um recuo de R\$ 186,00 quando cotejado com mesmo período no ano passado. Já quando observa-se o rendimento médio real de todos os trabalhos habituais das pessoas ocupadas pelo ponto de vista do sexo, nota-se que no município de Porto Alegre as mulheres recebiam R\$ 3.279,00, ou seja 19% menos que o valor do conjunto dos trabalhadores ao mesmo tempo que os homens recebiam R\$ 4.755,00, o que representa 18% acima da média do conjunto. Já no

¹⁷ Dados do CAGED publicados no IHU Online. Panorama do mercado de trabalho da Região Metropolitana de Porto Alegre em 2020 em 23 de junho de 2020. <http://www.ihu.unisinos.br/600232-panorama-do-mercado-de-trabalho-da-regiao-metropolitana-de-porto-alegre-em-2020>

momento em que o olhar vai para a raça/cor, verifica-se que a força de trabalho branca recebe R\$ 4.624,00, o que representa 15% a cima total, a negra/preta R\$ 2.225,00, 45% abaixo e os pardos R\$ 1.970,00 51% abaixo do valor médio.

A tabela 5 resume este quadro dos rendimentos dos trabalhadores e demonstra com mais clareza as diferenças entre o núcleo metropolitano e o conjunto da região metropolitana.

Tabela 5 – Rendimento médio dos trabalhadores em Porto Alegre e na RMPA no primeiro trimestre de 2020

Rendimento Médio						
	Geral	Homens	Mulheres	Branços	Pretos	Pardos
Porto Alegre	4.173,00	4.755,00	3.279,00	4.624,00	2.225,00	1.970,00
RMPA	2.911,00	3.339,00	2.430,00	3.141,00	1.931,00	1.931,00

Fonte: CAGED. PNADC (IBGE).

A seguir apresentaremos um panorama da situação da pandemia do Covid-19 no município de Porto Alegre.

4. A COVID - 19 NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Porto Alegre possui uma população estimada de 1.483.771 habitantes (IBGE, 2019). Desde 2017 Porto Alegre é governada pelo Prefeito Nelson Marchezan Júnior do mesmo partido político do Governador Eduardo Leite, o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Desde o começo da pandemia por uma inação, falta de estratégia e de informações claras por parte do governo federal a gestão da pandemia vem sendo administrada pelos governadores e prefeitos no Brasil. No caso do Rio Grande do Sul e de sua capital, Porto Alegre acontece o alinhamento política e a coordenação de ações.

Conforme dados acima apresentados Porto Alegre, apresentava 60% dos casos em 02/04/2020, 40% dos casos em 15/4/2020, 31,5% dos casos em 30/04/2020, 16,1% em 15/5/2020 e 9,6% em 30/06/2020 em relação ao estado. O primeiro caso de Covid-19 aconteceu no dia 08 de março em Porto Alegre e o primeiro óbito em 24 de março. Em 31/03/2020 a Prefeitura Municipal de Porto Alegre emitiu o Decreto Nº 20534 decretando estado de calamidade pública e consolidando as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo Coronavírus (COVID-19) no Município de Porto Alegre.

Assim como no governo do estado do RS foi constituído o Grupo Especial com órgãos da PMPA para propor medidas de contenção e mitigação dos efeitos sociais decorrentes da pandemia. Este grupo foi composto pela Secretaria Municipal de Relações Institucionais (SMRI), Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Esporte (SMDSE), Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico (SMDE), Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC), Secretaria Municipal de Infraestrutura e Mobilidade Urbana (SMIM), Secretaria Municipal de Segurança (SMS), Defesa Civil, Departamento Municipal de Habitação (DEMAHB) e Departamento Municipal de Águas e Esgotos (DMAE). Em 05/05 a PMPA prorroga até o dia 31/05 o decreto 20.534 e avança na retomada de segmentos econômicos através dos decretos 20.564 e 20.565 publicados no dia 02/05¹⁸ libera atividades autônomas, profissionais liberais, microempreendedores individuais e microempresas. As academias de Porto Alegre passam a funcionar também com um aluno por vez.

Porto Alegre entrou em 23 de junho de 2020 na zona vermelha do distanciamento controlado monitorado pelo estado do Rio Grande do Sul e teve recorde de pacientes com COVID 19 em leitos da UTI com 111 casos de internação. Na mesma data a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) emitiu Decreto Nº 20.625, de 23 de junho de 2020 para regular algumas atividades entre elas o fechamento de comércio voltando a tomar medidas de isolamento social. No dia 03/07/2020 a Prefeitura determinou também o fechamento da Orla do Guaíba¹⁹. Porto Alegre em 23/06/2020 contava com 1.868 casos com 175 novos casos confirmados e 67 óbitos, taxa de 4,5 por 100 mil habitantes. Pensamos que sendo Porto Alegre o município polo de saúde poderia haver uma sobrecarga no município vindo pacientes de outras localidades havendo uma necessidade de coordenação da infraestrutura da saúde entre os municípios.

A Prefeitura lançou uma campanha pelo distanciamento social, buscando chegar a meta de 55% de distanciamento. No dia 08/07/2020 o distanciamento era de 45,1%. A PMPA está usando a tecnologia de geolocalização através dos 540 mil usuários de celular da Capital onde capta informações do deslocamento. Interessante ressaltar que segundo os dados da PMPA 22 de março foi o dia com maior índice de distanciamento social realizado em Porto Alegre, 71,3% e o menor foi de 34,4% no dia 19 de junho²⁰

¹⁸ Prefeitura Municipal de Porto Alegre. <https://prefeitura.poa.br/gp/noticias/prefeitura-prorroga-decreto-de-isolamento-social-e-libera-mais-alguns-setores> Acessado em 09/07/2020.

¹⁹ CORREIO DO POVO <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/parques-cercados-e-orla-do-gua%C3%ADba-ser%C3%A3o-fechados-em-porto-alegre-1.445297> Acessado em 08/07/2020.

²⁰ Prefeitura Municipal de Porto Alegre. <https://infografico-covid.procempa.com.br/distanciamento-social>. Acessado em 09/07/2020.

Caberia ressaltar que os organismos internacionais desde o início da pandemia, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), vêm alertando sobre a existência de grupo dos vulneráveis (mulheres, idosos, crianças e pessoas de baixa renda) e a necessidade de apoio a estes grupos por parte dos Estados, para que se reduzam danos neste contexto. A renda mínima é um tema que vem sendo discutido frente neste contexto de emergência e urgência para enfrentar a pandemia. Além disso a ONU Mulheres vem alertando que as mulheres, em seu conjunto, correspondem a 70% do total de profissionais que atuam na linha de frente no combate ao COVID-19²¹ (Scapini e Marx, 2020)²².

Além da necessidade de apoio à população vulnerável a falta de água em algumas regiões da cidade e ações de remoção aconteceram em meio a pandemia. Em nota no dia 02/04/2020 denominada “Moradia e direito à vida nos territórios de Porto Alegre” publicada pelo Observatório das Metrópoles - Núcleo Porto Alegre destaca-se a situação da Vila Nazaré, situada nas proximidades do Aeroporto Salgado Filho que sofreu com a falta de água e culminou com a remoção das famílias²³.

Por outro lado para enfrentar a falta de infraestrutura e políticas frente a pandemia alguns agentes e comunidades de alguns bairros da cidade vem criando redes de solidariedade. Estas redes são criadas para minimizar o impacto da pandemia na população mais vulnerável e a falta de estrutura e apoio por parte das instituições públicas. Como exemplo podemos citar o Movimento de Mulheres Olga Benário que vem desenvolvendo a Campanha de apoio a Diaristas onde os valores arrecadados são direcionados às mulheres trabalhadoras desempregadas e autônomas.

Outro exemplo é o da região do 4º Distrito de Porto Alegre onde foi criado o Fórum do Quarto Distrito que se constitui como um espaço que reúne moradores e trabalhadores do Quarto Distrito da Cidade de Porto Alegre. O chamado 4º Distrito é a região da cidade que abrange do Centro Histórico até a Arena do Grêmio, situando-se entre o Rio Guaíba e a Avenida Cristóvão Colombo, envolvendo os bairros Navegantes, São Geraldo, Floresta e Humaitá. Estes casos serão aprofundados mais adiante neste dossiê, mas são exemplos de como as comunidades vem se posicionando e tendo uma postura ativa frente à pandemia.

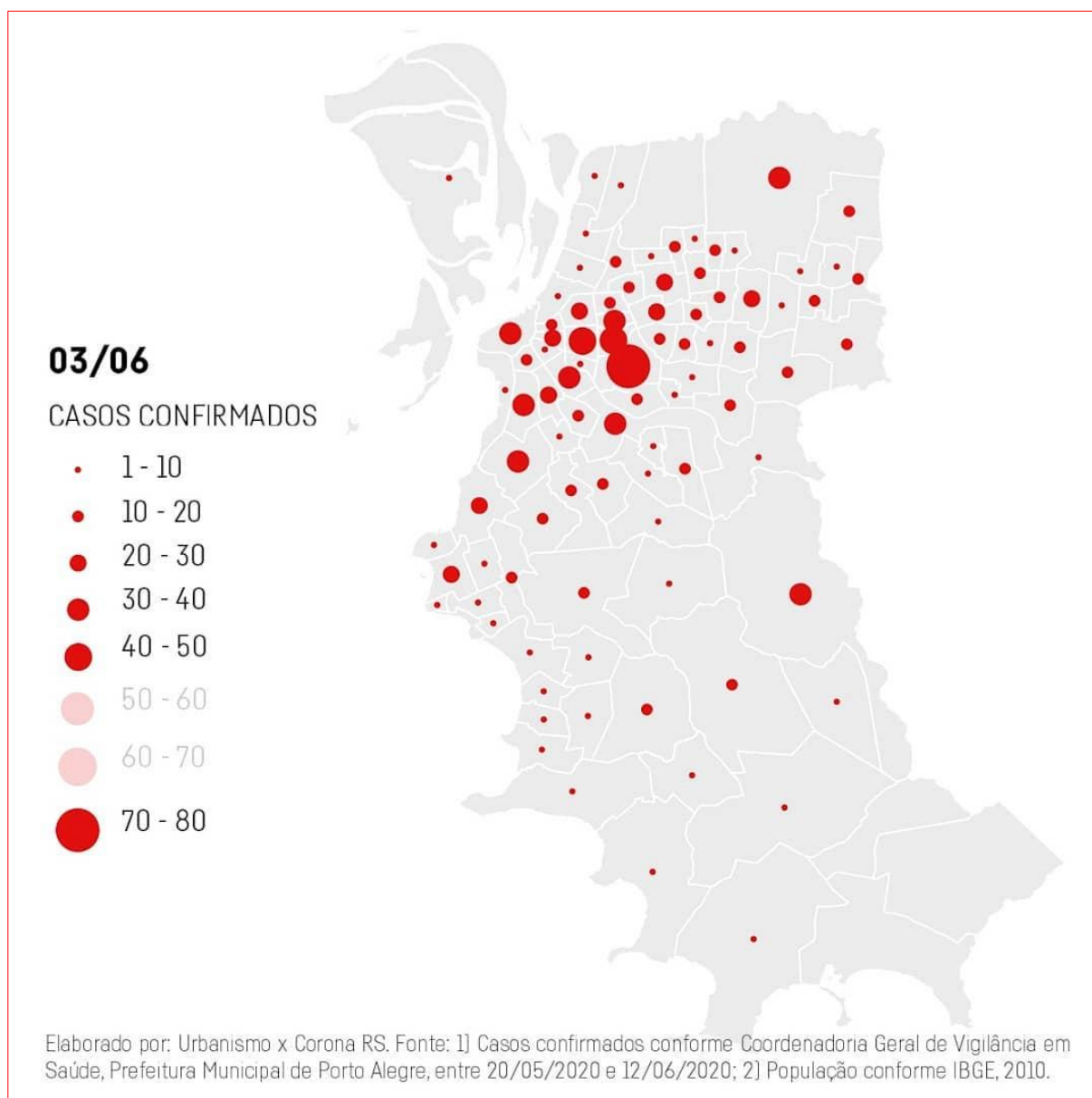
²¹ ONU Mulheres. <https://nacoesunidas.org/mulheres-na-linhas-de-frente-da-covid-19/> Acessado em 08/07/2020.

²² Scapini, Gabriela e Marx, Vanessa. Atuação de Mulheres em tempos de COVID-19: necessidade de reconhecimento das práticas de solidariedade e de cuidado. Jornal UFRGS. <https://www.ufrgs.br/jornal/atuacao-de-mulheres-em-tempos-de-covid-19-a-necessidade-de-reconhecimento-das-praticas-de-solidariedade-e-de-cuidado/> Acessado em 09/07/2020.

²³ Observatório das Metrópoles- Núcleo Porto Alegre. <https://www.ufrgs.br/coronavirus/wp-content/uploads/2020/04/Porto-Alegre-e-a-pandemia-Observato%CC%81rio-das-Metro%CC%81poles.pdf> acessado em 09/07/2020.

A seguir veremos os casos da Covid- 19 em Porto Alegre e a distribuição por bairros (Figuras 9, 10 e 11). Este é um dado importante para monitorar os casos por regiões e bairros da cidade. Em 22/05/2020 após insistência da cidadania pela publicidade dos dados foi divulgada a informação de casos por bairros de Porto Alegre (Figura 9). Nesta data os bairros Petrópolis, Bela Vista, Rio Branco, Sarandi e Passo d'Areia, nas regiões Central e Norte da capital, foram os bairros com o maior número pessoas infectadas pelo novo coronavírus em Porto Alegre, segundo dados da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. No dia 03/06/2020 o Urbanismo contra o corona no RS divulgou que os bairros Jardim Europa, Três Figueiras, Jardim São Pedro, Bela Vista e Mont'Serrat foram identificados como os bairros com mais casos do vírus (Figura 10).

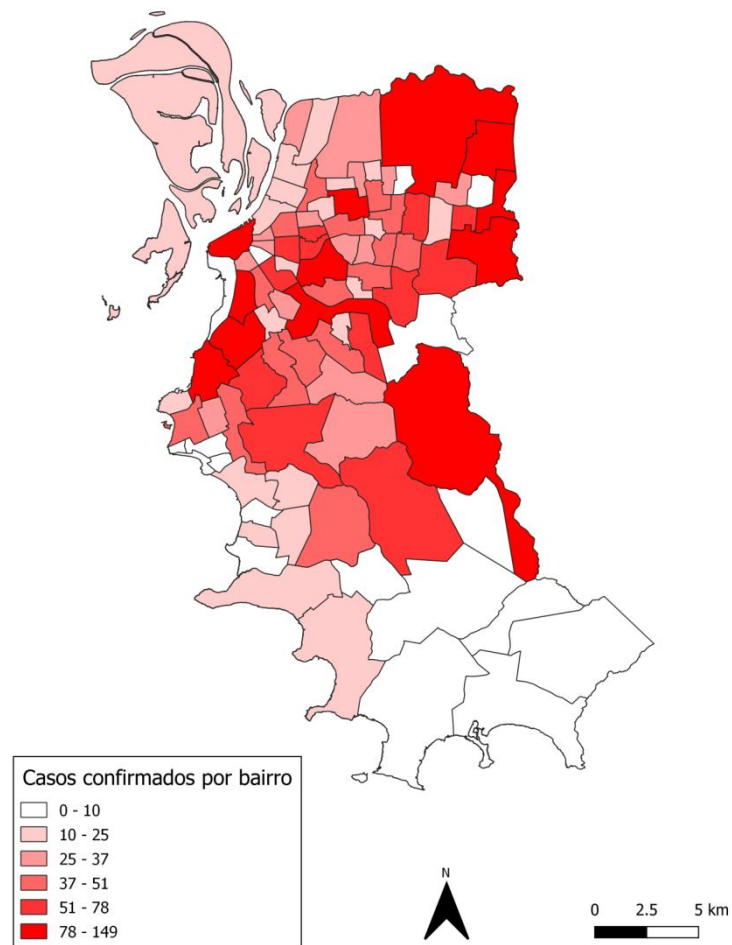
Figura 10: Porto Alegre: mapa de casos de covid-19 por bairro (03-06-2020)



Fonte: CGVS, SMS, Porto Alegre. Elaboração: Urbanismo x Corona RS.

No dia 6 de julho temos uma ampla difusão da pandemia pelo município (Figura 11), com maior número de casos nos bairros periféricos mais populosos, como Sarandi, Partenon e Lomba do Pinheiro, embora bairros de classe média e classe média alta como Petrópolis mantenham número elevado de casos, assim como o Centro Histórico, que figura entre os cinco com maior número de casos, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde.

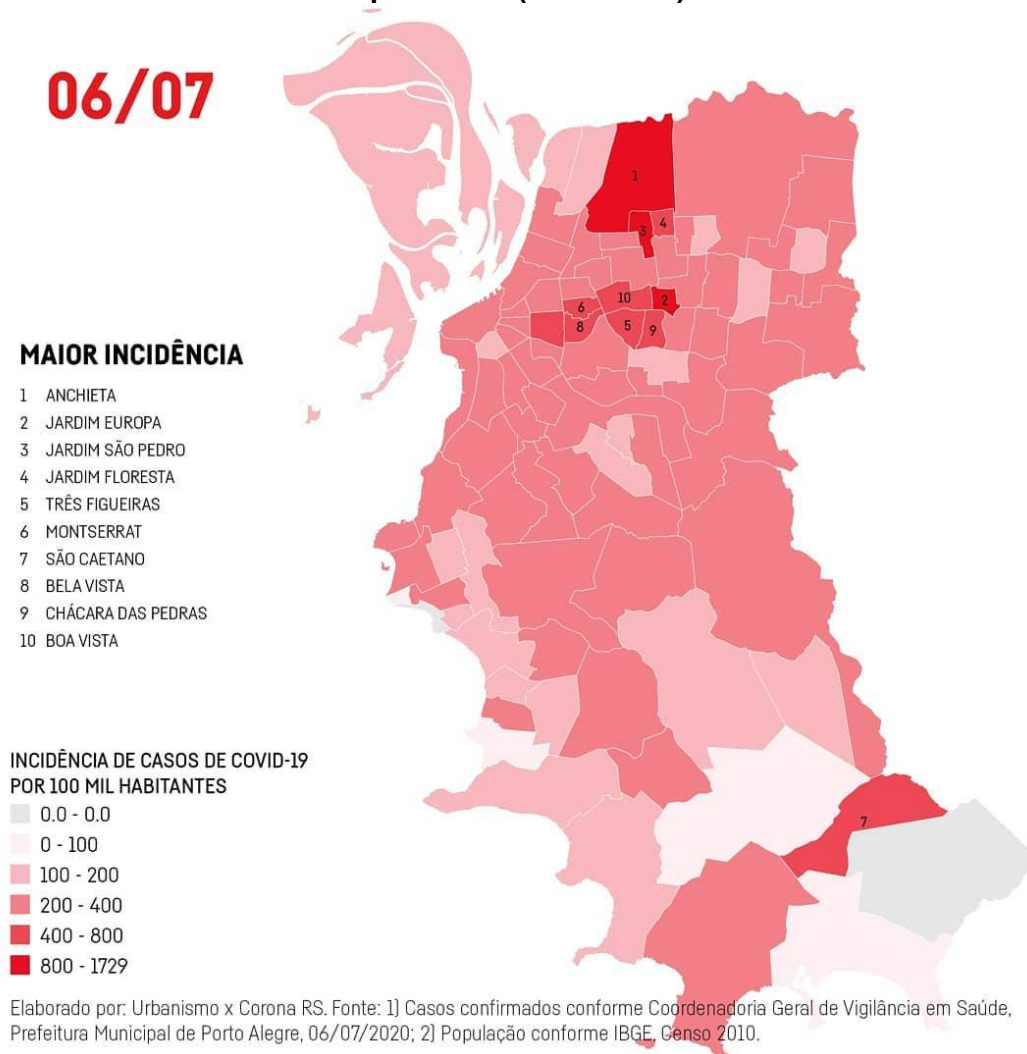
Figura 11: Porto Alegre: mapa de casos de covid-19 por bairro (06-07-2020)



Fonte: Dados da CGVS/SMS, Porto Alegre. Elaboração: Pedro Ugalde (2020).

Quanto aos casos por 100 mil habitantes, um dado relevante para analisar a incidência da pandemia entre a população, temos o seguinte mapa:

Figura 12: Porto Alegre: incidência de casos de covid-19 por 100 mil habitantes e por bairro (06-07-2020)



Fonte: CGVS, SMS, Porto Alegre. Elaboração: Urbanismo x Corona RS.

Assim, percebe-se que a disseminação ainda é mais forte nos bairros de classe alta e média alta (Jardim Europa, Três Figueiras, Montserrat, Bela Vista, Chácara das Pedras, mas também apresenta uma forte incidência em bairros periféricos, como na zona norte (Anchieta, Jardim São Pedro e Jardim Floresta) e na zona sul (São Caetano). Ressalte-se que na zona norte, o bairro Anchieta apresenta pouquíssima população moradora (203 habitantes segundo o Censo de 2000), mas um grande número de trabalhadores, especialmente no setor de transporte, armazenamento e logística, o que pode explicar esta incidência maior da pandemia.

Dados de 19 de julho de 2020 demonstram que pelo menos 72% dos 94 bairros oficiais do município já tiveram alguma morte provocada pelo coronavírus desde o início da pandemia. Entre os 68 bairros com notificações de óbito desde março de 2020, os maiores

números se concentram no Centro Histórico (9 vítimas), na Lomba do Pinheiro, no Menino Deus e no Rubem Berta, cada um com oito óbitos e no bairro Petrópolis (7 óbitos).²⁴

Observa-se, assim, que em Porto Alegre repete-se um “padrão” de disseminação dos contágios que se iniciaram pelos bairros de maior poder aquisitivo e posteriormente disseminou-se pelas periferias e áreas de maior vulnerabilidade social. Entre os cinco bairros com mais mortes, Lomba do Pinheiro e Rubem Berta apresentam renda familiar 70% e 55% inferiores à média da cidade, respectivamente, além de grande população (a “Lomba” é o quinto mais populoso, com quase 50 mil habitantes). Já o Centro Histórico, também está entre os bairros mais populosos da capital, além de apresentar uma elevada densidade demográfica segundo dados do Observatório da Cidade de Porto Alegre (ObservaPOA). Por fim, bairros como Menino Deus e Petrópolis situam-se entre os com maior proporção de idosos na população (entre 20 e 25%), ou seja, maior número de pessoas de um dos “grupos de risco”, além de maior poder aquisitivo, com é o padrão dos bairros de classe media alta do entorno do centro.

Se a demografia dos casos é bastante diversa, a série histórica recente de mortalidade geral em Porto Alegre (Tabela 6) não tem mostrado variações significativas:

Tabela 6: Mortalidade em Porto Alegre: 2015-2020

Ano	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
óbitos	11.454	12.557	12.074	12.215	12.254	5802*

* Os dados de 2020 correspondem até a data de 14/07/2020

Fonte: Observatório da Vigilância em Saúde: Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.

Importante ser observado que, até meados de julho, os indicadores apontam para uma pequena redução da mortalidade geral na cidade comparativamente aos últimos anos. Isto fica mais claro em um comparativo com o ano anterior (Tabela 7):

Tabela 7: Porto Alegre: mortalidade geral (óbitos) por mês

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul*	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2020	961	885	924	848	963	985	236*	-	-	-	-	-
2019	1047	870	874	859	969	1053	1332	1277	1046	1024	904	999

* Os dados correspondem até a data de 14/07/2020.

Fonte: Observatório da Vigilância em Saúde: Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre

É interessante olhar os dados de mortalidade geral porque eles não apresentam o problema de subnotificação, que sabidamente acontece com os casos de Covid-19 no Brasil. Observa-se que 2020 apresenta taxa de mortalidade superior ao ano anterior apenas

²⁴ Fonte: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2020/07/mais-de-70-dos-bairros-de-porto-alegre-ja-registraram-morte-por-coronavirus>

em fevereiro e março, ou seja, no período imediatamente anterior à disseminação do Coronavírus na cidade. E, aparentemente, com os dados consolidados até a metade de julho, parece que este mês também deve apresentar mortalidade inferior ao ano passado.

Ainda é muito cedo para termos uma explicação firmemente ancorada em fatos para explicar estes números. Mas é possível apontar algumas hipóteses:

a) ainda que longe do ideal para a contenção do coronavírus, as medidas de distanciamento social existentes desde março podem ter contribuído para que menos pessoas estivessem sujeitas a acidentes de trabalho, trânsito, contaminação de doenças, etc.

b) por outro lado, exatamente porque o distanciamento social não tem sido completo, o Rio Grande do Sul - e a região Sul do Brasil como um todo - tem apresentado um crescimento de casos neste mês de julho de 2020. Assim, é perfeitamente possível especular que os próximos meses apresentem um acréscimo nas taxas de mortalidade que ainda não aparecem nas estatísticas.

Uma última questão refere-se ao número de casos e mortes de Síndrome Respiratória Grave Aguda (SRGA) notificados no município. Segundo dados divulgados pela Bancada do PSOL na Assembleia Legislativa do estado²⁵, estes tiveram um aumento substancial em 2020, conforme a Tabela 8, o que pode representar subnotificação da covid-19. Este dado importante nos remete à análise das políticas de enfrentamento da pandemia no município.

Tabela 8: Porto Alegre: casos e óbitos de Síndrome Respiratória Grave Aguda (SRGA) de 2017 a 2020

	2017	2018	2019	2020
Casos	504	380	413	1.641
Óbitos	110	55	29	245

Fonte: Fonte: Bancada do PSOL na AL-RS a partir de dados do OpenDataSUS.

4.1 As políticas de enfrentamento da pandemia no município de Porto Alegre

O Município de Porto Alegre implementou diversas medidas para o enfrentamento ao coronavírus e, conseqüentemente, impedir a COVID-19. Entre as ações estão a ampliação de leitos de UTI especificamente para pacientes com COVID, entrega de equipamentos, testagem, procedimentos para atendimento de pacientes, assinatura de convênios e parcerias, criação de comissões, grupos, e publicações de decretos para o combate ao

²⁵ Jornal Sul 21. 12 de junho de 2020. Disponível em <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/coronavirus/2020/06/mortes-por-sindromes-respiratorias-agudas-graves-cresceram-9-vezes-no-rs-em-2020-diz-estudo-da-bancada-do-psol/>

coronavírus e ações voltadas a publicização de monitoramento através de boletins diários publicados nas redes sociais e portais oficiais.

As ações contaram com a participação primordialmente das secretarias municipais, incluindo servidores públicos de distintas secretarias, a exemplo da Secretaria Municipal da Cultura, convocados para atendimento de ações nas comunidades como entrega de cestas básicas, apoio ao acesso a sistemas vinculados a benefícios sociais, entre outros. Outro segmento chamado a participar das ações foram representantes de setores privados, como os grupos Gerdau, Zaffari, Ipiranga, Hospital Moinhos de Vento, que providenciaram a construção de uma nova ala junto ao Hospital Independência entre outras ações.

Até o dia 17 de julho de 2020, haviam sido registrados no Boletim COVID-19²⁶, 96 medidas consideradas pelo Poder Público Municipal, para enfrentamento da pandemia.

Três focos de reflexão são considerados neste texto. O primeiro, diz respeito as características mais gerais da pandemia de COVID-19 e suas alternativas para evitar o contágio. O segundo, sobre o tipo de parcerias estabelecidas pelo poder público com o argumento de superar a pandemia. E o terceiro, relacionado ao problema da sobrecarga do sistema de saúde.

Segundo informações amplamente divulgadas, a principal forma de contaminação tem origem nas gotículas salivares das pessoas contaminadas quando espirram ou mesmo falam. Mãos que tocam superfícies contaminadas por essas gotículas e levadas ao rosto, levam consigo o coronavírus. Neste sentido, a proximidade entre as pessoas e as mãos contaminadas ao serem levadas ao rosto são os principais vetores de contaminação. Portanto, duas frentes de medidas são necessárias para evitar contaminação: o *distanciamento social* e a *práticas de higiene*.

O distanciamento social tem por princípio evitar a mobilidade das pessoas, consequentemente do vírus, evitando dessa maneira a contaminação progressiva. Por sua vez, as práticas higiênicas referem-se a necessidade de cuidados pessoais rigorosos e com o ambiente em que vivem as pessoas. Apesar de todas as orientações, há muitos entraves que impedem a população pobre de seguir as orientações das autoridades. O problema que identificamos como o mais grave e mais imediato tem origem no isolamento social. A implementação de quarentena leva a população pobre a ficar sem trabalho e sem renda. A fome é o primeiro grande problema que bate à sua porta. Em seguida, todos os insumos indicados para proteger da contaminação, como materiais de higiene, limpeza, máscaras, álcool gel, ficam inacessíveis para esta população.

Além da ausência de apoio material, a população necessita de suporte sob a forma de informação. O poder público concentrou as ações de vigilância, de carro de som, de

²⁶ <https://prefeitura.poa.br/coronavirus/saude>.

informação nas áreas centrais da cidade. Até mesmo peças publicitárias relacionadas à pandemia mostram uma cidade que não é a cidade de todos. A periferia não se reconhece nem na cidade mostrada nos vídeos²⁷, nem como pertencente aos grupos que são cuidados pelo poder público.

Yrigoyen²⁸ (2020) traça um paralelo entre os animais silenciosos, incompreensíveis e violentos do filme “Os pássaros”, de Alfred Hitchcock, com o coronavírus. “O caráter invisível do coronavírus o torna mais perigoso posto que, ou bem leva a loucura do paranoico, ou bem a inconsciência daquele que por não ver, não sente.” (YRIGOYEN, 2020 p.1). Em Porto Alegre, o poder público não se preocupou em fazer ver os perigos do vírus por parte da população da periferia. A informação de que os moradores deveriam cuidar da higiene e da limpeza da casa, chegou através da solidariedade que mobilizou grupos, movimentos e outros setores populares. Evidentemente, sem dar conta.

No primeiro período da quarentena, o chefe do executivo fechou os postos ampliados de atendimento da rede de Assistência Social do município. Aqueles pontos de atendimento localizados dentro das comunidades fecharam as portas. Os moradores ficaram com o vazio, o silêncio. As tentativas de buscar ajuda para alimentação através de cestas básicas, se transformou num verdadeiro martírio. Encontraram os Centros de Referência de Assistência Social fechados ou com teleatendimento. Unidades localizadas em bairro com mais de 50 mil habitantes dispunham de apenas um (01) telefone para atender a demanda por cestas básicas. Há relatos de tentativas por dias a fio para conseguir ligação para o CRAS. Os procedimentos para atendimento de trabalho social não foram adequados à situação de pandemia. Nem mesmo moradores de condomínios do Minha Casa Minha Vida Faixa 1, ou seja, os mais carentes, foram poupados da obrigatoriedade da “qualificação familiar”, procedimento somente aceito quando realizado por profissional habilitado que, em quarentena, não conseguia visitar as famílias e atender as exigências necessárias às inscrições para acesso as cestas básicas.

A situação, no entanto, era apenas uma pequena amostra do desmonte da Assistência Social do município de Porto Alegre. Em reportagem publicada em 10 de dezembro de 2019, no portal Sul 21²⁹ é possível conhecer a queda progressiva dos recursos destinados à Assistência Social no município. É a síntese do desmonte. No ano de 2016, foi destinado à Fundação de Assistência social e Cidadania (FASC) o valor de R\$92.412.018,77; em 2019, caiu para R\$66.829.863,94. Além disso, o Conselho Municipal de Assistência Social denunciou a substituição de equipes técnicas e administrativas por

²⁷ <https://www.facebook.com/prefpoa/videos/200622284722284/>

²⁸ <https://www.catedradehermeneutica.org/wp-content/uploads/2020/05/Con-la-fuerza-de-lo-real-Elena-Yrigoyen.pdf>

²⁹ <https://www.sul21.com.br/poa/2019/12/conselho-municipal-denuncia-desmonte-total-na-assistencia-social-em-porto-alegre/>

equipes resultantes de parcerias, ferindo, inclusive a própria Lei de Reordenamento da FASC que determina que sejam servidores públicos concursados.

Este foi o cenário onde a pandemia se instalou na periferia de Porto Alegre. Como sobreviver ao isolamento social, às práticas de higiene necessárias para evitar o coronavírus? Apostando na inconsciência daqueles que não enxergam o vírus, mas sentem o vazio da fome.

Parcerias da prefeitura

O Município de Porto Alegre iniciou a implantação de uma série de medidas para prevenção da COVID-19 ainda em janeiro de 2020. Desde então, vem publicando decretos, definindo protocolos com base em orientações internacionais e em consonância com o governo do Estado do Rio Grande do Sul no sentido de conter a contaminação. No dia 19 de maio iniciou processo de retomada das atividades econômicas, de serviços e estabelecimentos comerciais. Progressivamente foi liberando do isolamento social. No entanto, no dia 15 de junho, o prefeito anunciou novamente o fechamento de estabelecimentos comerciais com o intuito de “achatar a curva” de casos confirmados evitando, assim, o colapso no sistema de saúde do município. O Quadro 1 apresenta uma amostra das ações do executivo publicadas no Boletim COVID 19.

Quadro 1 – Ações do Poder Executivo Municipal

AÇÃO	SÍNTESE
DECRETO Nº 20.501, DE 16 DE MARÇO DE 2020.	Institui o Comitê Temporário de Enfrentamento ao Coronavírus (CTECOV).
DECRETO Nº 20.534, DE 31 DE MARÇO DE 2020	Decreta o estado de calamidade pública cria o Grupo Especial para propor medidas de contenção e mitigação dos efeitos sociais decorrentes da pandemia.
DECRETO Nº 20.533, DE 31 DE MARÇO DE 2020.	Cria o Escritório de Fiscalização para coordenar as ações de fiscalização de competência municipal de forma integrada, composto por todos os órgãos da Administração Municipal Direta e Indireta; e inclui o inc. X no art. 2º do Decreto no 20.096, de 19/11/2018.
DECRETO Nº 20.577, DE 14 DE MAIO DE 2020.	Institui a operação de força-tarefa no âmbito da Administração Direta e Indireta Municipal. Social: servidores, preferencialmente, no cargo de assistente administrativo, além de assistentes sociais, psicólogos e cargos em comissão. Saúde: servidores com conhecimento na gestão administrativa de contratos, em especial prestação de contas, planejamento e operacionalização de aquisições; Fiscalização e Segurança: servidores para o planejamento de operação, compilação de dados e elaboração de relatórios.
DECRETO Nº 20.625, DE 23 DE JUNHO DE 2020 ³⁰	Instituiu o Comitê Temporário de Enfrentamento ao novo Coronavírus (COVID-19) (CTECOV); o Grupo Especial para propor

³⁰ <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/decreto/2020/2062/20625/decreto-n-20625-2020-decreta-o-estado-de-calamidade-publica-e-consolida-as-medidas-para-enfrentamento-da->

	medidas de contenção e mitigação dos efeitos sociais decorrentes da pandemia do COVID-19; o Grupo Especial para propor alternativas relacionadas ao desenvolvimento econômico e geração de emprego e renda
DECRETO Nº 20.596, DE 2 DE JUNHO DE 2020.	Prorroga o mandato do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) da gestão 2018-2019 em decorrência da Crise do COVID 2019 e da inviabilidade de realização das eleições.
ORDEM DE SERVIÇO No 003, DE 10 DE JUNHO DE 2020. ³¹ (10/06)	Estabelece procedimentos para tramitação das Requisições de Informações Comunitárias (RICs). As solicitações do MP devem seguir as disposições descritas na Ordem de Serviço. ³²
01 de JUNHO	Prefeitura de Porto Alegre discute com o movimento Pacto Alegre ³³ (*) ações de enfrentamento da pandemia. Como resultado, iniciam testes de inovações para combater COVID-19, em 01 de junho.
13/07 Decreto DECRETO Nº 20.655, DE 13 DE JULHO DE 2020. ³⁴	Dispõe sobre o licenciamento urbanístico e ambiental de projetos prioritários para a retomada econômica no Município em razão da pandemia do novo Coronavírus (COVID-19), cria o Comitê Especial de Monitoramento de Projetos Prioritários (CEMPP).
13/07	Entrega ao Hospital da Restinga 10 leitos de UTI e 17 de enfermaria especificamente para tratamento COVID-19

(*) Movimento Pacto Alegre – Formado por empresas como GrupoRBS, Fraport, Sinduscon, entre outros.

Além das ações publicadas no boletim COVID 19, outras, gratuitas, aconteceram resultantes de parcerias entre empresas privadas e prefeitura. O caso da empresa UNICONTROL chamou a atenção da população, pois foi vista fazendo a desinfecção de pontos de ônibus no centro da cidade³⁵. Desde março a empresa vem apoiando a prefeitura a realizar a desinfecção, inicialmente em pontos de ônibus, mais recentemente concentrando nas Unidades de Saúde.

O argumento de que a iniciativa privada está colaborando com a prefeitura para que esta otimize os gastos não se sustentou por muito tempo. Em 10 de julho de 2020, o Ministério Público de Contas solicitou ao Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul a suspensão de campanha publicitária da Prefeitura de Porto Alegre realizada com recursos do Fundo Municipal de Saúde. A principal acusação foi a utilização do recurso do fundo sem a anuência do Conselho Municipal de Saúde, responsável pelo controle social do fundo. Além disso, o conteúdo veiculado não se relacionava com questões da saúde³⁶.

emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-decorrente-do-novo-coronavirus-covid-19-no-municipio-de-porto-alegre

³¹ http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3430_ce_292083_1.pdf

³² http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3430_ce_292083_1.pdf

³³ <https://pactoalegre.poa.br>

³⁴ <https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/decreto/2020/2066/20655/decreto-n-20655-2020-dispoe-sobre-o-licenciamento-urbanistico-e-ambiental-de-projetos-prioritarios-para-a-retomada-economica-no-municipio-em-razao-da-pandemia-do-novo-coronavirus-covid-19-cria-o-comite-especial-de-monitoramento-de-projetos-prioritarios-cempp>.

³⁵ <https://diariodotransporte.com.br/2020/03/28/paradas-de-onibus-em-porto-alegre-passam-por-desinfeccao-com-auxilio-de-empresas/>

³⁶ https://www.sul21.com.br/cidades/2020/07/mpc-pede-suspensao-de-publicidade-da-prefeitura-de-porto-alegre-que-usa-recursos-da-saude/?utm_source=Matinal&utm_medium=email&mc_cid=582ef054a0&mc_eid=8450819b4a

Outra questão que chama a atenção em relação as ações exemplificadas no Quadro 1 é o fato de não aparecer em nenhum momento articulação com as estruturas de participação existentes e distribuídas no território de Porto Alegre, como os 17 centros administrativos, denominados de CRIPs - Centro de Relações Institucionais Participativas. Em que pese a Secretaria de Relações Institucionais, sob a qual se organizam os CRIPs, fazer parte dos grupos criados, suas ações não repercutem no território. Podemos registrar ações do CRIP Ilhas, sobretudo porque no período ocorreram chuvas fortes e deixou muitas famílias desalojadas por conta das inundações. As demais estruturas dos CRIPs na cidade de Porto Alegre não demonstram expressão alguma em relação a atuação junto à população no período de pandemia.

Cabe lembrar que os CRIPs são equipamentos que tem a função de prover infraestrutura e acolher demandas e questionamentos da população, além de estabelecem articulações da sociedade civil com o governo municipal. Se essas estruturas oficiais não foram mobilizadas, menos ainda foram as lideranças comunitárias, que se converteram em verdadeiros exércitos solidários tratando de promover campanhas doações para atender necessidades da população. Enquanto isso, o prefeito optou por dialogar com setor privado, empresas de tecnologia, *startups* que, até podem contribuir, mas não atendem a população na dimensão que o problema exige. São ações experimentais, efêmeras e que não apresentam a força que as estruturas criadas para viabilizar políticas públicas poderiam deter não fosse o seu desmonte. Saliente-se que o prefeito não utilizou a *expertise* da máquina pública, como por exemplo, do modelo de governança implementado para a Copa do Mundo, tal como as câmaras temáticas com movimentos sociais, associações profissionais, defensoria pública e outras entidades.

Sobrecarga do sistema de saúde

Considerando a fragilidade das ações, a ausência de orientações, somadas a já existente precariedade nos bairros pobres da cidade, não demorou para que a COVID-19 chegasse nesses locais.

O Bairro Restinga, localizado aproximadamente 20 km do centro de Porto Alegre, apresenta população de pouco mais de 53.508 habitantes. O hospital situado naquele bairro (Hospital da Restinga e Extremo Sul) apresentava até dia 13 de julho de 2020, apenas 10 leitos Unidades de Tratamento Intensivo e todos ocupados com pacientes com COVID19 ou suspeito³⁷. A partir do dia 13/07 foram implementados mais 10, perfazendo total de 20 leitos

³⁷ http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/2020_04_01_boletim_covid_sms.pdf

em UTI. No entanto, desde o dia 01 de abril os 10 leitos de UTI existentes, estavam ocupados com pacientes com COVID. Se desde início de abril já se sabia que a lotação da UTI para tratamento do COVID19 estava esgotada, era de se esperar que houvesse ação intensa no bairro, de conscientização, de atendimento às necessidades básicas, possibilitando aos moradores permanecerem em casa, seguindo as orientações das autoridades e se protegendo com apoio das instituições públicas. Porém, como foi exposto aqui, isto não ocorreu e o bairro apresenta, em 23 de julho de 2020, 120³⁸ moradores com COVID-19. Ou seja, 100 pessoas a mais do que a capacidade em UTI no Hospital da Restinga suporta.

5. SITUAÇÃO NOS TERRITÓRIOS E COMUNIDADES

5.1 Comunidade Vida Nova, bairro Restinga, Porto Alegre

Maurício Polidoro

A ocupação denominada de comunidade Vida Nova está localizada no extremo sul de Porto Alegre, no bairro Restinga. Inserida no contexto histórico de segregação social e racial promovido a partir da década de 1960 na cidade de Porto Alegre³⁹, o bairro é marcado pelas inequidades acumuladas ao longo do processo de exclusão territorial: é um dos dez piores bairros no tocante a assistência pré-natal; é dez vezes maior o percentual de crianças com baixo peso ao nascer em relação ao bairro mais rico da capital; está entre os dez bairros com as maiores taxas de analfabetismo entre mulheres e é o quarto bairro com os maiores valores de homicídio de homens jovens (Polidoro e Canavese, 2018).

Segundo o Plano Diretor do Município de Porto Alegre, a área ocupada pela comunidade Vida Nova é destinada ao uso industrial e, desde janeiro de 2017, o processo de mudança da destinação do uso do solo de industrial para residencial está em trâmite da Câmara de Vereadores de Porto Alegre⁴⁰. Desde o final de 2018 as lideranças da comunidade e outras centenas de ocupações existentes em Porto Alegre têm feito tratativas de regularização junto à Procuradoria-Geral do Município, à Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, o Ministério Público Estadual e à Justiça Estadual na busca de soluções conjuntas ao impasse, porém, as audiências marcadas no período da pandemia

³⁸ <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1qiPpoBPWcEeiEAAVWRxr68oPetUngmV3&shorturl=1&ll=-30.156712911986496%2C-51.11800115844721&z=13>

³⁹ Sobre a história de segregação social e racial ver Gamalho (2010).

⁴⁰ Comissão de Constituição e Justiça, Comissão de Economia Finanças, Orçamento e do MERCOSUL, Comissão de Urbanização, Transportes e Habitação, Comissão de Defesa do Consumidor, Direitos Humanos e Segurança Urbana, Comissão de Saúde e Meio Ambiente, protocolo 2240/2240, PLL 249/2017.

foram canceladas e, com isso, as negociações associadas que estavam em andamento relacionadas a ligação à rede geral de água e energia elétrica foram suspensas.

Neste contexto, desde 2015 o Instituto Federal do Rio Grande do Sul - Campus Restinga (IFRS-Restinga), localizado na área limítrofe a ocupação Vida Nova vem desenvolvendo atividades junto com as instituições parceiras (Universidade Federal do Rio Grande do Sul e PUC-RS) em temas relacionados ao direito à cidade e à saúde. Em 2019, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre sinalizou, em audiência conjunta com as demais instituições mencionadas anteriormente, além de representantes do Departamento Municipal de Habitação (DEMHAB), o interesse em vender a área para a Cooperativa.

Dado o panorama do avanço neoliberal conservador nacional e local, e o eminente risco de desapropriação pela força policial, a comunidade aceitou a compra do terreno que foi orçado, em audiência de agosto de 2019, em quase 3,5 milhões de reais⁴¹. A exigência da realização de estudo dos aspectos físico-territoriais da comunidade, incluindo o levantamento topográfico, a elaboração de memorial descritivo do perímetro, o projeto de arruamento e parcelamento do solo, além de cadastro das famílias foi imposto para o andamento do processo. O apoio do IFRS tornou-se essencial para vencer o litígio e, em parceria com UFRGS e PUC-RS iniciou-se a produção de um laudo técnico situacional (Polidoro et. al., 2019) no intuito de gerar subsídios técnicos no processo de negociação fundiária, um dos primeiros passos na busca da regularização.

Com a eclosão da pandemia do novo coronavírus, a suspensão das atividades presenciais das instituições e a postergação do processo judicial, uma série de consequências foram implicadas para a comunidade. Composta majoritariamente por mulheres chefes das residências, a nossa pesquisa sinalizou a presença de graves inequidades em saúde na população que tendem a ser agravadas com os efeitos da pandemia de COVID-19.

O desmantelamento do programa de Saúde da Família em andamento desde o início da gestão municipal em 2017 de Nelson Marchezan Junior (PSDB) atingiu seu ápice com a decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em agosto de 2019 ao considerar inconstitucional a existência do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre (IMESF), responsável pela gestão da saúde em parte considerável dos territórios vulneráveis da capital. Os agentes comunitários de saúde, que já eram poucos foram demitidos junto com enfermeiras, médicos e outros auxiliares, e a promessa de melhoria nos serviços de saúde, anunciadas na gestão municipal e federal anteriores, com a inauguração de um Hospital Geral próximo ao campus do IFRS, controlado pelo grupo

⁴¹ Este valor foi contestado por Polidoro et. al. (2019) e Rohmann e Morador (2020) que afirmaram que o valor do terreno seria de R\$ 1.299.164,88 (cerca de um milhão e trezentos mil reais).

privado Moinhos de Vento e uma Clínica da Família desapareceram no ar com a aceleração da precarização dos serviços públicos.

Assim, a comunidade Vida Nova, já vulnerabilizada pelas condições ambientais de ocupação (parte do terreno está localizado em uma área alagável) e pela situação socioeconômica tem enfrentado as consequências das políticas neoliberais, descortinadas sobremaneira durante a pandemia do novo coronavírus.



Figura 13 - Comunidade Vida Nova, bairro Restinga, Porto Alegre, 2019
Fonte: Polidoro et. al. (2019)

Em relação as características da população da comunidade Vida Nova, do total de 149 entrevistados em 2019, 53,7% (n=80) eram do sexo feminino e 46,3% (n=69) do sexo masculino. No tocante a raça/cor, 44,3% (n=66) se autodeclararam brancos, 24,8% (n=37) pardos e 27,5% (n=41) pretos. A comunidade é composta majoritariamente por jovens de 30 a 59 anos com 66,7% (n=100), na faixa etária de 18 a 29 anos 26,7% (n=39) e 60 anos ou mais somaram 6,7% (n=10). No tocante a escolaridade, 44,3% (n=66) possuíam o ensino fundamental incompleto; 20,8% (n=31) com fundamental completo; 14,8% (n=22) com ensino médio completo; 16,1% (n=24) com o ensino médio incompleto e 40,9% (n=61) afirmaram estar desempregados(as) na época da pesquisa, conforme os dados apresentados em Polidoro et. al. (2019). Um terço da população pesquisada afirmou já ter vivido em situação de rua.

No tocante as condições de saúde, 11,4% (n=17) possuíam problemas cardíacos, 9,4% (n=14) diabetes, 20,8% (n=31) tinham algum tipo de doença respiratória; 19,5% (n=29) apresentavam problemas de saúde mental e realizavam acompanhamento psiquiátrico e 3,3% (n=5) tinham tuberculose. Este cenário indica que desvelar os determinantes sociais de saúde (Buss e Filho, 2007) é essencial para mensurar os possíveis impactos da

pandemia em comunidades vulneráveis, sobretudo devido ao irregular acesso ao sistema de abastecimento de água e esgotamento sanitário, essenciais para atender as orientações das autoridades de saúde pública de higienização frequente.

A falta de água e o acúmulo de resíduos sólidos e esgoto são fatos recorrentes para os residentes da Vida Nova que, ao longo da realização do inquérito, relataram que durante o verão a ausência de água era frequente e chegava, em algumas localidades, em escassez por período superior a 15 dias. As condições ambientais precárias e o acesso irregular à rede geral configuram uma comunidade que resguarda as desigualdades mesmo no seu interior: as residências localizadas na parte mais alta do terreno (porção leste, na figura 14) tem a interrupção de fornecimento de água de forma menos frequente, enquanto aqueles residentes na parte mais baixa (noroeste) sofriam inclusive com a falta de sanitários. A forma de escoadouro sanitário predominante é a fossa rudimentar em 47% (n=70) e a fossa séptica com 34,9% (n=52). A vala, para residências próximas do curso de água, correspondeu a 16,1% (n=24) das unidades visitadas, representando um impacto ambiental considerável. Em 6 unidades domiciliares visitadas não existia qualquer sanitário.

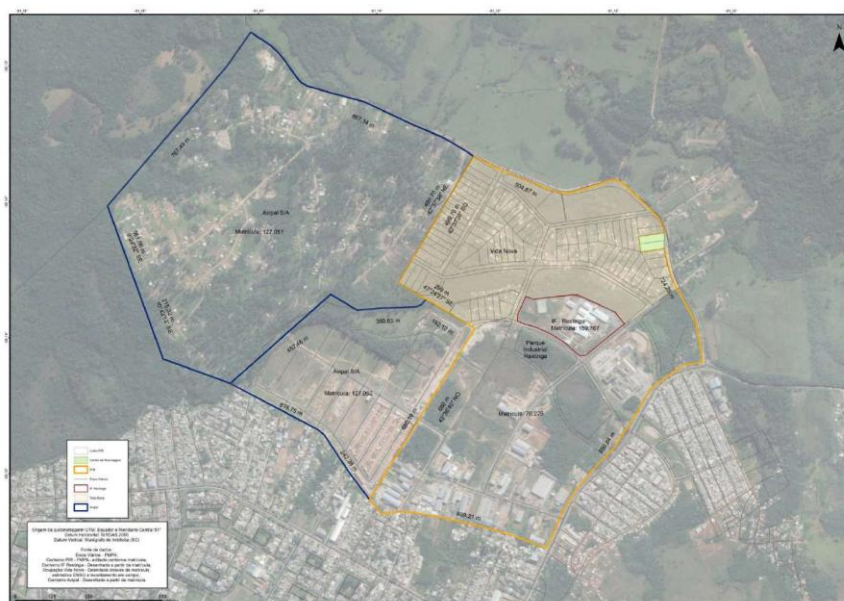


Figura 14 - Divisão das matrículas da comunidade Vida Nova e entorno, 2019.

Fonte: Polidoro et. al., 2019; Rohmann e Morador, 2020.

Para 41,6% (n=62) a interrupção da energia elétrica ocorria pelo menos duas vezes na semana e 30,9% (n=46) relataram que isso ocorria diariamente. Um homem de meia idade, durante a nossa incursão, relatou que dias antes havia perdido uma geladeira devido a irregularidade da voltagem elétrica. Em 2019, a residência de uma moradora foi completamente destruída devido a um curto circuito. No tocante ao abastecimento de água,

34,2% (n=51) afirmaram que a interrupção ocorre no mínimo duas vezes por semana e 17,4% (n=26) que isso ocorria diariamente.

Além do convívio com a precariedade, os residentes ainda precisam enfrentar o preconceito e a discriminação. Um levantamento realizado pelo Observatório da Comunidade do IFRS⁴² revelou que o bairro Restinga sofre historicamente com notícias negativas nos veículos de comunicação locais, onde os temas recorrentemente permeiam episódios de violência brutal, tráfico de drogas e, em trégua no mês de fevereiro, o carnaval é mencionado já que o bairro possui, historicamente, uma tradição no desfile das escolas de samba de Porto Alegre⁴³. Os residentes da comunidade Vida Nova informaram que a busca pela oportunidade de trabalho é usualmente frustrada quando é necessário revelar o seu local de moradia e 66,4% (n=99) disseram que tiveram problemas de acesso a serviços devido a falta de um comprovante de residência, contornando a completa violação de direitos.

Este cenário relatado revela que a exclusão territorial e a violência persistem na formação da metrópole de Porto Alegre. O acirramento das políticas neoliberais e o enfraquecimento do orçamento participativo⁴⁴ empreitado por sucessivas gestões municipais e maximizado no final da década de 2010 impactam de maneira expressiva comunidades historicamente excluídas das benesses da cidade. Ainda que as condições ambientais de urbanização na Restinga sejam precárias, ou seja, não se constituem de interesse central do capital financeiro e imobiliário, a perpetuação do preconceito contra movimentos populares de luta pela moradia resiste e perpetua as inequidades que aceleram em velocidade constante as necropolíticas, exaltadas nesta pandemia sem precedentes na história⁴⁵.

⁴² Disponível em: <<https://observatorio.restinga.ifrs.edu.br/>>

⁴³ Em 2019 o carnaval de Porto Alegre sofreu várias modificações e os esforços do governo municipal e do empresariado se concentrou nos “blocos de rua” na área central em detrimento do desfile tradicional, cancelado naquele ano pela primeira vez em mais de 50 anos.

⁴⁴ Suspensão das assembleias coloca em xeque Orçamento Participativo de Porto Alegre. Zero Hora. 2017. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2017/04/suspensao-das-assembleias-coloca-em-xeque-orcamento-participativo-de-porto-alegre-9762659.html>>

⁴⁵ REFERÊNCIAS:

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Volume 17, n.1, p. 77-93. 2007.

GAMALHO, N. P. Malocas e Periferia: a produção do Bairro Restinga. *Ateliê geográfico (UFG)*, v. 4, p. 122, 2010.

POLIDORO, M.; CANAVESE, D. Porto Alegre’s sociopolitical urbanism and neoliberal economic dynamics: Perspectives from a local community in the Afro-Brazilian periphery. *Local Economy*, v. 32, p. 727, 2017.

POLIDORO, M.; NIEVINSKI, F. G.; CANAVESE, D. Laudo técnico situacional da comunidade Vida Nova, Restinga, Porto Alegre. ISBN: 978-85-9489-222-5. 51p. 2019.

ROHMANN, J. K.; MORADOR, L. Q. Agrimensura legal da Ocupação Vida Nova (bairro Restinga, Porto Alegre - RS) em apoio à regularização fundiária urbana”, Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Engenharia Cartográfica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (no prelo). 2020.

5.2 As comunidades do Quarto Distrito (Porto Alegre)⁴⁶

Cristiano Muller | CDES Direitos Humanos

Helena Damo | CDES Direitos Humanos

Jordana Cabral | CDES Direitos Humanos

Karla Moroso | CDES Direitos Humanos

O **Quarto Distrito** é o termo usado para denominar a área compreendida pelos bairros Navegantes, São Geraldo, Floresta, Farrapos e Humaitá. É conhecido por ter sido o berço do desenvolvimento industrial e urbano de Porto Alegre, o que foi possível, em parte, pela localização próxima aos rios Gravataí e Guaíba, assim como pela implantação da estrada de ferro que ligava às cidades da RMPA. Esta condição privilegiada serviu de atrativo para o êxodo rural, na busca de trabalho na indústria, na Rede Ferroviária ou no Porto. Com o advento das políticas públicas que estimularam o rodoviarismo, ocorreu o consequente declínio do sistema portuário e, por fim, o aniquilamento da rede ferroviária. A queda da competitividade da produção local face à majoração dos custos de frete acabou levando a produção industrial à derrocada.

⁴⁶ Relatório escrito com base na Missão de Denúncia sobre violações aos Direitos Humanos no Quarto Distrito, realizado pelo Conselho Estadual de Direitos Humanos - CEDH em outubro de 2019 a partir das denúncias feitas pelo Fórum do Quarto Distrito no CEDH. Fotos: Gilnei da Silva|Coletivo Cidade Mais Humana.



Figura 15: Localização das comunidades descritas

Fonte: CDES Direitos Humanos

Mas os trabalhadores ficaram: primeiramente sem trabalho e logo após sem teto. O que lhes restou foi a ocupação de terras e a construção de assentamentos autoproduzidos, que tiveram no manejo de resíduos recicláveis importante fonte de renda. A partir da década de 1970, contudo, iniciou-se um processo de esvaziamento e abandono da região. As atividades industriais não mais se concentravam ali, dentro da cidade, e sim na região metropolitana. Problemas relacionados à proximidade com o rio, como enchentes e questões hidrossanitárias, se tornavam mais recorrentes; a construção de grandes avenidas e do Trensurb, criando barreiras físicas entre a cidade e o rio, também se soma aos motivos para o esvaziamento tanto comercial quanto habitacional. Houve ainda uma maior rigidez no zoneamento e usos da região no Plano Diretor de 1959, reduzindo as possibilidades de espaços residenciais no território. Este conjunto de fatores ocasionou na região, uma alta taxa de espaços ociosos, edificações vazias e subutilizadas. Por consequência, inúmeras iniciativas visando a recuperação do território surgiram, mas o quadro de precariedade e desigualdade ainda é latente. O relato a seguir descreve a situação de XX comunidades localizadas no território do Quarto Distrito:

A situação das comunidades do Quarto Distrito

COMUNIDADE DA BEIRA DO RIO

A Comunidade da Beira do Rio conta com 40 famílias e localiza-se ao lado do Centro de Treinamento Grêmio. A área é ocupada pelas famílias por quase 30 anos. Os moradores organizam-se de forma coletiva, articulando-se em uma rede comunitária, na qual desenvolveram, por exemplo, espaços de convivência, uma horta comunitária, um açude com criatório de peixes, ambos de uso comunitário e, principalmente, um galpão de reciclagem, fonte de geração de renda para muitas das famílias da comunidade, na qual se articulam a partir de uma cooperativa de trabalho.



Figura 16: Comunidade da Beira do Rio. Fonte: CDES.

Portanto, saindo da Beira do Rio, além de perderem moradia, os moradores também perdem o trabalho. As famílias precisam desocupar suas casas até março de 2020 por conta da ação de reintegração de posse julgada procedente, os moradores afirmam não ter para onde ir, uma vez que não foram contemplados com medidas de indenização ou projetos habitacionais de reassentamento. A alternativa dada ao despejo seria a de organizarem uma cooperativa de moradia, na qual cada família pagaria o valor de cem reais mensais, quantia inviável aos moradores da comunidade, segundo os mesmos. A área em que a comunidade está assentada conta com um projeto de lei estadual PL 512/2019 proposto pelo governo do estado na perspectiva de doação da área ao Município que por sua vez repassará ao Grêmio em troca da área de treinamento existente em frente ao Barra Shopping Sul. A doação tem por finalidade viabilizar o Programa de Revitalização da Orla do Guaíba. O trecho da orla localizado entre a Usina do Gasômetro e o Complexo Beira-Rio está em execução, contudo, falta equacionar o trecho localizado entre o antigo Estaleiro (Ponta do Melo) e o Clube de Regatas Veleiros do Sul, o que poderá ser resolvido numa possível permuta com o Grêmio, que utiliza grande parte daquela área para campos de treino de

categorias infantis. No período da pandemia esta comunidade denunciou a falta de comida ocasiona pela escassez de resíduos e diminuição do trabalho nos galpões. O Fórum do Quarto Distrito tem apoiado as famílias com a doação de cestas básicas;

CASA DE PASSAGEM CARANDIRU



Figura 17: casa de Passagem (Carandirú). Fonte: CDES.

A casa de Passagem (“Carandirú”) pertence ao DEMHAB – Departamento Municipal de Habitação de Porto Alegre/RS. Foi cunhado esse nome de Carandiru porque a aparência do assentamento, com o alinhamento de casas com testadas diminutas, dispostas aos lados de um amplo corredor de passagem, lembram a disposição de celas numa penitenciária, o que rendeu à localidade o apelido de Carandiru, o que não se refere ao tipo de relações sociais ali desenvolvidas, mas à estética do local. Os moradores foram deslocados para essa Casa de Passagem no ano de 2004 e desde então, ou seja, há 15 anos aguardam reassentamento pelo DEMHAB. Esses moradores, em sua grande maioria, são oriundos das Vilas Tio Zeca e Areia, sendo que até o momento residem no local aproximadamente 80 famílias. Lamentavelmente, as moradias que seriam apenas de passagem, se tornaram permanentes e não conseguem mais suportar a ação do tempo estando em situação física precária. As moradias apresentam em alguns casos superlotação, ocorrência de incêndios por conta da fiação elétrica sobrecarregada e deficitária, esgoto correndo à céu aberto por detrás das casas, sem qualquer manutenção da Prefeitura Municipal, além da precária coleta de lixo e falta total de drenagem urbana, resultando em alagamentos das moradias e falta de condições físicas de alguns imóveis que tem fortes rachaduras. As famílias demandam inclusão no processo de reassentamento pelo DNIT por ocasião da obra da Ponte do Guaíba. Importante referir que a listagem dos moradores que seriam contemplados com obras do PIEC – Programa Integrado Entrada da Cidade – Vila Tio Zeca - conforme edição 2438 de 30 de dezembro de 2004 do Diário Oficial de Porto Alegre

coincidem com os moradores que estão agora residindo na Casa de Passagem, reforçando mais ainda o direito deles a estarem sendo contemplados com o projeto de reassentamento do DNIT. No período da pandemia esta comunidade denunciou a falta de comida ocasionada pela escassez de resíduos e diminuição do trabalho nos galpões e a precariedade nas redes de abastecimento. O Fórum do Quarto Distrito tem apoiado as famílias com a doação de cestas básicas.

VILAS ZECA E AREIA



Figura 18: Vila Tio Zeca e Areia. Fonte: CDES.

Os moradores da aguardam reassentamento desde o início das obras da Nova Ponte do Guaíba em 2014. Transcorridos cinco anos, suas casas encontram-se cada vez mais degradadas e precarizadas, sem os moradores empenharem reforma para consertá-las, uma vez que aguardam destinação (os valores da compra assistida ou o reassentamento) e não possuem recursos financeiros para investir em reformas numa casa da qual serão despejados. São aproximadamente 500 as famílias moradoras da Vila Tio Zeca e Areia. Segundo relatos locais existem mais de 200 famílias que ainda residem ali, das quais, muitas sem cadastro. A grande maioria opta pela compra assistida como alternativa. No local, que é gravado como Área Especial de Interesse Social - AEIS não estão previstos projetos de moradia, fala-se apenas na possibilidade de um projeto na Avenida Ernesto Neugebauer, passando o Núcleo dos Ferroviários. Contudo, a sinalização mais concreta em termos de recursos é para a Compra Assistida.

COOPERATIVA DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL E RECICLAGEM SEPÉ TIARAJU – CEAR

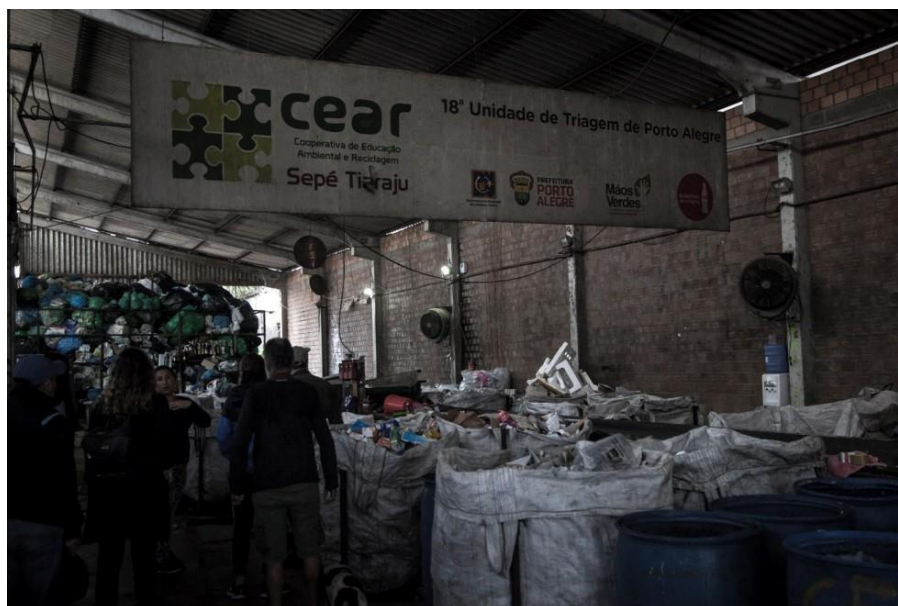


Figura 19: galpão de reciclagem e Cooperativa Sepé Tiaraju. Fonte: CDES.

O galpão de reciclagem e Cooperativa Sepé Tiaraju possui um convênio com o Departamento Municipal de Limpeza Urbana (DMLU) desde 2013, um ano após a criação do Fórum dos Catadores de Porto Alegre (FCPOA). Feito um estudo com base no tamanho do galpão, era repassado R\$ 2,500 reais para as cooperativas. O dinheiro tinha como finalidade a manutenção do prédio, da água, luz e reformas gerais. Assim como o DMLU também faria o fornecimento de resíduos para esses galpões. Contudo, há mais ou menos um ano, a prefeitura apresentou um novo Contrato com Unidades de Triagem e Fundo de Inclusão Produtiva na Reciclagem. Segundo os catadores, o contrato possui exigências inadequadas e abusivas à realidade das cooperativas, e deveria ser construído com os personagens que fazem parte desse trabalho. Entre essas exigências, estavam: a instalação de câmeras de vigilância, as quais o galpão não teria o acesso às imagens, e a entrega de licença ambiental e de Plano de Prevenção Contra Incêndio (PPCI) em 60 dias. O galpão CEAR começou com 45 trabalhadores, hoje reduzidos à 20 devido a falta de recursos, tendo a remuneração dos mesmos caído pela metade durante este período. Neste período de pandemia, os trabalhadores do galpão e suas famílias têm denunciado a escassez de alimentos e a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) para o desenvolvimento do trabalho na reciclagem, no entanto o grupo tem se colocado como uma referência e um importante articulador do Fórum Quarto Distrito, na coleta e doações de alimentos para as famílias da região.

BECO X



Figura 20: Beco X. Fonte: CDES.

Os moradores do Beco X ocuparam a região há mais de 30 anos, com cerca de 280 famílias residentes no local atualmente. Localizado em área privada, buscam a regularização de suas moradias através de ação judicial de usucapião, para a qual afirmam possuir os requisitos necessários. A região é marcada pelo absoluto abandono do poder público. Sem iluminação pública adequada, distribuição adequada de água e prestação de serviços de saneamento básico, os moradores queixam-se que a Prefeitura não atende às suas reivindicações pelos serviços, cuja competência para resolver cabe ao poder municipal. Há situações que demandam ação urgente do poder público, como, por exemplo, o reparo da tampa de concreto do duto de esgoto cloacal que corre ao longo das casas e é utilizado como “passeio” público.

Além da estrutura precária da região, a comunidade é afetada pela ausência de prestação de serviços de saneamento básico, com a falta total de drenagem urbana, causando sérios alagamentos e inundações nas moradias, ainda a falta do serviço de coleta de esgotos, escorrendo à céu aberto causando perigo à vida e à saúde dos moradores, a falta do serviço de coleta de lixo, o que faz com que se aumente a proliferação de ratos, baratas, etc., causando sério comprometimento da saúde e da vida das pessoas e, além disso, de outros serviços públicos como de energia elétrica, causando graves riscos de incêndio e de danos às moradias e às pessoas e, por fim, a falta de serviço de abastecimento de água na comunidade. Tal estado de carência de serviços públicos confronta-se ainda com a ameaça de despejo que sofrem as famílias, que moram na área há mais de três décadas, decorrente de processo de reintegração de posse por parte dos proprietários privados.

OCUPAÇÃO COBAL E GALPÃO DE RECICLAGEM



Figura 21: Ocupação Cobal. Fonte: CDES.

A Ocupação Cobal, com 100 famílias, enfrenta ação de despejo por conta das obras da Ponte. Dentro desse contexto, a região encontra-se em absoluto abandono pelo poder público, que não presta os serviços básicos de competência municipal à região, sob a alegação de ser uma 'invasão'. Ainda o galpão de reciclagem demonstra carência de serviços públicos, com os trabalhadores que recorrem a este trabalho em decorrência dos índices de desemprego sob perigosas condições de trabalho, sem os equipamentos e instrumentos necessários para sua segurança e saúde em local inadequado para a execução do serviço. Na comunidade, assim como nas demais, as ruas encontram-se plenamente alagadas em dias de chuva, com certas passagens obstruídas, em decorrência da falta de serviços de drenagem urbana. Neste período de pandemia, os trabalhadores do galpão e suas famílias têm denunciado a escassez de alimentos e a falta de equipamentos EPIs para o desenvolvimento do trabalho na reciclagem, no entanto o grupo tem se colocado como uma referência e um importante articulador do Fórum Quarto Distrito, na coleta e doações de alimentos para as famílias da região.

OCUPAÇÃO ZUMBI DOS PALMARES E GALPÃO DE RECICLAGEM

Os moradores da Ocupação Zumbi dos Palmares chegaram na região há 5 anos, desenvolvendo moradias e comércios na região, além do galpão de reciclagem, importante fonte de renda para as famílias. Atualmente, são cerca de 300 famílias morando na Ocupação. A região sofre com ausência de serviços públicos prestados pela Prefeitura, marcada pela falta de drenagem urbana, com as ruas de chão batido completamente alagadas em dias de chuva, tornando a passagem por vezes completamente obstruída.



Figura 22: Ocupação Zumbi dos Palmares. Fonte: CDES.

A ausência de serviços de saneamento básico é generalizada na região, expondo-os à graves perigos à vida e à saúde em decorrência das doenças a que estão sujeitos. A precarização do serviço de energia elétrica expondo-os à incidentes de incêndio, ainda a falta de abastecimento de água e de coleta do lixo são alguns dos problemas visíveis na região e relatados pelas famílias. Nesse contexto de precarização e falta de garantias, ainda encontram-se ameaçados de despejo via ação de reintegração de posse.

VILA LIBERDADE E GALPÃO DE RECICLAGEM

A Vila Liberdade foi atingida em janeiro de 2013 por um incêndio que destruiu 90 casas e deixou 194 famílias sem moradia. Após o ocorrido, a Prefeitura garantiu que construiria 700 moradias na região, incluindo os moradores que não tiveram suas casas queimadas. Contudo, até então não houve construção ou projeto algum desenvolvidos pelo governo municipal. Os moradores passaram a receber o aluguel social de R\$500,00 reais ou foram destinados à casas de passagem, na mesma linha da Casa de Passagem construída em 2004 ou 2005 referida anteriormente, em que os moradores ainda aguardam destinação.



Figura 23: Vila Liberdade. Fonte: CDES.

Boa parte deles assentados provisoriamente na Vila Mario Quintana em “Casas Ecológicas”, com durabilidade máxima de cinco anos, e destas, algumas delas (6) destruídas por incêndio ocorrido há pouco. Assim, alguns moradores que deixaram de ser contemplados pelo aluguel social tiveram de retornar e reconstruir suas residências: atualmente são cerca de 200 famílias residentes na Vila Liberdade, das quais muitas não possuem cadastro, e portanto não está garantida para elas uma solução de moradia. O cadastro original do incêndio continha pouco mais de 430 famílias.

Os Projetos existentes no DEMHAB contemplam 720 famílias na área original, mais 80 na Frederico Mentz, 330, e, ainda assim, não possui alternativas para os residentes atuais não cadastrados. Dentro desse contexto, as famílias encontram-se atualmente à margem de qualquer prestação de serviço básico pela Prefeitura. É marcante a falta de serviços de saneamento básico, como a coleta de lixo e drenagem urbana, encontrando-se os moradores expostos a diversos riscos de saúde em decorrência da proliferação de ratos e baratas, em meio a alagamentos pela falta de drenagem e acúmulo de lixo pela falta de coleta. Há também a inadequação da prestação de serviços de iluminação pública e distribuição apropriada de água, garantias constitucionalmente previstas, cuja competência atribui-se ao Município.

VILA DONA TEODORA



Figura 24: Vila Dona Teodora. Fonte: CDES.

A Vila Dona Teodora é uma Área Especial de Interesse Social (AEIS), portanto, integra o Programa de Regularização Fundiária do Município. Chegou a receber investimentos do PIEC, em 2002, quando foram construídas 12 habitações na própria vila. O último investimento público na comunidade ocorreu em 2005, com a construção da Escola Municipal de Educação Infantil local. Atualmente existem cerca de 200 famílias residindo no local. O DEMHAB possui um Projeto de construção de 161 unidades habitacionais, mas até o momento nada foi feito. O cadastro tem 20 anos e o crescimento vegetativo das famílias e seus desdobramentos geram uma nova demanda. No interior do assentamento, as vielas apresentam os mesmos problemas das demais localidades visitadas: problemas de drenagem, esgotamento sanitário, iluminação pública e abastecimento de água. A precariedade das condições de habitação denota a total ausência das políticas públicas essenciais para conferir dignidade à moradia.

O Quarto Distrito é uma região da cidade em flagrante disputa e onde lamentavelmente já se sabe quem serão os ganhadores e quem serão os perdedores. Uma região da cidade que contempla inúmeros processos inovadores e empresariais que infelizmente não contemplam os seus moradores antigos que ao longo do tempo, construíram a região. Uma região da cidade que fica a cinco minutos do centro de Porto Alegre e próxima a todos os serviços, fica a dez minutos do aeroporto internacional Salgado Filho, próxima aos acessos para o interior de todo estado do RS e também conectada com todo o transporte destinado à região metropolitana, passa a ser, então cobiçada também pelo capital imobiliário que vê nessa região da cidade a sua mais nova expansão urbana. Então pergunta-se: qual é o lugar das populações pobres dessa região que por décadas viveram nesse local?

Pois levando em conta as propostas de revitalização da região - leia-se gentrificação com expulsão dos pobres e domínio do território para empreendimentos inovadores,

descolados, artísticos, além de habitacionais de alto padrão, indústrias de tecnologia, empreendimentos de saúde elitizados, todos com apelo politicamente correto calcados na mobilidade superficial e na ecologia de ínfimo impacto – é possível concluir que a região não está sendo pensada para essas populações que com muito esforço e dignidade vivem como podem em suas moradias, cuidam de seus filhos e geram renda catando e reciclando lixo. Situação que foi extremamente agravada neste contexto de pandemia, tanto pela escassez de alimentos e equipamentos de segurança e higiene, quanto pela total falta de condições de garantir a segurança sanitária e a inclusão nos sistemas de ensino, saúde, mobilidade ofertados pelo Estado neste contexto, agravando ainda mais as violações aos direitos humanos destas populações.

5.3 Campanha de Apoio a Diaristas: uma experiência do movimento social e o combate à Covid-19.

Nanashara D. Sanches - Coordenação nacional do Movimento de Mulheres Olga Benario
Coordenadora da Casa de Referência Mulheres Mirabal

A pandemia relacionada à Covid-19 deixou a nu toda a desigualdade social que existe no sistema capitalista. Em todas as regiões do globo, o novo Coronavírus deixa um rastro de óbitos, principalmente entre os mais pobres e vulneráveis.

A ciência ainda não encontrou o fator que explica os diferentes níveis de sintomas que ocorrem entre aqueles infectados. Sabe-se que os idosos, os hipertensos (entre outros) fazem parte do grupo de risco, mas se analisarmos socialmente as causas das mortes por Covid-19, percebemos que há uma relação intrínseca entre a doença e a renda de diferentes estratos da população. Tal diferença, coloca os mais pobres em um grupo que merece atenção em meio à pandemia.

Vivemos em uma época em que o neoliberalismo impõe a precarização geral da vida dos trabalhadores. Esta verdade, por si, já indica que, com a precarização destas condições, além das condições de moradia, alimentação e descanso, o ser humano torna-se mais suscetível a ter mais doenças diversas, morrer em função delas.

No Brasil, como em outros países do mundo, a pandemia começou a apresentar seus efeitos antes de causar mortes de uma forma direta. Tais efeitos foram diferentes para cada classe social. Com o início das medidas para frear a disseminação da Covid-19, (algo que ocorreu à partir da metade do mês de março, em Porto Alegre) homens e mulheres desempregados, que trabalham sem carteira assinada, de forma autônoma, ou seja, que “trabalham de dia para comer à noite”, ficaram sem renda, enfrentando diversas

dificuldades. Deles, crianças, idosos e adolescentes são dependentes. Tratamos aqui de pessoas que trabalham como diaristas, camelôs, costureiras.

Neste cenário, vimos surgirem diversas campanhas de solidariedade em todo país. Em Porto Alegre, o Movimento de Mulheres Olga Benario deu início, ainda em março, à campanha de Apoio a Diaristas. A ideia surgiu a partir das demandas de coordenadoras, acolhidas e abrigadas da Casa de Referência Mulheres Mirabal, organizada pelo Movimento citado.

A Casa de Referência Mulheres Mirabal é fruto de uma ocupação organizada por mulheres militantes, no centro da cidade de Porto Alegre. A ocupação nasceu em 2016, tendo como objetivo pressionar entes públicos para garantir as políticas públicas voltadas para o combate à violência contra as mulheres. Ainda em 2016, a ocupação abriu espaço para que diversas profissionais pudessem atuar de forma voluntária na Casa, atendendo mulheres vítimas de violência e seus filhos.

Em 2020, a ocupação já é uma Casa de Referência, atendendo mulheres da cidade, do estado, do país e até de outros países. Tornou-se referência por atender e abrigar mulheres e por seguir a luta contra a violência às mulheres. Neste sentido, a Casa se colocou como um entrave à precarização que surge a partir da Covid-19 a partir do contato de diversas mulheres que estavam enfrentando dificuldades financeiras.

Inicialmente, a Campanha consistia em captar doações de alimentos e produtos de higiene e limpeza e repassá-los para mulheres que buscavam o Movimento através da *internet* e também através da Casa de Referência Mulheres Mirabal. Na primeira semana de Campanha, foi possível entregar 8 kits com alimentos não perecíveis e alguns itens de higiene e limpeza. Em pouco tempo, centenas de mulheres passaram a procurar o Movimento, buscando doações.

Para dar conta de tal demanda, a Campanha passou a contar com a plataforma **Apoia.se**, buscando apoiadores que poderiam doar a partir de R\$5,00 para a compra de cestas básicas. E ainda, a Campanha passou a ter cunho nacional, garantindo doações a partir das outras casas de referência do Movimento de Mulheres Olga Benario, que são: Tina Martins, em Belo Horizonte – MG e Helenira Preta em Mauá – SP.

Paralelamente, foi criado um cadastro para ser preenchido pelas diaristas. Em duas semanas, só na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA), o cadastro tinha mais de 500 mulheres cadastradas (544 especificamente). São mulheres que moram em Porto Alegre, Alvorada, Viamão, Gravataí e São Leopoldo e tem entre 2 e 9 dependentes. Com estes dados, podemos presumir que, no mínimo, 1000 pessoas foram impactadas com esta Campanha. O cadastro teve que ser encerrado ao atingir 500 mulheres, para que não se

tornasse difícil ou impossível doar ao menos uma cesta básica, por mês, para cada mulher cadastrada. Se o cadastro seguisse aberto, milhares de pessoas o preencheriam.

Nas entregas, que são feitas todos os sábados por uma equipe de 17 voluntários, percebemos que as doações fazem muita diferença na vida das pessoas. Contudo, na maioria dos bairros, seriam necessárias muito mais cestas básicas para dar o mínimo de condições para as pessoas ficarem em quarentena, algo que deveria ser garantido pelos poderes públicos, como forma de política de assistência, em meio a um período de calamidade pública.

Neste sentido, compreendemos que não faltam políticas públicas para enfrentar a pandemia. Elas existem. Só não são voltadas para quem de fato precisa.

No Brasil, a primeira remessa de apoio financeiro foi liberado para garantir o pagamento de juros da dívida pública aos bancos e a compra de ações de mega empresas que viram seus negócios em risco. Falamos aqui em uma quantia referente a uma grande porcentagem do Produto Interno Bruto do país. Não é pouco recurso.

Na outra ponta, estão as mulheres que foram demitidas, que não tem direitos trabalhistas garantidos, que se viram desamparadas, do dia para a noite. Porém, em pouco tempo, estas mulheres se viram necessárias, novamente, trabalhando nas casas de patroas para limpar, cozinhar, cuidar de crianças. Garantem seu sustento, mesmo que mal (e por vezes não) remunerado. Mais que isso, passam a sair da quarentena, mas não têm outra escolha.

A dificuldade ou impossibilidade de diaristas fazerem quarentena, a falta de direitos e amparo do governo, tudo isso demonstra que as relações de trabalho referentes ao trabalho doméstico têm raízes e desdobramentos herdados do período escravocrata nos países colonizados. É um trabalho que, além de ser desvalorizado, escancara a descartabilidade das pessoas que o exercem, olhar reproduzido por parte da população e pelo Estado, algo que têm gerado levantes populares em países que outrora foram colonizadores ou colonizados.

A criação da Campanha de Apoio a Diaristas surgiu de uma demanda concreta: a falta de renda, a fome de tudo. Contudo, buscou ultrapassar o caráter assistencialista que pode envolver a distribuição de cestas básicas. A rede que se criou a partir desta Campanha possibilitou que diversas denúncias fossem feitas em meio a comunidades impactadas pela pandemia. Nestes três meses de Campanha, foi possível conhecer muitas mulheres e a realidade de muitas comunidades da RMPA.

A partir deste contato inicial, queremos impulsionar atividades que promovam a coesão das comunidades, criando núcleos de solidariedade e apoio entre moradores.

Também conseguimos distribuir materiais relativos à conjuntura de nosso país, às escolhas políticas que estão sendo feitas contra os trabalhadores e aos serviços que podem ser acessados por mulheres em situação de violência. De forma geral, tem sido uma forma de atuar neste período tão conturbado e dramático, trazendo um pouco de alívio para famílias e militantes que lutam pela vida das mulheres e é algo que pretendemos seguir, sem previsão de parar.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

*Observatório das Metrôpoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

A pandemia de COVID-19 na RMRJ: impactos e desafios em uma ordem urbana marcada por desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais

Ana Lucia Britto
Adauto Lucio Cardoso
Bruna Ribeiro
Fernanda Petrus
Filipe Correa
Juciano Rodrigues
Luciana Lago
Luciana Ximenes
Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro
Marcelo Gomes
Mariana Albinati
Mariana Dias
Mariana Werneck
Orlando Santos Junior
Patrícia Ramos Novaes
Samuel Thomas Jaenisch
Suyá Quintslr
Tarcyla Fidalgo
Marcio Santos e Marcos Rodrigo Ferreira (colaboradores)

Rio de Janeiro - Julho de 2020



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO



IPPUR
Instituto de Pesquisa
e Planejamento Urbano e Regional

INTRODUÇÃO

Na Região Metropolitana do Rio e Janeiro as políticas adotadas para enfrentamento da pandemia de COVID-19 passaram por duas estratégias básicas: evitar a propagação do vírus, através de medidas de isolamento social e atuar no reforço emergencial da rede de atendimento de saúde. “Fique em casa”, “Lave as mãos” e posteriormente “Use máscara sempre que sair de casa”, passaram a ser os motes básicos da política de prevenção. Entretanto, dada a condição de extrema desigualdade social das cidades brasileiras, faz-se necessário uma profunda/mais aprofundada sobre os limites dessas determinações, frente à condição de vida e moradia de uma parcela significativa da população, em especial da metrópole fluminense, com suas favelas e periferias.

O enfrentamento à pandemia em espaços de alta densidade populacional e marcados por diversas fragilidades no atendimento de serviços básicos (inclusive no acesso à água) exige uma ação coordenada e efetiva do poder público para minimizar os riscos de contágio. É o caso das inúmeras favelas cariocas (que hoje abrigam quase 20% da população da cidade), mas também das ocupações, cortiços e conjuntos habitacionais. As ocupações na periferia seguem o mesmo padrão, com favelas espalhadas nos morros e beiras de rios, marcadas por graves vulnerabilidades sociais. Esses são espaços da cidade que demandam ações que considerem a precariedade de seus moradores e de suas demandas por sobrevivência, assim como as prementes necessidades. Neste sentido, vale lembrar que uma parcela significativa da população, em especial aquela moradora das áreas mais distantes da cidade e da metrópole, seguiu se deslocando em direção à periferia para garantir suas fontes de sustento, exigindo cuidados preventivos redobrados.

Diante deste quadro, a questão sobre a qual buscamos refletir neste Dossiê é focada nas ações e omissões do poder público; como estas dialogam com as realidades locais; quais suas limitações e quais demandas se mantiveram invisibilizadas; e por fim, quais direitos sociais foram violados. Além disso, buscamos identificar e refletir sobre as ações protagonizadas pela sociedade civil e pelos movimentos sociais.

Para isso, este Dossiê traz:

- (i) um breve panorama do COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro, Região Metropolitana e Capital;
- (ii) uma breve análise das condições de moradia da população pobre no Rio de Janeiro, com foco na região metropolitana e na capital, destacando os

problemas enfrentados para o cumprimento das orientações de saúde pública;

- (iii) uma análise das condições de saneamento básico e de seus impacto sobre a vulnerabilidade dos territórios populares;

Nossa leitura é que, dadas as especificidades dos territórios populares, são necessárias medidas e estratégias do poder público para viabilizar o cumprimento das orientações. Ou, dito de outra forma, com a pandemia essas populações estão frente a um agravamento de sua situação de precariedade e de vulnerabilidade.

1. PANORAMA DA COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, REGIÃO METROPOLITANA E CAPITAL

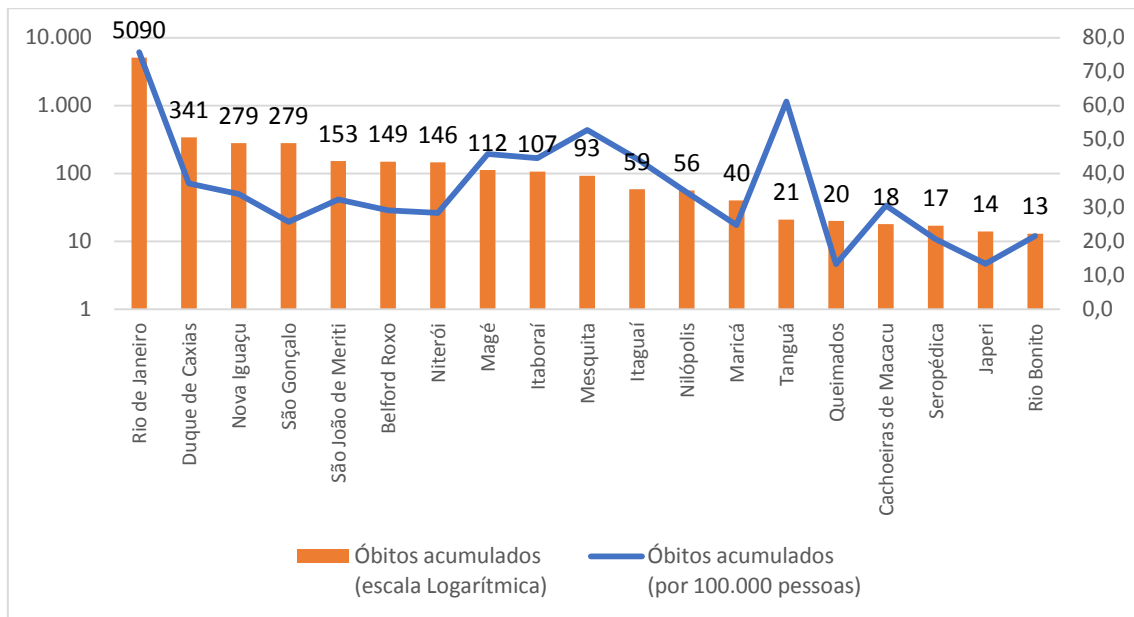
O panorama da pandemia do *Coronavirus Disease-19* (COVID-19) no Estado do Rio de Janeiro será feito somente por meio do registro de óbitos, tendo em vista que há grande possibilidade de subnotificação dos dados referentes ao número de casos em decorrência da pouca realização de testes. Apesar dos dados de óbitos também estarem sujeitos à subnotificação, eles são periodicamente revisados com a confirmação da classificação de óbitos que não haviam sido identificados como sendo devidos ao COVID-19. Por este motivo, a utilização dos dados de óbitos se mostra muito mais real para análise de cada momento da referida pandemia, do que o número de casos notificados como contaminação.

O Estado do Rio de Janeiro demograficamente se caracteriza pela elevada concentração populacional na sua região metropolitana e na capital do estado, que é o Município do Rio de Janeiro, tendo em vista que, do total de 17.264.943 de pessoas residentes no estado em 2019, 73% morava na região metropolitana e 38,9% residia na capital. Contudo, de acordo com dados coletados no site do Ministério da Saúde em 15 de junho de 2020, o Estado do Rio de Janeiro havia registrado, até essa data, 7.728 óbitos decorrentes do COVID-19; sendo que, desse total, 7.007 foram óbitos que ocorreram com moradores da região metropolitana, o que responde a 90,7% do total de óbitos do estado, e 5.090 óbitos ocorreram somente na capital do estado, ou seja, 65,8% do total de óbitos do estado. Esses números demonstram que, até o momento, há, proporcionalmente, muito mais óbitos ocorridos entre os moradores da região metropolitana do que o verificado em todo o estado.

Como a maior ocorrência dos óbitos do estado se apresenta, tanto em termos absolutos, quanto proporcionalmente, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, vamos analisar em maior detalhe a sua situação interna.

O **Gráfico 1** apresenta os registros acumulados de óbitos devido ao COVID-19 para os municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, tanto na escala logarítmica, quanto em taxa por 100 mil pessoas. A escala logarítmica permite a visualização e a comparação de valores de magnitudes diferentes, como os existentes entre o Município de Rio de Janeiro, com 5.090 óbitos, sendo este o de maior número de óbitos, e o Município de Rio Bonito, que havia registrado somente 13 óbitos. Já a taxa de óbitos por 100 mil pessoas permite colocar em perspectiva este dado absoluto, atribuindo uma escala comparável entre municípios de diferentes tamanhos populacionais. Os municípios de Nova Iguaçu e de São Gonçalo, por exemplo, registraram até o momento o mesmo número de óbitos, 279 cada. Porém, o primeiro apresenta uma taxa de óbitos por 100 mil pessoas maior que o segundo, o que demonstra que relativamente há maior número de óbitos em Nova Iguaçu do que em São Gonçalo. Em outro exemplo, o Município de Niterói, apesar de registrar menor número de óbitos que São Gonçalo, apresenta taxa mais elevada de óbitos por 100 mil pessoas. Esses dados relativos ajudam, portanto, a analisar a situação de municípios que possuem diferentes tamanhos populacionais. Neste sentido, independentemente do número absoluto de óbitos, podemos observar que os municípios que proporcionalmente têm maior número de óbitos são: Rio de Janeiro, Tanguá, Mesquita, Itaboraí e Magé. Os municípios que relativamente apresentam o menor número de óbitos são: Queimados, Japeri, Seropédica e Rio Bonito.

Gráfico 1: Óbitos devido ao COVID-19 acumulados dos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (escala logarítmica e por 100 mil pessoas)



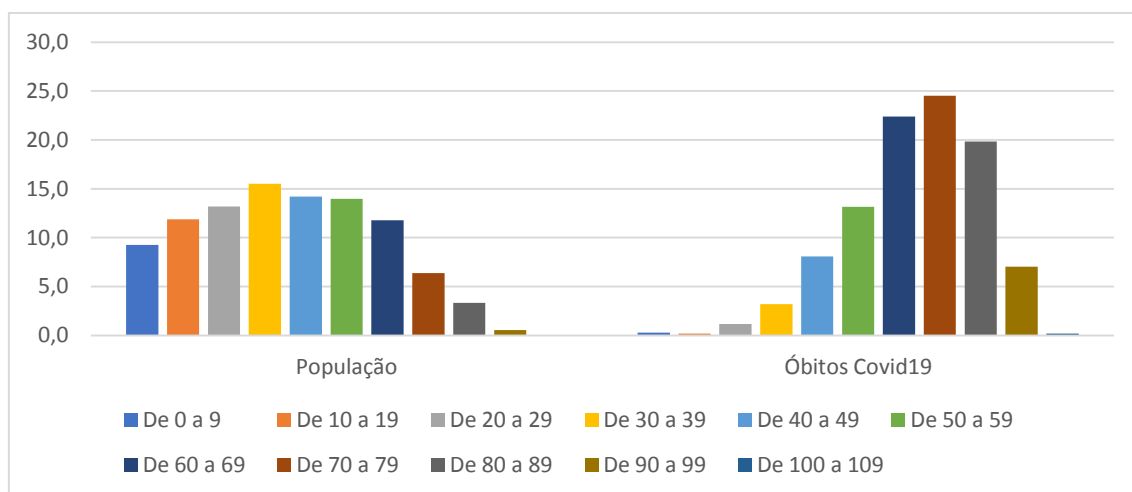
Fonte: Ministério da Saúde. Elaboração própria.

Como o Município do Rio de Janeiro é o que apresenta o maior número absoluto de óbitos e a maior quantidade relativa em todo o estado, vamos analisar nesse município de modo mais detido o perfil sociodemográfico das pessoas falecidas devido ao COVID-19.

O **Gráfico 2** apresenta a distribuição da população do Município do Rio de Janeiro segundo as faixas de idade e a distribuição dos óbitos devido ao COVID-19, segundo as mesmas faixas etárias. Podemos observar que a principal característica etária da população desse município é de pessoas adultas, pois as maiores concentrações se dão nas faixas de 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos de idade. Mesmo assim, a população de 70 anos ou mais de idade corresponde a 10,2% do total do município, participação muito maior do que a verificada em todo o país, que era em 2019 de 6,9%, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Domicílio - PNAD Contínua do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. O Município do Rio de Janeiro apresenta, portanto, uma população mais envelhecida do que o país como um todo, o que se destaca como motivo de preocupação, tendo em vista que a maior incidência de óbitos ocorre em faixas de mais elevada idade. E é exatamente isso que observamos em relação aos óbitos devido ao COVID-19 no Município do Rio de Janeiro, pois a maior incidência se apresenta na faixa de 70 a 79 anos, seguida das faixas de 60 a 69, e de 80 a 89 anos de idade. Observamos também que, enquanto a faixa de 80 a 89 anos corresponde a 3,3% da população do município, há 19,8% de

óbitos do município nessa faixa de idade. Nesse mesmo sentido, a faixa de 90 a 99 anos, que corresponde a 0,5% da população, representa 7% no total de óbitos por COVID-19. De fato, o falecimento devido ao COVID-19 ocorre com muito maior incidência nas faixas mais elevadas de idade, especialmente no Município do Rio de Janeiro.

Gráfico 2: Distribuição populacional e de óbitos devido ao COVID-19 segundo a faixa de idade – Município do Rio de Janeiro



Fonte: IBGE, PNAD Contínua de 2019 para os dados de população. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro para os dados do Covid19 - dados obtidos em 15/06/2020.

A população masculina do Município do Rio de Janeiro correspondia em 2019 a 45,6% do total 6.718.903 pessoas, porém corresponde a 56,8% do total de óbitos devido ao COVID-19, demonstrando maior incidência dessa doença entre os homens do que o verificado em relação às mulheres. Apesar disso, a estrutura de distribuição da população segundo a cor ou raça é muito semelhante entre homens e mulheres e também é semelhante entre homens e mulheres em relação aos óbitos devido ao COVID-19, conforme exposto na **Tabela 1**, a seguir.

De todo modo, apesar de haver elevado registro de pessoas na situação de ignorado quanto à característica de cor ou raça (42,9%), observa-se maior incidência de óbitos entre as pessoas negras (agregando-se as pessoas que se autodeclararam de cor preta ou parda) que em relação às pessoas brancas. Enquanto as pessoas negras correspondem a 30,3% do total de óbitos no Município do Rio de Janeiro, as pessoas brancas correspondem a 26,3%. Quando se verifica o conjunto da população, observa-se que a proporção de pessoas brancas é maior que das pessoas negras. Aquelas correspondiam em 2019 a 53,2% e estas a 44,2%. É evidente que a identificação adequada das pessoas que foram classificadas como ignoradas poderia

alterar o sentido da análise, mas é eloquente o fato de entre as pessoas que foram corretamente classificadas haver mais pessoas negras que pessoas brancas entre os óbitos no município, especialmente porque há mais pessoas na população de cor ou raça branca.

Tabela 1: População residente e óbitos devido ao COVID-19 segundo a cor ou raça por sexo - Município do Rio de Janeiro

(Em %)

Cor ou raça	População			Óbitos COVID-19		
	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total
Branca	52,4	53,9	53,2	26,5	26,2	26,3
Amarela	0,2	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4
Parda	34,6	33,5	34,0	23,3	22,4	22,9
Preta	12,4	12,0	12,2	6,7	8,4	7,4
Indígena	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,0
Ignorado	0,0	0,1	0,0	43,2	42,5	42,9
Total (N)	3.066.627	3.652.276	6.718.903	2.890	2.200	5.090

Fonte: IBGE, PNAD Contínua de 2019 para dados de população. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro para dados de óbitos de Covid19 - dados obtidos em 15/06/2020.

1.1. O comportamento da pandemia nos bairros do Rio de Janeiro

Uma análise do comportamento da COVID-19 nos bairros do Rio de Janeiro demonstra as graves desigualdades em termos de condições socioespaciais a que esses territórios estão submetidos. Agrupando-se os casos notificados de acordo com os meses desde o primeiro caso notificado e recortando-se os 20 bairros de maior incidência, que juntos correspondem a quase metade do total de casos (43,9%), podemos perceber que a dinâmica tem sido crítica em duas regiões da cidade: Zona Oeste e Zona Sul.

A **Tabela 3** apresenta os dados consolidados sobre as comunicações de óbito por COVID-19 a partir da seleção dos 20 bairros com maior incidência de óbitos, além dos bairros com as maiores taxas de letalidade por conta da contaminação por COVID-19. Os dados apresentados mostram que o número de óbitos segue razoavelmente a tendência das notificações de contaminação, colocando os bairros da Zona Oeste do Rio de Janeiro numa situação bastante preocupante, pois, dos vinte

bairros da lista, onze estão nesta região¹. Desde o início da pandemia, três bairros cariocas despontaram como epicentros da contaminação: Copacabana, Tijuca e Barra da Tijuca. No entanto, desde abril o número de óbitos aumentou significativamente nos bairros da Zona Oeste, principalmente em Campo Grande, Bangu, Realengo e Santa Cruz. Até o momento, aproximadamente 3 em cada 10 óbitos por COVID-19 estão localizados na Zona Oeste do Rio de Janeiro.

Por outro lado, mesmo em bairros com baixo número de óbitos, é possível que haja uma maior taxa de letalidade. Como se pode ver na **Tabela 3**, nas favelas do Rio de Janeiro a taxa de letalidade está muito acima da média que é de 13,6%². Neste sentido, o Bairro Favela da Maré desponta como um território de preocupação ao combinar, de um lado, um elevado número de óbitos, de outro, uma alta taxa de letalidade. Situação de alerta que se repete nos bairros periféricos de Bangu e Paciência, na Zona Oeste.

1 São eles: Campo Grande, Bangu, Realengo, Santa Cruz, Barra da Tijuca, Paciência, Taquara, Jacarepaguá, Senador Camará, Guaratiba, e Padre Miguel.

2 Note-se que esses dados se referem apenas às favelas que são oficialmente consideradas como bairros, que é o nível geográfico mais desagregado de divulgação do lugar de residência dos casos de óbitos, de acordo com a base de dados disponibilizada pela Prefeitura do Rio de Janeiro. Uma análise dos endereços, ainda que aproximados, permitiria uma melhor exploração das informações referentes à dinâmica da pandemia nas áreas de favela do Rio de Janeiro.

Tabela 3: Número de óbitos por COVID-19 e maiores taxas de letalidade nos bairros do Município do Rio de Janeiro

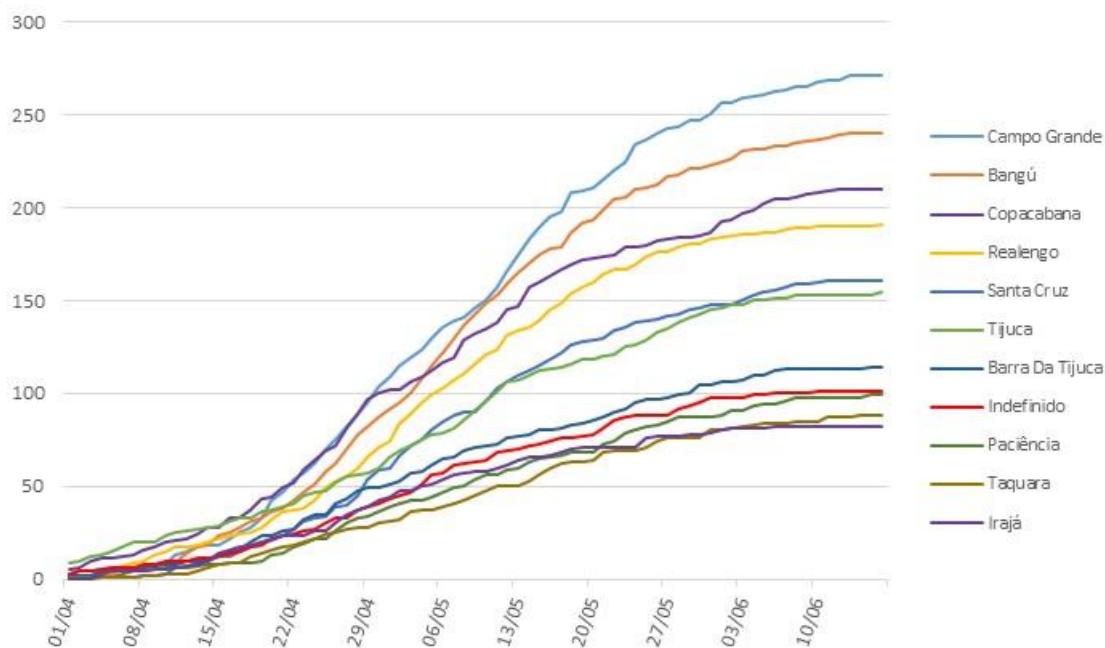
Bairros com maiores registros de óbitos			Bairros com maiores taxas de letalidade		
Bairro	Óbitos	Letalidade	Bairro	Óbitos	Letalidade
Campo Grande	271	15,2	Vila Kennedy	12	48,0
Bangu	240	19,1	Complexo do Alemão	5	41,7
Copacabana	210	10,6	Jacarezinho	8	27,6
Realengo	191	18,7	Maré	70	25,2
Santa Cruz	161	18,2	Paciência	99	24,1
Tijuca	155	9,4	Parque Columbia	5	23,8
Barra da Tijuca	114	6,3	Pedra de Guaratiba	10	22,7
Indefinido	101	3,0	Pitangueiras	10	22,2
Paciência	99	24,1	Cidade de Deus	35	21,9
Taquara	88	12,2	Rocinha	53	21,5
Irajá	82	14,2	Zumbi	3	21,4
Jacarepaguá	79	10,3	Coelho Neto	41	20,3
Senador Camará	76	19,0	Cacuia	15	20,3
Vila Isabel	74	11,2	Vasco da Gama	4	20,0
Maré	70	25,2	Catumbi	24	19,8
Guaratiba	69	19,1	Costa Barros	22	19,8
Bonsucesso	69	12,5	Bancários	13	19,7
Botafogo	68	6,8	Acari	15	19,5
Flamengo	65	9,2	Pilares	35	19,3
Padre Miguel	63	17,9	Bangu	240	19,1

Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro para dados de óbitos de Covid19 - dados obtidos em 15/06/2020.

O **Gráfico 3** a seguir mostra o acumulado do número de óbitos por COVID-19 nos bairros do Rio de Janeiro que apresentam maiores números de óbitos no momento. Percebe-se que entre meados de Abril e início de Junho, houve um aumento significativo no número de óbitos por COVID-19 nesses bairros, sendo que a expansão desse número foi ainda mais acentuada nos casos de Campo Grande,

Bangu, Copacabana, Realengo, Santa Cruz e Tijuca. A partir do início de Junho os registros de óbitos parecem se estabilizar, apesar da preocupação com o aumento acentuado no número de óbitos em Campo Grande, Bangu e Realengo, superando ou equiparando-se aos totais de óbitos em bairros que foram atingidos desde o início da pandemia, como Copacabana e Tijuca.

Gráfico 3: Distribuição acumulada do número de óbitos devido ao COVID-19 segundo os bairros com maior ocorrência – Município do Rio de Janeiro

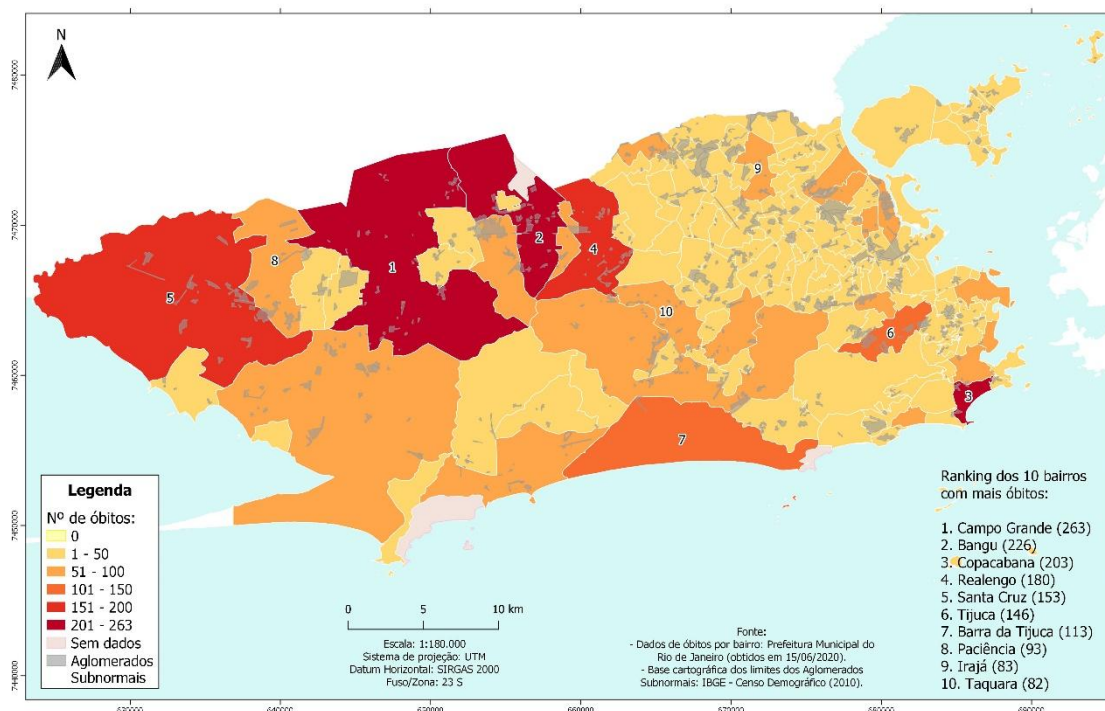


Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro para dados de óbitos de Covid19 - dados obtidos em 15/06/2020.

O mapa a seguir permite perceber a distribuição espacial dos óbitos no Município do Rio de Janeiro, apontando para a sua preocupante concentração em bairros periféricos da Zona Oeste da cidade. Portanto, de um ponto de vista socioespacial, a distribuição das ocorrências de óbito por COVID-19 no Município do Rio de Janeiro destaca a preocupação com a situação de bairros periféricos do Rio de Janeiro concentrados na Área de Planejamento 5 - AP5 (Zona Oeste). Chama atenção que somente nessa regional se percebe uma contiguidade de bairros com elevado número acumulado de óbitos, fato que não ocorreu nos bairros de outras regionais que também concentram elevados números de óbitos: Copacabana, Tijuca e Barra da Tijuca. O mapa a seguir também apresenta a localização dos setores censitários considerados como aglomerados subnormais no Censo Demográfico. Em sua maioria, essas áreas não estão localizadas em áreas com um número elevado de óbitos, no

entanto, essa escala de análise não permite focar o impacto da COVID-19 nesses territórios. Ou seja, seria necessária uma divulgação de dados mais desagregada para que seja possível avaliar esse tipo de impacto. Há uma preocupação em relação às favelas por conta do conjunto de precariedades habitacionais e de infraestrutura nesses territórios que em tese dificultaria as ações individuais e coletivas de enfrentamento ao COVID-19. De acordo com os dados analisados anteriormente na lista de bairros com maiores taxas de letalidade por COVID-19, são os bairros com maiores concentrações de favelas que aparecem em maior número. Esse dado pode se dever tanto pela baixa aplicação de testes, o que revisaria as taxas, mas sem deixar de demonstrar a precariedade do atendimento às populações moradoras desses territórios, quanto pela dificuldade de acesso a equipamentos de saúde que consigam dar andamento ao tratamento à doença combatendo o seu agravamento e possível óbito, pois, já se sabe que uma rápida resposta ao encaminhamento dos casos sob suspeita de contaminação é fundamental para a redução dessa letalidade. Além disso, destaca-se a dificuldade de que as populações residentes nesses territórios enfrentam para realizar uma dinâmica fundamental de prevenção que é manter o isolamento social. O imperativo de sobrevivência num contexto em que a maior parte dos empregos se dá por meios da informalidade e precariedade dos vínculos de trabalho, impõem limites para a manutenção das medidas de isolamento.

Nº de óbitos por bairro devido ao Covid-19 até dia 15/06/2020
Município do Rio de Janeiro



2. AS AÇÕES DO PODER EXECUTIVO PARA ENFRENTAMENTO DOS IMPACTOS DA COVID-19 NO ÂMBITO DA QUESTÃO HABITACIONAL

As ações apresentadas pelo executivo municipal e estadual estiveram muito aquém das necessidades impostas pelo surto de COVID-19 na cidade do Rio de Janeiro, segunda do país em número de casos acumulados (dados de junho 2020) e com um histórico de desigualdades urbanas e falta de moradia adequada. As secretarias e órgãos que se dedicam a esse tema (habitação, urbanismo, planejamento) têm tido uma participação muito tímida ou quase nula no combate à pandemia, sem a criação (até o momento) de nenhum programa específico ou de uma alguma ação coordenada sobre os territórios populares da cidade. Vale ressaltar que algumas medidas de caráter assistencialista chegaram a ser propostas, mas sem grandes implicações sobre as demandas estruturais que estão postas.

Na esfera estadual, as ações do poder público neste sentido foram escassas e chamam a atenção dois episódios que incidem diretamente sobre a população em situação de vulnerabilidade social e vão na contramão de decisões já tomadas no âmbito federal e seguidas por outros estados da federação.

A primeira delas diz respeito à tentativa de suspender os despejos e reintegrações de posse durante o período da pandemia, que chegou a ser aprovada sob formato de lei pela Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, medida de grande relevância diante do agravamento das condições de insegurança da posse na última década nas grandes cidades brasileiras. Na cidade do Rio de Janeiro, a contundente valorização do preço da terra ao longo da última década agravou a condição de insegurança da posse, implicando sobre a capacidade de pagamento dos custos com a moradia e colocando milhares de famílias expostas às práticas excludentes do mercado imobiliário e de intensificação das ações de despejo. Destaca-se o dado de que no Rio de Janeiro o ônus excessivo com aluguel representa 46,2% das razões do déficit habitacional total da cidade (FJP, 2013). Há que se considerar que parte significativa dos moradores de favela moram em imóveis alugados majoritariamente através de contratos informais. Nesses casos, a insegurança é ainda maior e a possibilidade de despejos agrava-se, dependendo de negociações pessoais. Esta lei alinha-se à recomendação do Ministério Público Federal (MPF) e aproxima-se da experiência de outros estados brasileiros, porém foi vetada pelo Governador do Estado, Wilson Witzel, alegando interferência indevida do legislativo e do executivo sobre o judiciário.

A segunda medida diz respeito à interrupção de operações policiais em favelas durante a pandemia, segundo liminar apresentada pelo ministro do Superior Tribunal Federal (STF) Edson Fachin, que limitou as operações às ações de necessidade “absolutamente excepcionais” com a apresentação de justificativas ao MPF, por escrito. É sabido que a violência policial é um problema estrutural da cidade do Rio de Janeiro e que nos dois últimos anos o número de mortes provocadas por policiais registrou os maiores índices das duas últimas décadas. Essa recomendação, no entanto, também vem sendo descumprida, aumentando os riscos e a vulnerabilidade da população das favelas da cidade.

Na esfera municipal, não houve até o momento qualquer ação coordenada por parte de suas secretarias e órgãos para minimizar ou mitigar os efeitos da Pandemia nos territórios populares. Chama a nossa atenção a não participação da Secretaria Municipal de Urbanismo e da Subsecretaria de Habitação nesse debate, essenciais à compreensão sobre as desigualdades habitacionais existentes e as especificidades das demandas de cada região da cidade. No quadro de “Despesas para enfrentamento do COVID-19”, divulgado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, não há menção a ações emergenciais destas secretarias, nem mesmo dando suporte a outras iniciativas em curso. Os dados indicam também que à frente das poucas ações que acabaram atendendo à população de baixa renda da cidade tem estado a Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos, com um viés assistencialista e descoladas de um planejamento mais amplo e orientado pela garantia do direito à cidade e à moradia adequada.

Exemplo disso foi a proposta de criação de espaços de isolamento para idosos assintomáticos moradores de favelas por meio do uso da rede hoteleira da cidade. Essa medida foi formalizada em março de 2020, contando como fonte de recursos o Fundo Municipal de Assistência Social, tendo a Prefeitura aberto uma Chamada Pública para credenciamento dos estabelecimentos interessados. Até o momento, essa medida não se efetivou e conta com grande resistência por parte daqueles que foram estabelecidas como “público-alvo” desta medida, devido à recusa de se afastar de suas redes de sociabilidade e solidariedade.

Essa falta articulação entre o enfrentamento da pandemia e uma reflexão mais efetiva sobre a condição habitacional da população mais pobre da cidade aponta para um descaso do executivo municipal com a *expertise* de seu corpo técnico, que possui um histórico de grandes políticas de intervenção nas favelas e acompanhou a construção de mais de uma centena de conjuntos habitacionais na última década. Um ponto crítico a ser ressaltado nesse sentido foi a intervenção ocorrida no Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos durante a pandemia. Este importante espaço

de produção de informações e formulação de políticas urbanas passou por uma substituição de sua presidência – que teve um nome de perfil técnico substituído por outro do círculo político de apoio ao Prefeito – e esteve envolvido na polêmica mudança na metodologia da contagem dos casos de COVID-19 no município. Conforme amplamente divulgado pela imprensa, em maio deste ano a Prefeitura alterou a fonte de dados usada na contagem, reduzindo significativamente o número de internações e óbitos. Medida que foi revertida após pressão da opinião pública.

Assim como em diversas outras cidades brasileiras, o Plano Diretor da Cidade do Rio de Janeiro encontrava-se em processo de revisão quando adentramos na atual situação de crise de saúde pública. Tendo sido suspensos os debates públicos em curso dedicados a essa reflexão, a Prefeitura encaminhou à Câmara Legislativa um Projeto de Lei que prevê a ampla flexibilização de índices urbanísticos mediante o pagamento à vista de contrapartidas financeiras, sob a justificativa de contribuir para a superação da crise financeira apontada pela gestão atual e apoiar as medidas de combate à pandemia. Amplamente criticado por entidades, organizações sociais e vereadores em exercício quanto aos trâmites do processo e às propostas que o constituem, o PL 174 segue sendo imposto pela gestão municipal sem que seja apresentado qualquer diagnóstico sobre seus impactos para a cidade e seus moradores³.

Dentre as diversas flexibilizações propostas no PL 174, destacamos o conjunto de medidas dirigidas ao entorno das Áreas Especiais de Interesse Social (AEIS), referidas como “franjas de AEIS”⁴. Esta proposta impacta diretamente as favelas cariocas mudando o uso e a ocupação do solo das suas áreas limítrofes. Diante da ausência de dados consolidados e consistentes sobre como tem se dado a aplicação deste instrumento de zoneamento urbano na Cidade do Rio de Janeiro, foi realizado levantamento das legislações em vigor no município que tratam de AEIS. A partir deste estudo, foram identificados 1.091⁵ locais definidos como AEIS que, em sua grande maioria, não possuem delimitações precisas⁶ ou regulamentações

3 O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro consolidou as denúncias e críticas, elaborando uma recomendação ao Prefeito Marcelo Crivella e ao presidente da Câmara Municipal para a retirada do PL de discussão. Disponível em: <http://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/87020>.

4 De acordo com a proposta apresentada, são considerados situados em franja de AEIS aqueles imóveis contíguos aos limites das AEIS e nos logradouros para os quais tenham testada, numa distância de até duzentos metros.

5 A partir de levantamento realizado pelo Grupo Habitação e Cidade do INCT Observatório das Metrópoles, foram identificados 671 localidades definidas como AEIS a partir de atos do executivo, 35 por ações de autoria do legislativo e a elas somam-se ainda as AEIS Bairro Maravilha, de autoria do executivo, com 385 áreas (Lei 6.044 de 2016).

6 Em estudo realizado pela Coordenadoria Geral dos Programas de Interesse Social da Secretaria Municipal de Urbanismo, 50,39% das AEIS existentes no município tinha sua descrição atrelada apenas

urbanísticas. Desta forma, as propostas apresentadas pelo recente Projeto de Lei que implicam sobre as “franjas de AEIS” parecem desconsiderar este acúmulo de imprecisões, transparecendo a falta de rigor e de reflexões sobre os impactos de tais medidas. Uma vez que os possíveis ônus devem recair sobre a parcela da população que vive já em condições de vulnerabilidade social e ambiental, a gestão municipal busca legitimar sua proposta através da justificativa arrecadatória, atrelada às ações de combate à pandemia, ao passo em que desconsidera as determinações do ambiente construído e das condições de moradia sobre a saúde e o bem estar da população.

Ainda quanto à aplicação das AEIS como instrumentos de planejamento urbano, o período de Pandemia foi atravessado pela aprovação da Lei nº 6.748 de 2020. Por meio desta iniciativa da prefeitura foram alterados os perímetros e aplicados novos índices urbanísticos às áreas vazias definidas como AEIS no entorno da Favela de Rio das Pedras (com população superior a 50 mil habitantes em cerca de 18 mil domicílios), favela que sofreu com fortes ameaças de remoção que marcaram as ações iniciais da atual gestão municipal para as favelas cariocas. Esta região é marcada por uma intensa dinâmica imobiliária nas últimas décadas, com grandes glebas de terras concentradas em poucos proprietários fundiários, e por ter recebido volumosos investimentos públicos na produção do ambiente construído no ciclo olímpico⁷. Por meio da Lei passa a ser permitida nesses terrenos a edificação de prédios de uso residencial e mistos de até 18 andares, replicando índices urbanísticos já em vigor em outras regiões da cidade. O padrão construtivo proposto destoa de como se dá a produção de habitação de interesse social historicamente na Cidade do Rio Janeiro e ameaça interferir na paisagem da Pedra da Panela, parte de um tombamento estadual de marcos paisagísticos na Baixada de Jacarepaguá e Barra da Tijuca, realizado pelo Instituto Estadual do Patrimônio Cultural (INEPAC) ainda em 1969. Por sua vez, esta liberação de índices atende aos projetos “Minha Casa, Meu

ao endereço de referência, prescindindo de informações sobre perímetros e delimitações (SMU/2014). Neste estudo foi considerado o universo de 925 AEIS, das quais 313 aplicavam-se em áreas de favelas (33,84%) e 592 a loteamentos (64%).

7 Segundo dados da ADEMI-RJ (Associação dos Dirigentes de Empresas do Mercado Imobiliário), 52% das unidades residenciais e 67% das unidades comerciais lançadas na cidade do Rio de Janeiro entre 2013 e 2018 estavam localizadas nesta região, principalmente nos bairros de Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Recreio dos Bandeirantes. Essa região recebeu a grande maioria dos investimentos ligados ao ciclo olímpico, tendo sido lá instalados os parques olímpicos dos Jogos Pan-Americanos de 2007 e dos Jogos Olímpicos de 2016, uma nova linha de metrô, além de vários investimentos em seu sistema viário (dentre eles um corredor de BRT). Nesta região um crescimento expressivo da população residente em favela na última década – superior a 50% – que acompanhou o crescimento da população da região com um todo (JAENISCH, XIMENES, 2019).

Professor” e “Minha Casa, Meu Educador”, apresentados pela gestão municipal e duramente criticados na esfera pública de debates⁸.

Diante deste quadro, em meio à crise de saúde pública que impede os necessários debates públicos, a Lei aprovada parece atender à demanda dos grandes agentes produtores do espaço urbano, distanciando-se do objetivo central das AEIS de promover a regularização fundiária e urbanística de assentamentos populares irregulares e a produção de novas habitações de interesse social. Nesse sentido, a atuação da Prefeitura junto ao Legislativo Municipal parece ter se dado através de uma estratégia de tentar aproveitar a situação difícil vivida nesse momento para passar legislações controversas que não tinham nenhuma relação direta com a pandemia.

2.1. Quais os impactos deste cenário sobre as diferentes soluções de moradia dadas pelas classes populares?

a) Favelas

Segundo dados do último censo demográfico do IBGE, a Cidade do Rio de Janeiro conta com mais de 420.000 domicílios em favelas - com uma estimativa de quase 1.400.000 moradores - sendo a capital do país com o maior número absoluto de habitantes nessa condição. Esse volume representa quase 20% dos moradores da cidade. Além da capital, há também um número expressivo de assentamentos nos demais municípios da região metropolitana, tratando-se, portanto, de um enorme contingente populacional, disperso por grande número de assentamentos com características diversas de ocupação do solo. Essa diversidade compreende favelas localizadas em encostas de diferentes declividades, margens de rio, áreas alagáveis, margens de rodovias e ferrovias, dentre outras situações, tanto em terrenos públicos, quanto privados. Há também variações significativas no que diz respeito ao porte, à densidade construtiva e habitacional, às taxas de verticalização, além de sua inserção urbana.

Reconhecer esse cenário heterogêneo é fundamental para pensar em alternativas adequadas à para enfrentar a pandemia em cada contexto específico. Há favelas muito populosas e muito densas – tendo como caso exemplar a Favela da Rocinha, localizada na Zona Sul da cidade – que apresentam uma série de

⁸ Em dezembro de 2019 a Comissão do Meio Ambiente realizou Audiência Pública o objetivo de discutir o Projeto de Lei, quando foram elencadas as principais críticas à proposta.

dificuldades para efetivar as recomendações de isolamento social. Há que considerar também as diferenças na oferta de serviços públicos e no grau de consolidação nas favelas, o que pode implicar em uma maior precariedade habitacional e no acesso ao saneamento.

Uma questão-chave para compreender a sustentabilidade sanitária frente à pandemia nas favelas é a densidade, mas esse tema precisa ser discutido com cuidado. Se compararmos a densidade habitacional de algumas áreas da cidade, vemos que a Favela da Rocinha, por exemplo, tem uma densidade de 483hab/ha, superior ao Bairro de Copacabana com 359hab/ha ou ao Bairro do Flamengo com 324hab/ha, ou mesmo superior a outras favelas como o Complexo da Maré com 304hab/ha e o Complexo do Alemão com 233 hab/ha. Esse dado por si só já apresenta um agravante em relação aos riscos de contágio, mas há que considerar também a densidade construtiva e as características morfológicas desse território. O Bairro de Copacabana possui uma densidade alta, mas é cortado por ruas e avenidas largas, contanto ainda com calçadas e espaços públicos, favorecendo a circulação e a ventilação. A Favela da Rocinha, por sua vez, apresenta um padrão de ocupação do solo marcado por pequenos lotes, com dimensões irregulares, escassas áreas livres, sem afastamento entre as edificações, em muitos casos bastante verticalizadas e ocupando praticamente todo o terreno. O sistema viário é subdimensionado e se constitui em um conjunto de ruas estreitas, vielas sinuosas, escadarias, além de poucos espaços públicos coletivos como praças ou largos. Um dos efeitos dessa forma de ocupação é a diferença na relação entre as áreas livres que tendem a ser mais escassas, e as áreas construídas que acabam por ocupar a maior parte do território.

Esse padrão de ocupação com baixo percentual de espaços livres e grande densificação ocorre em diversas outras favelas da cidade, e pode ser considerado extremamente propício à contaminação pelo COVID-19. São vulnerabilidades específicas desses territórios, por exemplo, a baixa insolação e ventilação desses espaços, criando um ambiente ideal ao desenvolvimento e agravamento de doenças respiratórias e onde dificilmente um paciente infectado poderá atender as exigências de se manter em um local salubre e com o isolamento necessário. Por fim, é importante considerar também a precariedade da moradia em si. Nesse sentido, temos questões como o dimensionamento da unidade habitacional e do número de cômodos em relação ao tamanho da família. Os dados públicos existentes não permitem identificar com exatidão parâmetros importantes, como, por exemplo, o número de moradores por metro quadrado ou número de moradores por cômodo servindo de dormitório. Mas é possível inferir que existe uma incompatibilidade física com a

necessidade de resguardar possíveis doentes ou mesmo de garantir que as pessoas permaneçam em casa durante os períodos de quarentena.

Esses elementos expostos acima ressaltam a importância de uma atuação mais presente por parte do poder público nesses territórios para atenuar os efeitos mais danosos da pandemia na população em maior vulnerabilidade. Tal não foi o caso, sendo que a ampla maioria das iniciativas em curso se deve aos movimentos populares e organizações da sociedade civil.

b) Cortiços / Ocupações / Pessoas sem-teto em situação de rua

O acesso restrito ao solo urbano, a intensa dinâmica imobiliária e a importância da localização para o acesso a trabalho e renda colocam a região central do Rio de Janeiro como espaço denso de disputas para soluções populares de moradia. Apesar de abrigar apenas 7% da população total da cidade, a região central possui grande parte de sua população morando em favelas (cerca de um terço) e nela se destacam ainda o uso de antigos prédios e casarões para moradia, por vezes em condições de alta precariedade.

A pesquisa Prata Preta (2019) deu visibilidade aos cortiços como formas de moradia ainda presentes na região central da cidade. Nessa pesquisa, foram identificados 155 cortiços que continham 2.450 quartos e eram locais de moradia de 2.638 pessoas. Os cortiços estudados tinham, em sua maioria, banheiros coletivos com condições inadequadas de estrutura e conservação - o acesso a banheiros privativos refletia sobre o encarecimento dos preços cobrados para locação e eram comumente compartilhados entre companheiros de quartos. A ausência de cozinhas é uma comum à maioria dos cortiços, com poucos cortiços disponibilizando cozinhas coletivas, levando seus moradores a fazer refeições fora de casa ou cozinhar de forma improvisada em seus quartos. Por fim, a precariedade habitacional é agravada ainda pela insegurança nos contratos de locação, com preços elevados e poucos instrumentos de garantia do direito à permanência nesses espaços. Ao analisar 55 cortiços da região central do Rio de Janeiro, a pesquisa identificou que a maior parte destes espaços (21 dos 55) cobravam aluguéis entre quinhentos e oitocentos reais por cômodo e cerca de um terço (15 dos 55) cobravam entre trezentos e quinhentos reais.

As condições de moradia nos cortiços da região central ressaltam as precariedades que são agravadas neste período de pandemia. O compartilhamento de espaços de higiene pessoal, de preparo e realização das refeições, com estruturas precárias quando existentes, impõe aos seus moradores grandes barreiras aos necessários cuidados sanitários e ao isolamento social. Além disso, o risco de despejos agrava-se neste momento de crise em que há redução das rendas familiares

e aumento do desemprego, comprometendo sobremaneira a capacidade de pagamento dos custos com os altos aluguéis. Apesar deste quadro, não existem políticas públicas locais de enfrentamento aos impactos da pandemia sobre os moradores de cortiços, a despeito da valiosa experiência da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro à frente do Programa Novas Alternativas⁹.

A disputa do Centro como local de moradia pelos pobres urbanos é expressa ainda pela forte presença de ocupações frutos de organização popular em torno de projetos políticos de transformação social. De caráter autogestionário, um relevante conjunto de ocupações organizadas de imóveis abandonados surge ao longo da década de 2000 e enfrenta, na nas décadas seguintes, tensões e violências que levam à remoção de alguns grupos. Aquelas que permanecem ainda hoje na luta pelo direito à moradia nesta área da cidade abrigam famílias em condição de alta vulnerabilidade social e que sofrem com as consequências da pandemia. Isso porque, muitas vezes, além das condições precárias de trabalho e renda dos moradores, a maioria das ocupações se estabelece em edifícios que não foram projetados para o uso residencial, como antigos espaços institucionais, comerciais e até mesmo industriais (galpões ou similares). Por isso, muitas vezes, não apresentam condições adequadas de iluminação, insolação, ventilação e, ainda, possuem alta densidade de pessoas por cômodo e banheiros subdimensionados para o número de habitantes. Essas características comprometem as possibilidades de realização de isolamento e dos padrões de higiene que a atual situação demanda.

Por outro lado, a organização popular nesses espaços conforma redes de solidariedade e resistência frente ao abandono do Estado. As ocupações Mariana Crioula e Manuel Congo, ambas organizadas pelo Movimento Nacional de Luta pela Moradia (MNLN-RJ) e situadas no centro da cidade, organizaram uma campanha de arrecadação de alimentos e doações que viabilizou a distribuição de quentinhas¹⁰ à população de rua que habita o centro e enfrenta dificuldades ainda maiores por conta do esvaziamento provocado pela pandemia. Além disso, com o recurso arrecadado foram distribuídas cestas básicas para as famílias das outras ocupações organizadas pelo MNLN. A coordenação do movimento também promoveu eventos *online* para discutir questões relacionadas ao isolamento social, com destaque para o evento

9 Este programa teve seu foco na recuperação de imóveis (em especial de relevante interesse histórico e arquitetônico) para uso habitacional na área central, com os custos arcados pelo poder público municipal e financiamento da Caixa Econômica Federal. O Programa, que tem sua origem ainda na década de 1990, possuiu alguns projetos de reabilitação de antigos sobrados e recuperação de ruínas de grande repercussão no meio técnico e acadêmico, como por exemplo a intervenção no antigo cortiço localizado na rua Senador Pompeu que foi restaurado para abrigar 23 unidades habitacionais.

10 A ação também contou com o apoio dos moradores da Ocupação Mariana Crioula (MNLN-RJ), que se localiza na região portuária do Rio de Janeiro.

“Mulher, periferia e isolamento social” que reuniu várias coordenadoras estaduais e nacionais do MNLN.

A Ocupação Manoel Congo (MNLN-RJ) é um símbolo da luta pelo direito à cidade protagonizada pelos movimentos populares. O caso se diferencia da maioria das ocupações urbanas, pois o MNLN conseguiu recursos do Programa MCMV-Entidades para a requalificação do edifício ocupado, o que permitiu que o prédio fosse adaptado para o uso residencial, de modo que todos os apartamentos possuem banheiros independentes, ventilação e iluminação adequados. Durante a pandemia, a ocupação se tornou uma referência importante de informação e apoio às ocupações urbanas e à população de rua que vive no entorno.

A Ocupação Vito Gianotti¹¹ (CMP/UMP/MLB), localizada em um edifício na zona portuária, adotou algumas medidas para evitar a disseminação do vírus, dentre estas destacam-se a redução das atividades nas áreas comuns, como por exemplo as reuniões semanais dos moradores e a redução de visitas externas que eram frequentes nos finais de semana. Grande parte dos moradores da ocupação são trabalhadores informais (diaristas, pintores, ambulantes, entre outros) e interromperam suas atividades, o que acarretou em diversas dificuldades a serem enfrentadas pelas famílias. A Central de Movimentos Populares - CMP mobilizou um fundo emergencial de apoio às famílias e promoveu uma campanha de arrecadação de doações de alimentos e financeira para os moradores da ocupação.

A Ocupação Solano Trindade (MNLN-Duque de Caxias), por sua vez, apresenta características bastante distintas das ocupações localizadas nos centros urbanos, o que possibilitou aos moradores buscar alternativas nas estratégias de enfrentamento da pandemia. Situada em Duque de Caxias, na Região Metropolitana, o município concentrava em junho o terceiro maior número de mortes no estado do Rio de Janeiro, segundo dados oficiais divulgados pelo Painel COVID-19. Localizada em um terreno de aproximadamente 45.000m², composto por áreas verdes e livres, o espaço possibilita condições mais favoráveis ao isolamento das famílias. A horta da ocupação se encontra bastante produtiva por conta da maior disponibilidade de trabalho dos moradores que, em grande parte, perderam suas fontes de renda. Assim, essa iniciativa está contribuindo para complementar as cestas básicas recebidas pelos moradores. Além disso, o MNLN-DC organizou uma campanha para recebimento de doações para a compra de alimentos e o valor arrecadado foi, em grande parte, utilizado para comprar produtos de um assentamento organizado pelo Movimento dos

11 A ocupação é organizada por três entidades, quais sejam: Central de Movimentos Populares (CMP), União por Moradia Popular do Rio de Janeiro (UMP-RJ) e Movimento e Luta nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB).

Trabalhadores Rurais sem Terra (MST), também na Baixada Fluminense, com intuito de fortalecer as redes de solidariedade entre os movimentos sociais.

Por fim, para aqueles que não encontram soluções de moradia diante do padrão excludente de urbanização em curso, conformando um amplo grupo de sem-teto em situação de rua, as barreiras à garantia do direito à saúde parecem intransponíveis dada a pandemia e a impossibilidade de adoção dos cuidados necessários. Para além da solidariedade encontrada nas ações das ocupações da região central, as poucas ações do poder público de atenção a essa população restringem-se à oferta de escassas vagas em abrigos temporários e instalação de lavatórios móveis. O número de pessoas nessa condição teve um aumento significativo nos últimos anos, passando de 5.580 em 2013 para 14.279 em 2017, aumento que pode ser atribuído às condições de acesso à moradia e ao relaxamento de políticas de recolhimento compulsório praticadas ao longo do “ciclo olímpico”¹². Tendo em vista o agravamento das condições gerais de acesso à moradia diante da crise imposta, essa parcela da população já bastante expressiva tende a se ampliar.

As ações da Prefeitura da cidade para atender a esse grupo frente aos impactos da pandemia foram protagonizadas pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos que adaptou alguns poucos espaços na região central para que servissem de abrigos temporários, dentre eles o Sambódromo. Disponibilizando camas em grandes ambientes compartilhados, banheiros de uso coletivo e algumas refeições, foi ofertado um número insuficiente de vagas em alguns centros de acolhimento temporário e “hotéis populares”.

b) Conjuntos habitacionais

Ao longo da última década a Cidade do Rio de Janeiro recebeu mais de 100 empreendimentos financiados pelo Programa Minha Casa Minha Vida para famílias de baixa renda, em sua maioria localizados em bairros periféricos ou em áreas de urbanização recente. Esse quantitativo se soma ao grande número de conjuntos habitacionais que já vinham sendo construídos na cidade por diversos programas habitacionais desde metade do século passado, produzindo um tecido urbano fragmentado e reforçando uma série de desigualdades no acesso aos serviços públicos e condições de reprodução da vida.

Vários estudos apontam para as limitações desses espaços de moradia em termos de sua inserção urbana e da sua qualidade construtiva. Falando

¹² CARRICONDE, 2019, p.58.

particularmente do caso do Programa Minha Casa Minha Vida, eles foram construídos longe dos principais polos de emprego e renda da cidade, muitas vezes sem acesso a serviços públicos essenciais e centros comerciais, além de terem deslocado muitos dos moradores (de forma violenta e involuntária) para longe de seus locais de origem. Esse cenário criou a necessidade de uma série de deslocamentos dos moradores pela cidade, dificultando a manutenção das medidas de isolamento social propostas e ampliando as possibilidades de contágio. A precariedade do sistema de transporte público, somada à grande amplitude territorial da cidade, obriga os moradores a utilizarem vários modais de transporte coletivo em viagens que em muitos casos demandam de duas a três horas diárias, com transbordos em terminais superlotados. O contexto atual de crise sanitária reforça muitas das críticas que já vinham sendo feitas ao Programa, ressaltando a importância de pensar a produção de moradia para população de baixa renda não apenas de forma quantitativa (ou como a simples produção em massa de novas de unidades habitacionais), mas como um direito social que deve oferecer estabilidade e proteção aos moradores, principalmente em momentos de crise. O mesmo pode ser dito sobre a qualidade arquitetônica dos empreendimentos que, em sua ampla maioria, restringem-se às áreas mínimas exigidas pelo Programa (unidades com 36m²), não oferecendo espaços adequados para higienização e resguardo dentro das casas e apartamentos, nem estruturas de uso coletivo nos empreendimentos que pudessem dar suporte nessas demandas.

Essas questões reforçam ainda mais a importância da presença do poder público nesses espaços, com ações de monitoramento e enfrentamento que considerem essas especificidades. Dados de junho de 2020 indicam que na lista dos cinco bairros com maior incidência de casos de COVID-19 no Rio de Janeiro, quatro deles estão na Zona Oeste da cidade - Barra da Tijuca, Campo Grande, Bangu e Realengo – região que mais recebeu empreendimentos do Programa Minha Casa Minha Vida.

3. A QUESTÃO DO SANEAMENTO BÁSICO E OS IMPACTOS DA COVID-19 NA RMRJ

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) foi recentemente redefinida pela Lei Complementar nº 184/2018, contando atualmente com 22 municípios: Belford Roxo, Cachoeira de Macacu, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Queimados, Rio Bonito, Rio de Janeiro, Seropédica, São Gonçalo, São João de Meriti

e Tanguá. A maior parte dos municípios tem seus serviços de água e esgoto delegados à Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro - CEDAE.

Apenas Niterói e Petrópolis têm seus serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário prestados por operadores privados: Águas de Niterói e Águas do Imperador, subsidiárias do Grupo Águas do Brasil, que também atua nos serviços de esgotamento sanitário da Área de Planejamento 5, no município do Rio de Janeiro, em consórcio formado com a BRK Ambiental. Há ainda um grupo privado, que atua no abastecimento de água de Guapimirim, a Fontes da Serra Saneamento de Guapimirim LTDA.

A RMRJ é abastecida por dois grandes sistemas, além de pequenos sistemas isolados. O Sistema Guandu atende 83% da população metropolitana – ou 9,4 milhões de pessoas –, incluindo a maior parte dos municípios da Baixada Fluminense e o município do Rio de Janeiro. A porção leste é atendida pelo Sistema Imunana/Laranjal e sistemas isolados.

Diagnósticos realizados para os Planos Municipais de Saneamento mostram as inadequações dos sistemas de abastecimento de água, sobretudo na Baixada Fluminense, São Gonçalo e Itaboraí. Na Baixada Fluminense, o volume de água disponibilizado é insuficiente; dos 43m³/s disponibilizados pelo sistema Guandu, a maior parte vai para os aproximadamente 6,3 milhões de habitantes do município do Rio de Janeiro. Sem água nos reservatórios, muitas áreas da Baixada, situadas nas franjas da rede de distribuição, onde vive uma população de baixa renda, dependem de manobras realizadas no sistema pelos técnicos da CEDAE para serem atendidas. Em Nova Iguaçu e São João de Meriti, por exemplo, os problemas relacionados à frequência irregular do abastecimento, à ausência de pressão na rede e à baixa qualidade da água fornecida às residências, eram conhecidos, de acordo com o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado – PDUI (2018). Diante desses problemas de interrupção e irregularidade no abastecimento, moradores passam a buscar soluções paliativas, como poços, para conseguirem cobrir as falhas deste sistema de rede (PDUI, 2018). Segundo Quintslr (2018), é possível observar na Baixada Fluminense, em geral, no município de Duque de Caxias, em particular, domicílios em que os próprios moradores se desconectaram da rede de água pelo simples fato de que não chegava água até suas residências. No entanto, muitos destes relataram que continuavam a receber contas de água tendo por base o consumo estimado (informação verbal) (QUINTSLR, 2018).

Em São Gonçalo, o problema de incompletude no sistema também existe, levando ao abastecimento irregular em diversas áreas, o que é agravado pelo fato de

que o Sistema Imunana/Laranjal e pequenos sistemas isolados já apresentam um déficit atual de 2,2 m³/s no seu abastecimento (PERHI, 2014).

As favelas do município do Rio de Janeiro também sofrem com irregularidade no abastecimento. Nelas vivem, segundo o Censo do IBGE (IBGE, 2010), 22,03% da população do município, o que corresponde a mais de 1,3 milhão de pessoas. As causas são múltiplas:

- (i) sistemas construídos que não acompanharam o crescimento da população, que estabelece novas conexões nos sistemas existentes;
- (ii) falta de reservatórios;
- (iii) ausência de manutenção dos sistemas pela CEDAE.

Para lidar com as falhas do sistema público de abastecimento, os domicílios precisam criar estratégias de reservação (caixas d'água), contudo, nem todas as casas possuem estrutura física que suporte o peso destes reservatórios. A maior parte das favelas do Rio de Janeiro apresenta densidade populacional elevada, habitações precárias, mais de uma família coabitando o mesmo imóvel, com apenas uma instalação hidrosanitária, muitas vezes precária e compartilhada por vários moradores. Na Rocinha, por exemplo, levantamento recente realizado pela CEDAE para o projeto Comunidade Cidade indica que 69,3% dos domicílios estão ligados à rede de abastecimento e desses apenas 21,5% possuem canalização interna.

Os sistemas de esgotamento sanitário também são insuficientes. Com exceção dos municípios de Niterói, Rio de Janeiro, Nilópolis e Petrópolis, os índices de atendimento com coleta de esgoto são inferiores a 50%. Isso significa que o esgoto vai para a rede pluvial, fossas, valas ou diretamente para os corpos hídricos. Nas favelas, as valas a céu aberto são a principal forma de escoamento dos esgotos.

A tabela abaixo, elaborada a partir de dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento - SNIS (Brasil, 2018), ilustra as desigualdades existentes no acesso às redes de água e esgoto entre os municípios da RMRJ. Vale ressaltar que os dados são referentes à existência de rede, o que nem sempre significa recebimento de água em qualidade, quantidade e regularidade suficientes para a prevenção contra a COVID-19.

Município	Prestador	Índice de atendimento total de água (IN055)	Índice de atendimento total de esgoto
------------------	------------------	--	--

(IN056)

Belford Roxo	CEDAE	76,54	38,78
Cachoeiras de Macacu	CEDAE	7,99	-
Cachoeiras de Macacu	Autarquia Municipal de Água e Esgoto de Cachoeiras de Macacu	86,5	54,64
Duque de Caxias	CEDAE	84,5	43,07
Guapimirim	Fontes da Serra Saneamento de Guapimirim Ltda	70,76	-
Itaboraí	CEDAE	74,14	34,74
Itaguaí	CEDAE	83,19	39,53
Japeri	CEDAE	72,39	-
Magé	CEDAE	72,86	37,56
Maricá	CEDAE	41,8	9,99
Mesquita	CEDAE	97	48,35
Nilópolis	CEDAE	97,65	93,1
Niterói	Águas de Niterói S/A	100	95,34
Paracambi	CEDAE	70,68	
Petrópolis	Águas do Imperador S/A	96,93	84,45
Queimados	CEDAE	84,14	42,16
Rio Bonito	CEDAE	76,96	
Rio de Janeiro	CEDAE	97,41	65,08
São Gonçalo	CEDAE	81,28	33,5
São João de Meriti	CEDAE	91,6	-
São João de Meriti	Concessionária Águas de Meriti LTDA	-	60,51
Seropédica	CEDAE	68,42	32,75
Tanguá	CEDAE	51,68	26,75

Fonte: produzida pelas autoras a partir de informações do SNIS (Brasil, 2018).

3.1. Medidas para mitigação dos problemas no sistema de abastecimento e enfrentamento da pandemia

A principal recomendação da Organização Mundial da Saúde - OMS para prevenção da COVID-19 é lavar as mãos com frequência e manter a higiene adequada da casa, o que se torna impossível sem o acesso à água limpa com regularidade. A pandemia expõe uma dívida histórica do poder público e dos prestadores dos serviços de saneamento básico com as populações das periferias e das favelas, que têm seus direitos básicos negados.

Nesse contexto dramático, é urgente que governos estaduais e municipais e prestadores de serviços assumam o atendimento desses territórios mais vulneráveis, nas favelas e periferias, como prioritário.

Para isso seria imprescindível garantir abastecimento contínuo para as favelas que dispõem de sistemas de distribuição com desempenho precário. Um dia sem água, por problemas técnicos, que são recorrentemente alegados pelos prestadores, pode comprometer as medidas de higiene necessárias para conter o avanço da pandemia. Nesses casos, o abastecimento por carros pipa deve ser imediatamente mobilizado. Para que esta medida seja efetiva, é necessário que os prestadores mantenham um monitoramento constante do abastecimento, o que só é possível com a construção de parceria com entidades locais. Os carros pipa também deveriam ser disponibilizados para bairros periféricos sem acesso à rede, como vem sendo cobrado pelo Ministério Público Federal (MPF, 2020)¹³.

Outra medida paliativa, mas indispensável, é a instalação de chafarizes ou bicas públicas em locais das favelas definidos pelas entidades locais. Essa medida aliviaria a situação daqueles que não dispõem de instalações hidrosanitárias e de água no domicílio.

No caso do Rio de Janeiro, a Ouvidoria Externa da Defensoria Pública do Rio (DPRJ) finalizou no dia 29 de março um relatório sobre a falta de abastecimento de água em bairros, favelas e cidades do Estado do Rio de Janeiro. O levantamento de informações dos problemas de abastecimento foi possível através do lançamento nas redes sociais de um formulário eletrônico a partir do dia 18 de março. Ao total, o documento contou com 434 denúncias de falta de água permanente ou regular, isto é, na maior parte do dia, referente a 143 lugares diferentes, distribuídos entre bairros e favelas de 14 municípios, concentrados principalmente no Rio de Janeiro. O maior número de denúncias foi enviado por moradores das seguintes comunidades:

13 Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/noticias-rj/mpf-pede-a-populacao-da-baixada-fluminense-que-informe-localidades-sem-agua>

Tabajara (94); Rocinha (28); Complexo do Alemão (15); Complexo da Maré (11); Chatuba de Mesquita (9); Santa Cruz (8); Morro do Fallet (8); e Coelho Neto (8). No documento, são mencionados relatos de famílias que têm ficado até um mês sem acesso à água; ou em que vivem há mais de um ano com abastecimento irregular ocasionando falta de água; em que mulheres e crianças estão subindo ladeira carregando baldes de água até suas casas, dentre outros relatos (Rio de Janeiro, 2020).

A CEDAE, que atende com água a maior parte dos municípios da periferia e as favelas do Rio de Janeiro, implementou algumas medidas para atender as demandas prementes dos moradores por água.

No que diz respeito às consequências da inadimplência, foi suspenso o corte do abastecimento e a negativação de débitos dos seus clientes desde o início da pandemia (CEDAE, 2020a). Além disso, foi suspensa a cobrança para clientes da tarifa social e pequenos comerciantes por três meses (maio, junho e julho) (CEDAE, 2020b).

Para garantir o abastecimento de áreas com abastecimento irregular, em março foram contratados de 40 novos caminhões pipa, em caráter emergencial, para atender com prioridade comunidades da RMRJ. O objetivo é atender com mais celeridade localidades que estão solicitando abastecimento e com maior demanda por água (CEDAE, 2020c).

Em abril a CEDAE lançou o novo programa para auxiliar no combate à pandemia de COVID-19 em áreas de ocupação irregular através da instalação de um sistema alternativo de abastecimento de água (Foto 1 e 2) (CEDAE, 2020d). Trata-se da “instalação de caixas d’água, conectadas a barrilete com bicas, em áreas de ocupação irregular. As caixas d’água são abastecidas diariamente por um dos 64 caminhões pipa que atuam na Região Metropolitana” (CEDAE, 2020e). Até o dia 25/05, o programa havia atendido 10 localidades (CEDAE, 2020e), e sua continuidade e expansão é fundamental, tendo em vista o número de favelas do Rio de Janeiro e as denúncias levantadas pela DPRJ (Rio de Janeiro, 2020).



Foto 1: Fim do Mundo, na Vila dos Pinheiros, Complexo da Maré. Fonte: Cedae (2020f).

Foto 2: Comunidade na Estrada do Quititi, no Anil, na Zona Oeste. Fonte: Cedae (2020e).

Por fim, como medida de ação complementar ao saneamento nas comunidades do Rio de Janeiro, a CEDAE contratou empresa especializada para realizar o serviço de sanitização como um reforço ao combate ao COVID-19. A sanitização teve início no dia 24/04 e, no início de junho (06/06) a Companhia já havia atendido 201 comunidades (CEDAE, 2020g).

Essas medidas emergenciais não atendem à totalidade daqueles que vivenciam no seu cotidiano o abastecimento precário. Destaca-se a necessidade de programas da CEDAE, formulados pelo governo estadual, para ampliar os serviços regulares para esses territórios, que devem ser prioridade nas políticas de investimento. O quadro dramático revelado agora durante a pandemia reflete um histórico de descaso que precisa ser revertido, garantindo serviços com qualidade para todos, independentemente do local da moradia.

As medidas emergenciais propostas pela CEDAE, ainda que insuficientes para fazer frente ao déficit histórico de acesso à água em alguns municípios da periferia contrastam com o posicionamento das companhias privadas durante a pandemia. Nesse sentido, cabe sublinhar que a representante deste setor, a Associação Brasileira das Concessionárias Privadas de Serviços Públicos de Água e Esgoto (ABCON), está contestando leis estaduais que proíbem os cortes de água por inadimplência no contexto de emergência sanitária global desencadeada pelo vírus SARS-COV-2 (STF, 2020).

De fato, como companhias privadas têm o compromisso de distribuir dividendos para seus acionistas, o atendimento do interesse público (manter o abastecimento em qualquer circunstância para prevenção da disseminação do COVID-19) torna-se um objetivo conflitante. Diversos autores dos campos do Planejamento Urbano e da Ecologia Política da Água argumentam que as privatizações dos serviços públicos de saneamento vêm ocasionando mais desigualdade nos serviços prestados,

gerando um processo de fragmentação do tecido urbano (BAKKER 2003; GRAHAM & MARVIN, 1994; GUY, GRAHAM, MARVIN, 2002). Isso ocorre, segundo a literatura, porque existe uma tendência dos operadores privados a investirem apenas nas áreas rentáveis – deixando áreas irregulares, rurais e periféricas com serviços cada vez mais precários (GUY, GRAHAM, MARVIN, 2002).

Por este motivo, o lançamento da Consulta Pública sobre a concessão dos serviços de saneamento no Rio de Janeiro vem sendo criticado por diversos segmentos da sociedade civil.¹⁴ Há o receio de que o processo de desestatização da CEDAE leve ao acirramento das desigualdades no acesso à água em uma metrópole extremamente desigual dos pontos de vista social e espacial.

Além disso, o fato de a consulta ter sido lançada em meio à pandemia, o que impossibilita a realização de audiências públicas presenciais, é motivo de descontentamento. As audiências virtuais apresentam uma série de constrangimentos à participação de diversos grupos, em especial aqueles com acesso restrito à Internet. Segundo os críticos, uma questão desta relevância para a vida da população de todo o estado deveria ser debatida de forma mais ampla, o que só seria possível presencialmente.

Em síntese, a universalização do saneamento é urgente para a garantia da saúde da população, não só no contexto da pandemia da COVID-19, mas também para a prevenção de uma série de doenças de veiculação hídrica. As medidas emergenciais implementadas pela CEDAE constituem um esforço importante para prevenir a disseminação do coronavírus, mas constituem políticas de mitigação e não devem consolidar-se como uma forma precária de acesso à água. Finalmente, destacamos que a pandemia e a necessidade de se implementar medidas de prevenção independentemente de sustentabilidade tarifária expõe uma limitação do processo de privatização do saneamento ora em curso no Brasil.

4. AÇÕES ALTERNATIVAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NAS PERIFERIAS E FAVELAS EMPREENDIDAS PELOS GOVERNOS E PELAS REDES/ARTICULAÇÕES LOCAIS

A disseminação do novo coronavírus no Brasil, desde março de 2020, vem exacerbando a crise urbana, econômica, política e social no país, deixando a população que vive em favelas ainda mais vulnerável. Além das condições de

¹⁴ Como exemplo e possível citar o Observatório Nacional pelos Direitos à Água e ao Saneamento (Ondas), a Campanha Água Boa para Todos e Todas, que agrega inúmeros movimentos sociais; os sindicatos dos trabalhadores de saneamento do RJ, como SINTSAMA, SINDÁGUA, entre outros.

precariedade urbana encontradas em grande parte das favelas – como ruas estreitas e pouco ventiladas, irregularidades no abastecimento de água, inadequado tratamento de esgoto e densidade das moradias – é também nesses espaços que se concentra grande parte da população de baixa renda e em situação de informalidade do trabalho ou desempregada.

Na cidade do Rio de Janeiro encontra-se, proporcionalmente, a maior população vivendo em favelas do Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são 2,2 milhões de pessoas nessa condição, ou seja, 13% da população. As favelas cariocas vêm se tornando cada vez mais um foco de disseminação do novo coronavírus. Embora exista muita subnotificação de casos da doença, o site Voz das Comunidades - que colhe dados da Prefeitura do Rio de Janeiro, Governo Estadual do Rio de Janeiro e de Clínicas da Família sobre infectados, curados e mortos pela COVID-19 nas favelas – computou até o fim do mês de junho 2.212 casos confirmados da doença nas favelas, além de 445 mortos e 1.512 recuperados. Na cidade do Rio de Janeiro esses números chegam a 54.169 casos confirmados, 6.161 mortos e 46.676 recuperados no mesmo período analisado.

Embora o poder público, das esferas federal, estadual e municipal, tenha tomado algumas medidas para conter a disseminação do vírus nas favelas e dar suporte as famílias, elas não parecem ter sido capazes de conter a crise sanitária, econômica e social nas favelas. No mês de abril o governo federal implementou o Programa de Auxílio Emergencial, com objetivo de transferência de renda aos trabalhadores informais, microempreendedores individuais, autônomos e desempregados. No entanto, inúmeras dificuldades enfrentadas para a requisição do Auxílio Emergencial deixou uma parcela da população sem acesso ao benefício. No âmbito do governo estadual e municipal algumas das ações implementadas foram a distribuição de produtos de higiene, deslocamento da população idosa das favelas para hotéis, distribuição de carros pipa para o fornecimento de água e ações de sanitização em algumas favelas através da CEDAE.

Diante da pouca efetividade das ações do poder público e das dificuldades vivenciadas nas favelas, relacionadas às dificuldades de isolamento social e, também, à perda parcial ou total de renda por algumas famílias, inúmeras redes e articulações locais de moradores de favelas criaram iniciativas de combate, disseminação do vírus e suporte das famílias que perderam suas rendas. Sem esgotar as inúmeras iniciativas e articulações que ocorrem nas favelas, buscamos dar visibilidade a algumas experiências.

4.1. Morro da Babilônia (Copacabana)

O Coletivo Babilônia Utopia tem feito campanhas de arrecadação nas redes sociais angariando fundos para compra e distribuição de cestas básicas, luvas, máscaras, álcool em gel e produtos de limpeza. Além dessa iniciativa o Coletivo tem criado cartilhas e outros materiais informativos sobre combate à disseminação do novo coronavírus para distribuir aos moradores. Um painel informativo foi construído na entrada da favela com atualização diária do número de infectados, recuperados e óbitos pela COVID-19 no município do Rio e em todo o Brasil.

Com a arrecadação, o Coletivo Babilônia Utopia também comprou produtos e materiais necessários para realização da sanitização de ruas e vielas da favela. Os moradores voluntários - que foram treinados por moradores da Favela Santa Marta, pioneira em realizar a higienização em favela com recursos próprios - realizam a ação uma vez ao mês.

4.2. Cidade de Deus

Na Favela Cidade de Deus foi criado um gabinete de crise, denominada “Frente da Cidade de Deus contra o Corona”, que reúne moradores de diversos grupos e coletivos existentes na favela. Uma das primeiras iniciativas foi arrecadar doações através de campanhas nas redes sociais para compra e distribuição de produtos de limpeza, higiene pessoal, máscara, alimentação e água mineral para doar aos moradores mais vulneráveis. Até o mês de junho foram beneficiadas mais de 10 mil famílias.

O grupo também investe na comunicação de informação criando folhetos com orientações para os moradores sobre o novo coronavírus. Em suas redes sociais, há vídeos sobre como usar máscaras, como evitar o contágio da doença e como praticar o distanciamento social.

4.3. Complexo do Alemão (Bonsucesso/Penha)

Uma das maiores favelas do Rio de Janeiro foi também uma das primeiras a se articular criando ainda no mês de março um gabinete de crise contra o coronavírus. Diante da ausência de orientações do poder público moradores que fazem parte dos grupos Coletivo Papo Reto; Instituto Raízes em Movimento; Mulheres em Ação do Alemão; EDUCAP - Espaço Democrático de União, Convivência, Aprendizagem e Prevenção; e Voz das Comunidades, se reuniram em torno o Coletivo Juntos pelo Complexo do Alemão para criar o gabinete de crise que vem desde então promovendo

campanhas nas redes sociais para levantar fundos para compra e distribuição de cestas básica para as famílias, kits de higiene como sabão e álcool em gel, máscaras de proteção e água mineral, bem como foram produzidos e distribuídos folhetos e faixas informativas sobre a COVID-19. De acordo com informações do gabinete de crise até o mês de junho 42.524 moradores foram beneficiados com tais cestas e kits.

Além disso, semanalmente a equipe do gabinete de crise se reúne com médicas, enfermeiros e profissionais da saúde que atuam na Clínica da Família, para atualizações sobre a situação do COVID-19 e informar os moradores. Outra iniciativa foi a sanitização da favela em parceria com a CEDAE e Associações de Moradores.

4.4. Complexo da Maré

A campanha contra o coronavírus nas favelas, lançada ainda no mês de março foi uma iniciativa de agentes comunitários da Maré que teve por objetivo uma grande campanha de esclarecimento nas 16 comunidades do Complexo da Maré, esclarecendo aos moradores sobre os sintomas do COVID-19, procedimentos de prevenção, e respeito ao isolamento social. Produção de áudios para circular em carro de som, panfletos distribuídos pelas ruas das favelas, faixas e cartazes foram colados nos comércios, igrejas e associações. Além disso, foram inseridas nas redes sociais das favelas vídeos e imagens, sinalizando a importância da higiene e do uso da máscara para o enfrentamento do vírus. Estatísticas com os números de infectados e mortos também foram divulgadas em formato de boletim pelas redes.

Ao longo dos meses a ação ganhou força, levando ao surgimento da Frente de Mobilização da Maré, que além das campanhas de esclarecimento, também foram feitas campanhas de arrecadação em redes sociais para compra e distribuição de cestas básicas, produtos de limpeza, higiene e máscaras de proteção. Atualmente a Frente de Mobilização da Maré possui mais de 50 voluntários, entre moradoras e moradores, comunicadores populares, assistentes sociais e profissionais das áreas de educação e saúde.

4.5. Favela da Providência

Na Favela da Providência os moradores se reuniram para organizar algumas importantes ações como campanhas de arrecadação online para compra e distribuição de cestas básicas, produtos de limpeza, higiene e máscaras na Favela da Providência e também no Morro do Pinto e no Morro da Conceição. Até o mês de junho cerca de

mil moradores foram beneficiados, cobrindo as áreas de maior vulnerabilidade das comunidades.

Foram feitas instalações de bicas públicas espalhadas pelas ruas da favela e produção de tutoriais para ajudar os moradores a solicitarem o auxílio emergencial do governo federal. Outra importante iniciativa foi a criação do Morador-monitor que consiste em recrutar moradores para auxiliarem na gestão territorial, reunindo informações e demandas da população - como necessidade de água, alimentos, itens de higienização e medicamentos - e diagnóstico de monitoramento de seis áreas da favela. Assim, quinzenalmente são produzidas informações por localidades das favelas revelando as urgências, necessidades e os locais de maior contaminação.

4.6. Favela da Rocinha

O Coletivo A Rocinha Resiste realizou um levantamento junto a moradores com objetivo de entender o impacto do novo coronavírus na favela e traçar ações estratégicas. A pesquisa foi feita entre os dias 19 e 20 de março de 2020, através de formulário digital. Com as informações levantadas foi possível avaliar quem eram as famílias que mais necessitavam de auxílio de cestas básicas e kits de limpeza e higiene. O coletivo vem organizando desde março campanha de arrecadação em redes sociais para compra de alimentos, materiais de limpeza e higiene, máscara, luvas e água mineral para distribuir aos moradores. O coletivo também atua, junto a instituições locais de saúde, na produção de informação para os moradores sobre as formas de proteção e combate a disseminação do novo coronavírus.

4.7. Favela Santa Marta

A Favela Santa Marta foi a primeira a realizar, por iniciativa dos próprios moradores, a sanitização das ruas e becos. Um grupo de moradores se articulou para criar uma campanha de doações e adquirir os produtos químicos e os materiais de proteção individual. A ação segue uma rotina semanal de sanitização.

A Associação de Moradores também vem realizando campanha de arrecadação nas redes sociais para compra e distribuição de cestas básicas, kits de higiene, limpeza, vale gás e máscaras faciais. Outra ação é do Grupo Alerta Santa Marta que vem mapeando o número de pessoas que estão com sintomas ou contaminadas com COVID-19, assim como outros impactos da pandemia na favela através de questionários online, que estão sendo aplicados semanalmente para os moradores. Esse mapeamento, denominado Painel Corona na Favela, busca visibilizar

os efeitos do coronavírus na favela, produzindo informações que as estatísticas oficiais não estão mensurando.

Outra iniciativa vem sendo feita pelo Grupo Eco que assumiu a responsabilidade de entregar 50 cestas básicas, por três meses (abril, maio e junho), através do apoio de amigos e colaboradores do Grupo Eco. As ações também incluem distribuição álcool em gel, vale gás e máscara de proteção facial.

4.8. Morro do Preventório (Niterói, RJ)¹⁵

O Banco Comunitário do Preventório, juntamente com outras organizações de Economia Popular e Solidária, protagonizou a criação do Comitê de Solidariedade Ações e Lutas que vem articulando, desde o início da pandemia, uma série de ações de apoio aos moradores de três favelas de Niterói – Morro do Preventório, Jurujuba e Jacaré. A articulação nos territórios se dá através da mobilização de lideranças comunitárias, organizadas em oficinas e divididas em grupos por território de atuação. As ações têm como objetivo apoiar as famílias no enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia, em especial pessoas que trabalham na economia informal, idosos, mulheres e pessoas em grupo de risco e que perderam sua fonte de renda.

A primeira ação organizada pelo Comitê foi a distribuição de alimentos através de cestas básicas. As cestas são compostas de produtos provenientes do comércio local, fortemente afetado pela pandemia, como os comerciantes das favelas, os produtores da agricultura familiar e os pescadores artesanais. Através de uma parceria estabelecida com a Academia Brasileira de Letras, também foram incluídos livros doados nas cestas. Para viabilizar essa ação, o Comitê adotou diferentes estratégias de financiamento, dentre as quais destacam-se a criação de uma “vaquinha” online (arrecadou até o momento cerca de 30 mil reais) e o apoio do programa S.O.S. Favelas da ONG VIVA RIO, que realizou a doação de 604 cestas de alimentos não perecíveis (parcialmente redistribuídas em territórios populares de outros municípios do estado). Além das cestas, foram fornecidos medicamentos, roupas, mobiliário e utensílios domésticos para as famílias que perderam suas casas antes de pandemia. O comitê criou, ainda, um grupo de trabalho orientado para a identificação de famílias que não foram contempladas pelas políticas públicas de renda básica (federal e municipal) e que, portanto, tem prioridade de atendimento.

O Comitê parte do entendimento de que tais políticas constituem soluções temporárias e, por isso, também se dedica à captação de recursos através de editais

¹⁵ Colaboraram com o texto: Marcio Santos e Marcos Rodrigo Ferreira.

de apoio a organizações comunitárias. Assim, o Banco do Preventório recebeu 50 mil reais de um edital da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Esse valor será destinado a um programa de “nano-crédito” que pode ser fundamental para a retomada da atividade econômica pós-pandemia. Para o programa, foram cadastradas as unidades comerciais das três comunidades, que passarão a aceitar a moeda social com vista à manutenção dos recursos no território; e iniciou-se uma busca por empreendimentos de mulheres para a formação de grupos de nano-crédito com até cinco trabalhadoras. Além disso, vem sendo realizado um mapeamento comunitário com vista à geração de dados dos cidadãos. Nessas ações, o Banco Comunitário do Preventório tem o apoio do Laboratório de Informática e Sociedade (LabIS/UFRJ), da Universidade de Warnick no Reino Unido e da Universidade de Antioquia na Colômbia.

Outra ação organizada pelo Comitê é a realização semanal de lives, denominadas “livão”, que tem como principal objetivo a formação política e cultural, além da divulgação do trabalho comunitário e da mobilização das doações. Finalmente, o Comitê está articulando um programa de defesa civil comunitária, que visa tornar a comunidade mais preparada para futuras pandemias. Essa ação conta com o apoio do Ministério Público do Rio de Janeiro, da Defesa Civil Estadual e da ONG Save the Children.

6. Políticas Municipais das cidades de Maricá e Niterói (boas práticas)

Além das iniciativas da sociedade civil, cabe destacar duas iniciativas promovidas por governos municipais. Os municípios de Maricá e Niterói constituem exemplos de boas práticas no que se refere às políticas municipais de enfrentamento da crise sanitária e socioeconômica. As medidas adotadas pelas prefeituras dos dois municípios são semelhantes em alguns pontos. Dentre as principais medidas adotadas em Maricá, destacam-se:

1. Programa de Amparo ao Trabalhador (PAT)

O programa¹⁶ foi desenvolvido pela Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Comércio, Indústria e Portos de Maricá e atende 26.000 trabalhadores, dentre autônomos, profissionais liberais, microempreendedores individuais e informais com o pagamento de um salário mínimo mensal durante seis meses a partir de abril.

2. Programa Renda Básica da Cidadania (via Banco Mumbuca e moeda social)

O programa¹⁷ foi implementado em 2013 e, atualmente, atende 42 mil pessoas. Durante a pandemia o valor foi aumentado de 130 para 300 reais durante seis meses. O Programa é implementado através do Banco Comunitário Mumbuca e da Secretaria de Economia Solidária. Os beneficiários recebem o valor, em moeda social Mumbuca, através de um cartão do Banco, a fim de fortalecer a economia local.

3. Linha de crédito emergencial para empresas

Em meados de abril, a Prefeitura de Maricá divulgou duas linhas de crédito emergencial¹⁸ para empresas. A primeira, *Microcrédito emergencial Juros Zero* prevê a concessão de microcréditos de até R\$ 15 mil, com carência de 12 meses sem pagamento de juros, e pagamento em 24 vezes. A segunda, *Crédito Empresarial 3% ao Ano*, prevê créditos de até R\$ 30 mil com carência de 12 meses e pagamentos com 0,25% ao mês e pagamento em 36 vezes.

Já em Niterói, dentre as principais medidas adotadas, destacam-se:

1. Programa Renda Básica

Através do Programa¹⁹ foi fornecido auxílio de R\$ 500, até dezembro, a cerca de 35 mil famílias incluídas no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal em Niterói. Foram beneficiadas famílias com renda *per capita* de meio salário mínimo ou renda familiar de até três salários mínimos mensais, bem como alunos matriculados

16 <https://www.marica.rj.gov.br/2020/04/20/programa-de-amparo-ao-trabalhador-e-ampliado-pela-prefeitura/>

17 <https://www.marica.rj.gov.br/2020/06/16/renda-basica-de-cidadania-de-marica-a-licao-que-os-eua-nao-aprenderam/>

18 <https://www.marica.rj.gov.br/2020/04/15/prefeitura-divulga-linhas-de-credito-emergenciais-para-auxilio-a-empresas/>

19 http://niteroi.rj.gov.br/rendabasica/PDF_SITE_800px.pdf

na rede municipal de ensino, motoristas de aplicativo e permissionários de banca de jornal.

2. Programa Empresa Cidadã

Através do Programa²⁰ foi implementado o auxílio na folha de pagamento às empresas com até quarenta funcionários que acordaram em não realizar demissões pelo período de oito meses, sobretudo nos setores de comércio e serviços. A Prefeitura de Niterói está arcando com os custos de um salário mínimo para até nove empregados durante cinco meses.

3. Programa Busca Ativa

O Programa²¹ forneceu auxílio emergencial até dezembro, no valor de R\$ 500, a categorias específicas com cadastros ativos no município — vendedores ambulantes, artesãos, trabalhadores da economia solidária e catadores de recicláveis.

Além dos programas listados acima, os dois municípios adotaram outras medidas bastante semelhantes como a sanitização de espaços públicos (inclusive em favelas), terminais de transporte e linhas de ônibus; e apoio à população de rua com abertura de espaços para isolamento, banho e pernoite. Também foram estabelecidas barreiras sanitárias nos principais acessos de ambas as cidades e políticas de testagem em massa²², inclusive em pessoas assintomáticas. Até o início de julho Niterói já havia realizado mais de 42 mil testes²³ (em 50 postos de testagem) e Maricá possui capacidade de realizar 1.500 testes por dia em cada um dos centros de atendimento. Foram adotadas ainda, medidas de distribuição de cestas básicas para alunos da rede municipal, bem como kits de limpeza e máscaras para grande parte da população (Maricá distribuiu 60 mil e Niterói 80 mil kits).

Para atender aos pacientes contaminados pelo coronavírus, Maricá inaugurou o Hospital Che Guevara no final de abril, além de três centros de atendimento para casos não graves. Niterói arrendou o Hospital Oceânico, construído pela iniciativa privada e que ainda não estava em funcionamento, para servir à rede pública, bem como um hotel para profissionais da área da saúde atuando na linha de frente. Além

20 <https://fazenda.niteroi.rj.gov.br/site/programa-empresa-cidada/>

21 <https://fazenda.niteroi.rj.gov.br/site/programa-busca-ativa/>

22 <https://www.marica.rj.gov.br/tag/testagem/>

23 http://www.niteroi.rj.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6729&Itemid=1

disso, os dois municípios investiram juntos 90 milhões para a construção de um hospital de campanha no município de São Gonçalo.

Importa destacar que estes municípios são os que possuem maior arrecadação proveniente dos *royalties* do petróleo nos últimos dois anos.²⁴ Maricá recebeu mais de R\$ 1,6 bilhão em 2019, enquanto Niterói, em segundo lugar na arrecadação de *royalties*, recebeu quase 1,4 bilhão no mesmo ano. No final de abril, Maricá já havia destinado cerca de R\$ 130 milhões desse montante para ações de saúde, renda básica e concessão de crédito. Já em Niterói as medidas para reduzir os impactos socioeconômicos da pandemia somam cerca de R\$ 300 milhões, pouco menos de 10% do orçamento anual da prefeitura (R\$ 3,6 bilhões). Além disso, ambos os municípios possuem fundos soberanos, criados nos últimos dois anos e que são alimentados por aportes de 5-10% da arrecadação proveniente dos *royalties* de petróleo.²⁵ O Fundo Soberano de Maricá foi criado em dezembro de 2017 e o Fundo Soberano de Niterói, em março de 2019. A gestão fiscal e a garantia de recursos nos fundos facilitaram o enfrentamento da crise. A criação dos fundos tinha como objetivo justamente situações de emergência como essa que se apresenta. Ambas as prefeituras declararam que irão recorrer aos fundos soberanos, caso se faça necessário.

7. MARCOS REGULATÓRIOS DE PROTEÇÃO DE DIREITOS PROPOSTOS E APROVADOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Quanto aos marcos regulatórios (especialmente leis e projetos de lei), percebe-se, tanto no estado quanto no município do Rio de Janeiro, um número elevado de iniciativas, especialmente no final do mês de março – logo após a instauração do isolamento social.

Percebe-se nessas iniciativas a necessidade de regular uma nova realidade física e social, mas ao mesmo tempo uma certa busca por protagonismo entre os parlamentares, possivelmente como tentativa de aumento de seu capital político, seja junto à população, seja junto ao poder executivo.

Tanto a Câmara dos vereadores, em âmbito municipal, quanto a Assembleia Legislativa, em âmbito estadual, adaptaram sua estrutura de trabalho para atividades virtuais e restringiram as discussões para temas relacionados à pandemia. No entanto,

24 Fonte: InfoRoyalties. Disponível em: <https://inforoyalties.ucam-campos.br/informativo.php>

25 <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2019/04/02/royalties-do-petroleo-criam-ilhas-de-riqueza-em-17-cidades.ghtml> e <https://oglobo.globo.com/economia/campeas-de-royalties-usam-recursos-do-petroleo-para-combater-coronavirus-24358329>

com a consolidação da situação de isolamento, foi possível perceber um processo de tentativa de aprovação de projetos de lei que, sob uma falsa ideia de urgência, trazem matérias polêmicas e potencialmente danosas para os cidadãos.

A alegação de urgência, além de dar velocidade ao processo, reduz as possibilidades de participação popular, facilitando a aprovação de tais projetos e ao mesmo tempo violando diversos preceitos legislativos e constitucionais, como a efetiva participação popular e o devido processo legislativo.

No âmbito urbano, o principal exemplo desta prática é o PLC 174/2020, em trâmite na Câmara de Vereadores do Município do Rio de Janeiro. O referido PLC tem por objetivo explícito promover diversas alterações urbanísticas na cidade com finalidade arrecadatória, alegadamente para fortalecer os cofres públicos no combate à pandemia.

O referido projeto ignora o processo de revisão do Plano Diretor – no qual deveria estar inserido – e a necessária participação popular para a sua aprovação. Alega um caráter temporário que poderia caracterizar sua urgência, mas que não se sustenta diante das disposições trazidas por ele. Ou seja, trata-se de uma clara tentativa de utilizar o contexto emergencial da pandemia para a aprovação de legislações que, em circunstâncias normais, teriam dificuldade de serem aprovadas.

Essa prática, que encontra paralelo no âmbito federal, inclusive em discurso aberto de ministros de Estado²⁶, deve ser foco de nossa atenção e repúdio, considerando a ilegalidade e os efeitos, via de regra danosos, para as cidades e seus habitantes.

Abaixo segue uma tabela com algumas das iniciativas do poder legislativo do Rio de Janeiro, nos âmbitos municipal e estadual, relativas à pandemia. Buscou-se selecionar as principais iniciativas de cada temática.

Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro			
Tema	Data	Status	Descrição
Direito ao trabalho	18 jun. 2020	Em vigor	Lei 6751/2020 suspende o pagamento da Taxa de Uso de Área Pública

26 Neste sentido a fala do ministro do meio ambiente, Ricardo Salles, em reunião ministerial, noticiada pelo Globo. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/22/ministro-do-meio-ambiente-defende-passar-a-boiada-e-mudar-regramento-e-simplificar-normas.ghtml>. Acesso em 05 de julho de 2020.

			(TUAP) durante a situação de emergência na cidade do Rio de Janeiro, com a finalidade de reduzir o impacto financeiro de trabalhadores e trabalhadoras ambulantes durante a pandemia.
Transferência de renda	15 jun. 2020	Em vigor	Lei 6746/2020 amplia o Programa Cartão Família Carioca durante o estado de calamidade pública, com: aportes adicionais às famílias já beneficiadas pelo programa com alunos inscritos na rede municipal de ensino; benefícios complementares a famílias que já recebam o auxílio emergencial federal; e inclusão de trabalhadores autônomos, ambulantes, informais e microempreendedores individuais.
<i>Passando a boiada...</i>			
Tema	Data	Status	Descrição
Direito urbanístico	18 jun. 2020	Em vigor	Lei 6748/2020 , de autoria do Poder Executivo, altera a delimitação da área de Rio das Pedras, Vila Pinheiro, Vila Caranguejo, Areal 1 e Areal 2.
Tema	Data	Status	Descrição
Direito urbanístico	12 mai. 2020	Tramitação suspensa por decisão judicial	PLC 174/2020 ESTABELECE INCENTIVOS E BENEFÍCIOS PARA PAGAMENTO DE CONTRAPARTIDA NO LICENCIAMENTO E LEGALIZAÇÃO DE CONSTRUÇÕES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, EM CARÁTER TEMPORÁRIO, MEDIANTE

			BENEFÍCIOS URBANÍSTICOS COM COBRANÇA DE CONTRAPARTIDA COMO FORMA DE VIABILIZAR RECURSOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS CRISES SANITÁRIA E ECONÔMICA ORIUNDAS DA PANDEMIA DA COVID-19 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS
Projetos de Lei			
População de rua	23 jun. 2020	Em tramitação	PL 1835/2020 DISPÕE SOBRE O FORNECIMENTO DE MÁSCARAS FACIAIS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, EM RAZÃO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.
Espaço público	28 mai. 2020	Em tramitação	PL 1832/2020 INSTITUI AS DIRETRIZES BÁSICAS PARA RETOMADA DOS EVENTOS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Transferência de renda	02 jun. 2020	Em tramitação	PL 1826/202 ALTERA A LEI Nº 5.358, DE 2011, QUE CRIA NO ÂMBITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO O PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA – CARTÃO FAMÍLIA CARIOCA.
Fornecimento de água	12 mai. 2020	Em tramitação	PL 1803/2020 DISPÕE SOBRE ABASTECIMENTO DE ÁGUA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DURANTE ESTADO DE CALAMIDADE OU SITUAÇÃO DE

			EMERGÊNCIA, DECRETADOS EM DECORRÊNCIA DE EPIDEMIAS OU PANDEMIAS NA CIDADE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Direitos da mulher	09 abr. 2020	Arquivado	PL 1775/2020 CRIA O PROGRAMA DE ACOLHIMENTO EMERGENCIAL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DURANTE A VIGÊNCIA DO ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA, COM EFEITOS ENQUANTO DURAREM AS MEDIDAS DE QUARENTENA E RESTRIÇÕES DE ATIVIDADES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19.
Direito à moradia	08 abr. 2020	Arquivado	PL1773/2020 VEDA A REINTEGRAÇÃO DE POSSE OU DESPEJO REALIZADO PELO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS COVID-19.
Favelas	04 mai. 2020	Aprovado. Aguardando sanção do executivo	PL 1755/2020 DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DE PROGRAMA EMERGENCIAL PARA O COMBATE AO CORONAVÍRUS NAS FAVELAS E COMUNIDADES DURANTE PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19) NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ)			
Tema	Data	Status	Descrição

Direito à moradia	6 abr. 2020	Vetado pelo poder executivo	PL 2022/2020 prevê: (a) suspensão dos mandados de reintegração de posse e despejos; (b) suspensão de aplicação e cobrança de multas em casos de não pagamento de aluguel ou da prestação de quitação de imóveis residenciais, enquanto vigorar o estado de emergência em função da pandemia.
Fornecimento de serviços essenciais	17 mar. 2020	Aprovado	PL 1999/2020 estabelece: (a) proibição da interrupção de serviços essenciais por falta de pagamento; (b) proibição do aumento, sem justa causa, de preços de produtos e serviços, enquanto vigorar o estado de emergência em função da pandemia.
Direito à moradia	18 mar. 2020	Aprovado	PL 2000/2020 autoriza o governo do Estado a requisitar administrativamente propriedades privadas, com pagamento posterior, para viabilizar o cumprimento de quarentenas, isolamentos e demais tratamentos médicos.
	13 mar. 2020	Aprovado	PL 1998/2020 autoriza o governo do Estado a conceder bolsa-auxílio às famílias dos estudantes da rede pública de ensino que tenham aulas suspensas em função da pandemia.
Transferência de renda	18 mar. 2020	Aprovado	PL 2007/2020 autoriza o governo do Estado a prover renda mínima emergencial, equivalente a 50% do salário mínimo, a empreendedores da economia solidária popular nos casos de emergência ou calamidade.
	25 mar. 2020	Em	PL 2067/2020 autoriza o governo do

		tramitação	Estado a prover renda mínima emergencial, equivalente a 50% do salário mínimo, a trabalhadores desempregados nos casos de emergência ou calamidade.
Fornecimento de serviços de comunicação	18 mar. 2020	Rejeição do veto do executivo.	PL 2012/2020 veda a interrupção de acesso ou redução de velocidade nos pacotes de dados móveis contratados juntos a operadoras de telefonia.

Por sua vez, os agentes do sistema de justiça (tribunais, defensoria pública e ministério público) têm assumido protagonismo em relação às mais diversas demandas sociais relacionadas à Pandemia de COVID-19. Diante de um poder executivo que pouco atua e de um cenário que chegou ao caos social durante algumas semanas, o judiciário tem sido o endereço preferencial de demandas sociais. Considerando sua estrutura diretamente relacionada com privilégios de classe e cor, as decisões e iniciativas nem sempre vão no sentido da garantia de direitos, especialmente aos mais vulneráveis. No entanto, ainda tem sido a via de maior sensibilidade social neste contexto de pandemia.

Entre os pontos polêmicos levados ao judiciário durante o período de pandemia merecem destaque:

- (i) a possibilidade ou não de despejos e remoções;
- (ii) a possibilidade ou não de interrupção de serviços públicos essenciais;
- (iii) busca de vagas de internação em UTIs para pacientes de COVID-19 em estado grave;
- (iv) situações de violência doméstica que envolvem a saída do lar do abusador ou o acolhimento da vítima;
- (v) desafogamento do sistema carcerário para evitar o risco de contágio, especialmente de presos em grupo de risco.

Algumas dessas questões, que eventualmente contaram com decisões divergentes em escalas locais, foram levadas aos tribunais superiores para fins de uniformização. No âmbito do território do Estado do Rio de Janeiro, não se pode deixar de destacar a liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal para proibir operações em favelas do estado durante a pandemia, autorizando-as apenas em 'hipóteses absolutamente excepcionais' com a apresentação de justificativas ao Ministério Público, por escrito. A decisão foi motivada pelo recrudescimento das operações

policiais nas favelas fluminenses no período de pandemia, colocando em risco de vida os moradores que deveriam ter garantido seu direito à moradia, condição básica para as medidas de isolamento social recomendadas pelas autoridades de saúde pública.

No cenário de tais demandas, ganha destaque a atuação da Defensoria Pública que, para além de seu papel institucional na defesa dos mais vulneráveis, tem se mostrado um ator importante na luta por direitos no Rio de Janeiro. Por meio do ajuizamento de diversas ações judiciais, bem como da promoção de articulações institucionais junto ao judiciário e ao legislativo, a Defensoria do Estado do Rio de Janeiro tem atuado incansavelmente na luta pela garantia de condições mínimas de saúde para a população mais vulnerável. Essa garantia tem envolvido atuação direta em demandas das mais diversas áreas, como moradia, sistema penitenciário, violência doméstica, acesso a serviços básicos e direitos humanos.

Abaixo uma tabela com as principais iniciativas do poder judiciário e dos atores do sistema de justiça vinculadas à pandemia.

Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ)		
Tema	Data	Descrição
Direitos da mulher	08 abr. 2020	Atendimento especial, durante toda a quarentena, de vítimas de violência doméstica da capital.
Fornecimento de energia elétrica	09 abr. 2020	Com base na Resolução ANEEL 878/20 e na Lei Estadual 8.769/20, o TJRJ decidiu pela proibição do corte do fornecimento de energia pelo prazo de 90 dias.
Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro		
Tema	Data	Descrição
Sistema prisional	26 mar. 2020	Soltura imediata de prisões preventivas e temporárias de pessoas com mais de 60 anos.
Sistema de acolhimento institucional	27 mar. 2020	Recomendação à Prefeitura do Rio de Janeiro com medidas de proteção das pessoas com mais de 60 anos de idade, principalmente aquelas que

		se encontram em unidades de acolhimento institucional.
Sistema socioeducativo	30 mar. 2020	Suspensão de mandados de busca e apreensão de adolescentes, atendendo à Recomendação 62/2020 do Conselho Nacional de Justiça.
População de rua		Plano de prevenção e combate ao Coronavírus, enviado às autoridades municipais, com 31 ações emergenciais para segurança e saúde da população em situação de rua.
	06 abr. 2020	Recomendação conjunta, enviada ao Governo do Estado, às Secretarias Estaduais de Saúde e de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos e à Fundação Leão XII, com medidas para segurança e saúde da população em situação de rua.
Ministério Público Estadual (MP-RJ)		
Tema	Data	Descrição
Fornecimento de água	03 abr. 2020	Ação Civil Pública junto à Defensoria Pública, em face da CEDAE, do Estado do Rio e do Instituto Rio Metr�pole, para exigir a elabora�o de “Plano de Emergência e Contingência” para os municípios atendidos pelo Sistema Guandu e garantir o abastecimento de água � popula�o durante a pandemia. (Processo n. 0071029-10.2020.8.19.0001)
		A�o Civil Pública junto � Defensoria Pública, em face da CEDAE, do Estado do Rio e do Instituto Rio Metr�pole, para exigir a regulariza�o do fornecimento de água em todas as áreas do município do Rio de Janeiro. (Processo n. 0076803-21.2020.8.19.0001)

Fornecimento de energia elétrica		Abertura de Inquérito Civil, contra a Light, para avaliar o descumprimento das medidas do 'Plano de Contingência do Novo Coronavírus', estabelecidas na Lei Estadual nº 8.769/2020.
Fornecimento de serviços de comunicação		Abertura de Inquérito Civil, contra a Oi e Nextel, para avaliar a suspensão do serviço de telefonia e internet por inadimplemento e redução de pessoal, em descumprimento ao 'Plano de Contingência do Novo Coronavírus', estabelecido pelo Governo Federal.
Direito à moradia		Solicitação de suspensão, por tempo indeterminado, do cumprimento de mandados coletivos de reintegração de posse, despejos e remoções judiciais e extrajudiciais em função da pandemia.
Supremo Tribunal Federal (STF)		
	05 jun. 2020	Decisão proíbe operações em favelas do Rio de Janeiro durante a pandemia, autorizando-as apenas em 'hipóteses absolutamente excepcionais' com a apresentação de justificativas ao Ministério Público por escrito.

Referências

BAKKER, Karen J. A political ecology of water privatization. **Studies in political economy**, v. 70, n. 1, p. 35-58, 2003.

BRASIL. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)**. Brasília: SNSA/MDR 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento – SNS. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: 24o Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2018**. Brasília: SNS/MDR, 2019. 180

CEDAE. (2020a). **O que você precisa saber sobre sua conta d'água, cortes, parcelamentos e direitos durante a Pandemia do COVID-19?** Disponível em: <https://www.cedae.com.br/covid>. Acesso em: 05/07/2020.

_____. (2020b). **CEDAE suspende cobrança para clientes da tarifa social e pequenos comerciantes pelos próximos 3 meses**. Disponível em: <https://www.cedae.com.br/Noticias/detalhe/cedae-suspende-cobranca-para-clientes-da-tarifa-social-e-pequenos-comerciantes-pelos-proximos-3-meses/id/426>. Acesso em: 05/07/2020.

_____. (2020c). **CEDAE contrata 40 novos caminhões pipa para atender comunidades**. Disponível em: <https://www.cedae.com.br/Noticias/detalhe/cedae-contrata-40-novos-caminhoes-pipa-para-atender-comunidades/id/423>. Acesso em: 05/07/2020.

_____. (2020d). **CEDAE lança programa para reforço do abastecimento em comunidades**. Disponível em: <https://www.cedae.com.br/Noticias/detalhe/cedae-lanca-programa-para-reforco-do-abastecimento-em-comunidades/id/433>. Acesso em: 05/07/2020.

_____. (2020e). **CEDAE reforça abastecimento em comunidade no Anil**. Disponível em: <https://www.cedae.com.br/Noticias/detalhe/cedae-reforca-abastecimento-em-comunidade-no-anil/id/533>. Acesso em: 05/07/2020.

_____. (2020f). **Programa da Cedae reforça abastecimento na Vila dos Pinheiros, no Complexo da Maré.** Disponível em: <https://www.cedae.com.br/Noticias/detalhe/programa-da-cedae-reforca-abastecimento-na-vila-dos-pinheiros-no-complexo-da-mare/id/446>. Acesso em: 05/07/2020.

_____. (2020g). **CEDAE leva programa de sanitização a 201 comunidades.** Disponível em: <https://www.cedae.com.br/Noticias/detalhe/cedae-leva-programa-de-sanitizacao-a-201-comunidades/id/502>. Acesso em: 05/07/2020.

GRAHAM, S.; MARVIN, S. Cherry picking and social dumping: utilities in the 1990s. **Utilities policy**, v. 4, n. 2, p. 113-119, 1994. ISSN 0957-1787.

GUY, S.; GRAHAM, S.; MARVIN, S. Splintering networks: The social, spatial and environmental implications of the privatization and liberalization of utilities in Britain. In: COUTARD, O. (Ed.). **The governance of large technical systems**. London/New York: Routledge, 2002. p.149-169. ISBN 1134644957.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **MPF pede à população da Baixada fluminense que informe localidades sem água.** Assessoria de Comunicação Social, Procuradoria da República no Rio de Janeiro, 17/04/2020.

PDUI. **Plano Estratégico de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana do Rio de Janeiro**, Tomos I e II. Rio de Janeiro: Consórcio Quanta Jaime Lerner Arquitetos associados, Câmara Metropolitana, 2018.

PERHI. **Plano Estadual de Recursos Hídricos do estado do Rio de Janeiro. Relatórios gerencial e síntese.** Rio de Janeiro: Inea, Fundação Coppetec/UFRJ, 2014.

QUINTSLR, S. **A (re) rodução da Desigualdade Ambiental na MetrÓpole.** Conflito pela água, 'crise hídrica' e macrossistema de abastecimento no Rio de Janeiro. 2018. Tese (Doutorado), IPPUR, UFRJ, Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO (Estado). Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. Relatório da Ouvidoria Geral da Defensoria Pública sobre falta de abastecimento em bairros, favelas e cidades do Estado do Rio de Janeiro. **Diário da Câmara Municipal do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n.071, p.3-20, 17 de abr. 2020.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Concessionárias contestam lei de SC que proíbe corte de água e esgoto até o fim do ano.** Notícias STF, 11/05/2020.

Disponível

em:

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=443107>. Acesso

em: 03/07/2020.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



**FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA**

Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana, apresenta

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

A PANDEMIA DA COVID-19 EM UMA CIDADE POBRE E PERIFÉRICA:

Desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais, governança e políticas de enfrentamento em Salvador e em sua Região Metropolitana

Gilberto Corso Pereira

Inaiá Maria Moreira de Carvalho

Rafael de Aguiar Arantes

Carla Galvão Pereira

Claudia Monteiro Fernandes

José Lázaro de Carvalho Santos

Juan Pedro Moreno Delgado

Maria das Graças Borja Gondim dos Santos Pereira

Aparecida Netto Teixeira

Laila Nazem Mourad

Maina Pirajá Silva

André Augusto Araújo Oliveira

Pablo Vieira Florentino

Luis Alberto de Assis Borges

Salvador

Julho de 2020



1. Introdução

Este relatório apresenta análises preliminares do núcleo Salvador do INCT Observatório das Metrôpoles a respeito da pandemia da COVID-19 e seus impactos sobre Salvador e sua Região Metropolitana (RMS). Este primeiro documento concentra análises sobre a realidade da cidade polo desta região, que é a maior cidade do estado da Bahia e, segundo o último Censo Demográfico, concentrava cerca de 79% da população da RMS. Salvador é uma cidade periférica no tecido urbano e econômico brasileiro e é marcada por grande pobreza, desigualdades e formas de vulnerabilidade social.

A reflexão se estrutura em três eixos: a) Um panorama atual da pandemia na RMS; b) desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais e; c) governança e políticas de enfrentamento à COVID-19. A partir dessas dimensões, discute-se o panorama da epidemia do ponto de vista das desigualdades intraurbanas, incluindo também a perspectiva dos movimentos sociais e dos moradores de bairros populares sobre a realidade vivida. São também abordadas as relações intergovernamentais, especialmente entre o governo do estado e a prefeitura de Salvador, e as medidas adotadas por estes entes federativos, bem como as políticas de mobilidade, transferência de renda e apoio socioeconômico, as transformações dos instrumentos de gestão, caso especial das parcerias público-privadas, e os limites e desafios da gestão pública, sobretudo no que tange à questão da transparência na divulgação dos dados e informações sobre a pandemia.

2. Panorama atual da pandemia na Bahia e na RMS

Até a manhã do dia 30 de julho, o estado da Bahia apresentou um total de 154.334 casos confirmados de COVID-19 e um total de 3.321 óbitos. Desse total de casos confirmados, 140.136 pessoas já se encontram recuperadas e 13.877 casos permanecem ativos. O coeficiente de incidência do estado é 10.578,45 casos por 1 milhão de habitantes. 35,23 % dos casos são de residentes da capital, percentual que vem diminuindo desde o início da pandemia. Os demais casos confirmados ocorreram em 408 das 417 municípios baianos. A situação de Salvador e dos demais municípios da região metropolitana é apresentada na Tabela 1, que se segue.

Tabela 1: Número de casos confirmados de COVID-19, coeficiente de incidência e óbitos – RMS, 30/07/2020, às 10:13h

Município	Casos Confirmados	População	Coef. de Incidência/ 1.000.000 hab	Número de Óbitos	Óbitos/ 1.000.000 hab
Salvador	54.458	2872347	18.959,41	1.670	581,41
Lauro de Freitas	4.278	198440	21.558,15	68	342,67
Camaçari	3.838	299132	12.830,46	56	187,21
Simões Filho	1.468	134377	10.924,49	51	379,53
Candeias	1.474	87076	16.927,74	34	390,46
Dias D´avila	924	81089	11.394,89	18	221,98
São Sebastião do Passé	560	44300	12.641,08	7	158,01
São Francisco do Conde	549	39802	13.793,28	8	200,99
Pojuca	472	39519	11.943,62	4	101,22
Mata de São João	354	46583	7.599,34	3	64,40
Madre de Deus	504	21093	23.894,18	3	142,23
Itaparica	214	22228	9.627,50	7	314,92
Vera Cruz	225	43223	5.205,56	9	208,22
TOTAL	69.318	3929209	17.641,72	1.938	493,23

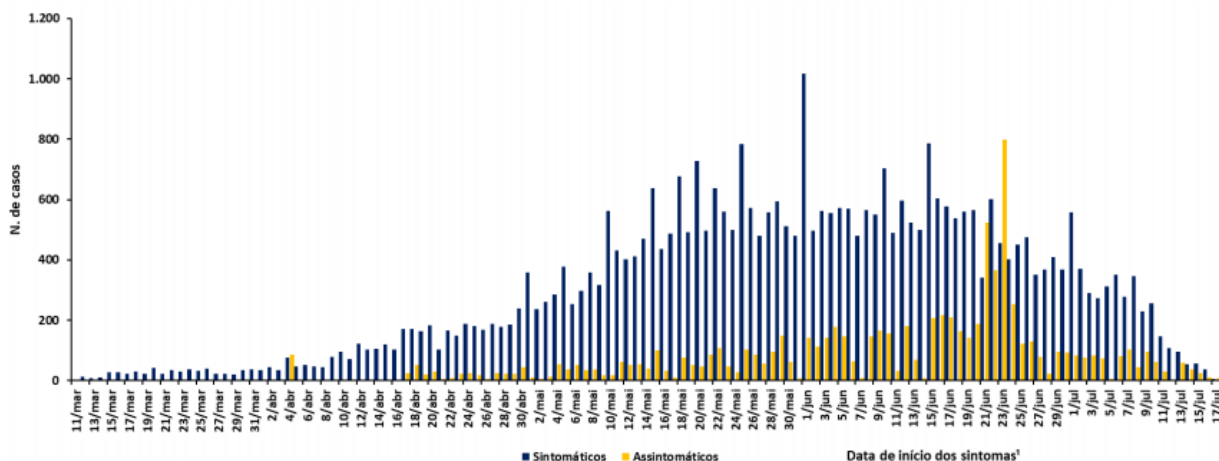
Fonte: Elaboração própria¹ baseada nos dados disponibilizados pela Central Integrada de Comando e Controle da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.

A curva epidemiológica do número de casos em Salvador, de acordo com o Boletim Epidemiológico municipal de 18 de julho, é apresentada na Figura 1, que se segue. Conforme o documento, “vale ressaltar a existência de amostras coletadas de pacientes com suspeita da COVID-19 a serem testadas e que não foram consideradas para análise desse gráfico (Figura 1)”².

¹ O governo do estado da Bahia não utiliza a Região Metropolitana de Salvador como unidade de análise e regionalização das informações de saúde e dos dados sobre a COVID-19.

² Disponível em < http://www.cievs.saude.salvador.ba.gov.br/download/boletim-12_2020-sms-cievs-ssa-covid-19/?wpdmdl=3250&refresh=5eed212d05c551592598829>.

Figura 1. Casos confirmados da COVID-19 segundo data de início dos sintomas¹, Salvador-BA, 11/03 a 18/07 de 2020.



Fonte: SMS/DVIS/CIEVS SSA/ e-SUS notifica/SIVEP Gripe. Dados preliminares sujeitos a alteração. Dados atualizados até 18/07/2020.

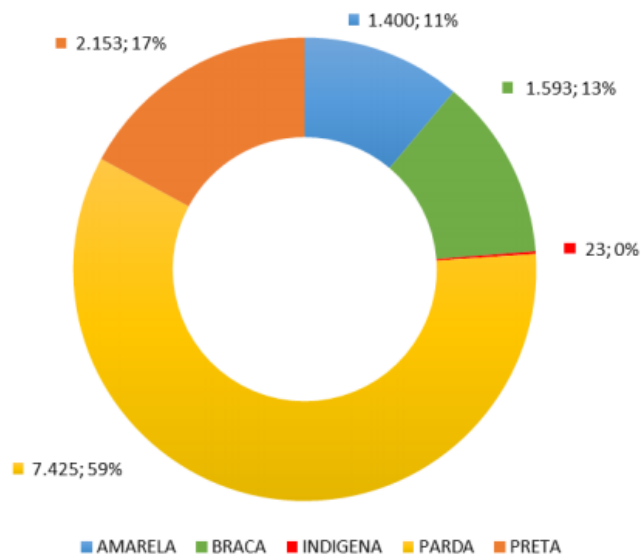
¹ Para os assintomáticos considerou-se como data de início dos sintomas, a data da coleta, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde.

Segundo o Boletim Epidemiológico municipal de 15 de junho, até o dia 13 de junho, a maioria dos casos confirmados declarou-se de cor parda ou preta, de acordo com a classificação do IBGE (9.578; 74%), conforme a Figura 2³. Porém, o boletim salienta que 7.132 (36%) das notificações de casos confirmados não possuíam o campo raça/cor preenchido. No primeiro trimestre de 2018, segundo a PNAD contínua, 16,8% dos moradores de Salvador se declaravam brancos, 49,4% pardos e 33,5% pretos. Observa-se que os casos da COVID-19 em residentes de Salvador apresentam-se até o momento mais frequentes (55%; 10.981) em indivíduos do sexo feminino. Em termos etários, as pessoas com mais de 80 anos apresentam maior risco de adoecer

No momento, o estado da Bahia possui 2.745 leitos ativos destinados ao tratamento da COVID-19. As taxas de ocupação em 30 de julho eram 61% de ocupação total, 53% de ocupação de leitos clínicos adultos e pediátricos e 73% dos leitos de UTI. Salvador, por sua vez, possui 1.430 leitos ativos, 67% de ocupação de leitos gerais, 62% de leitos clínicos e 71% de UTI adulto.

³ O boletim mais atual, de 18 de julho, não apresenta esses dados.

Figura 2. Raça/Cor dos casos confirmados da COVID-19, Salvador-BA, 11 de Março – 13 de Junho de 2020.



Fonte: SMS/DVIS/CIEVS SSA/e-SUS/SIVEP Gripe. Dados preliminares sujeitos a alteração.

3. Desigualdades e vulnerabilidades socioespaciais

3.1 Vulnerabilidade socioespacial e COVID-19: determinantes urbanísticos e saúde pública

A pandemia da COVID-19, com características de alto contágio, escancara a realidade da condição urbana nas cidades, exhibe a grande vulnerabilidade decorrente da organização socioespacial como fator agravante para enfrentamento da disseminação do vírus: complexidade de fluxos e diversidade de tecidos urbanos cujas características, habitacionais, de saneamento, ambientais, de níveis de concentração populacional e de domicílios, configuram padrões urbanos que impossibilitam o cumprimento do dispositivo do distanciamento social recomendável.

Como recurso de gestão do território, constata-se que o planejamento urbano tem sido fracamente acionado para delinear estratégias demonstrando distanciamento de uma condição de operacionalidade e aplicabilidade para desenhar uma ofensiva à emergência epidemiológica. Sem tratamento clínico, sem vacina, sem infraestrutura de saúde suficiente, o planejamento, na dimensão territorial para enfrentamento do vírus, restringe-se ao tratamento genérico do isolamento social “para salvar vidas”, bordão largamente utilizado, mas cuja finalidade de fato é a regulação do acesso à infraestrutura de saúde, principalmente leitos de UTI.

No início da vigência da pandemia COVID-19, enquanto a propagação acontecia de modo localizado, as relações interpessoais foram determinantes na disseminação do vírus. No estágio de disseminação não localizada, comunitária, questiona-se sobre a influência do padrão urbanístico do tecido urbano: densidades e condições habitacionais - moradia, infraestrutura e espaços públicos -, na propagação do contágio do vírus. No curso da pandemia foram geradas representações geolocalizadas dos registros de contaminação, entretanto não repercutiram numa estratégia territorial de gestão da crise sanitária na escala intraurbana, mas podem subsidiar estudos a

posteriori para compreensão dos determinantes urbanísticos de saúde.

O histórico descontrolado sobre a produção das cidades, especialmente nas áreas resultantes de autoprodução ou produção fora do mercado imobiliário formal, no contexto da cidade do Salvador, tem a seguinte expressão: 20% do território municipal de áreas precárias caracterizadas como ZEIS – Zonas especiais de interesse social, onde se concentra 56% da população, resultando em altíssimas densidades populacionais e de domicílios, média de 24.000 hab/ha (LCAD, 2019), exemplar para demonstrar a baixíssima possibilidade de cumprir o isolamento social recomendado.

Conhecida a importância das condições de habitabilidade da moradia: ventilação, insolação e a implicação da salubridade versus infraestrutura urbana, além de outros componentes do sistema urbano como a infraestrutura verde - recém incorporada -, no sentido da gestão territorial e do fluxo de expansão da pandemia, o desafio que se coloca é o de conhecer sob o ponto de vista da saúde pública os efeitos da densidade urbana e das condições habitacionais na propagação da COVID-19, visando identificar quais dos componentes urbanísticos são determinantes para a saúde pública.

Este raciocínio tem por hipótese de estudo que para a propagação do vírus características urbanísticas são importantes e contextos urbanos similares tendem a desenvolver as mesmas condições para a propagação da contaminação, estudo que, por similaridade, pode ser aplicável para as demais cidades brasileiras com o mesmo padrão de segregação socioespacial em áreas precárias, apesar das suas especificidades.

A abordagem territorial é uma diretriz que na área de saúde pública vem se firmando desde a experiência de construção dos Distritos Sanitários, ligado ao movimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)/ Organização Panamericana da Saúde (OPAS) em todo o contexto latino-americano, um movimento internacional. Encerra uma mudança de paradigma que transpõe a questão da saúde pública para uma perspectiva intersetorial de análise e de atuação que tem suporte teórico e metodológico, em construção desde os anos 60, que, partindo do método CENDES-OPAS⁴ retorna ao local como base territorial da organização dos sistemas, estratégia aprovada pela OMS/OPAS (TEIXEIRA, s/n).

Esta perspectiva para a organização dos sistemas de saúde de base territorial introduz a noção de complexidade na abordagem dos problemas de saúde, salta da Vigilância Epidemiológica, centrada no estudo das doenças – riscos e danos -, para a noção de análise de situação de saúde, na sua complexidade, resultado da interação entre problemas de saúde e seus determinantes. A Vigilância em Saúde tem por objetivo investir em promoção da saúde, consolidar práticas de proteção de grupos vulneráveis e assistência a pessoas que apresentem problemas prioritários, atuando sobre os determinantes da situação de saúde para o que a perspectiva intersetorial é

⁴ Planejamento de Saúde elaborado pelo Centro de Desenvolvimento (CENDES) apoiado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 1965, de enfoque sistêmico e atuação integrada, atrelado a análises de custo-benefício e prioriza os danos à prevenção, dentre outros méritos.

fundamental.

Conforme Teixeira, a base territorial da organização dos sistemas de saúde locais, numa perspectiva intersetorial, converge com a Geografia Crítica, “entendido o território como um espaço em transformação, e a contribuição da epidemiologia social que avançava para a análise dos determinantes da saúde” (TEIXEIRA, s/n). Do mesmo modo, conflui com o urbanismo na formulação e implementação de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de vida dos diversos grupos da população. Neste sentido, o urbanismo, enquanto campo de conhecimento, pode incorporar e vir a fortalecer a sua dimensão utilitária, pragmática e finalitária, reforçando-lhe o nexos. A considerar que o planejamento urbano não foi requisitado e nem tampouco oferecido como possibilidade de reforço às estratégias de gestão da crise sanitária da COVID-19, a aderência à dimensão da saúde pública pode vir a representar uma inserção social de maior reconhecimento admitindo-se que muito poderá ser apreendido deste momento pandêmico.

Do que vimos acompanhando e tentando analisar das diversas frentes de gestão da pandemia, as iniciativas da população de autogestão foi o que se apresentou como inovação de aparente eficácia: a mediação das demandas ante as emergências de saúde pela própria comunidade, estabelecendo micro territórios de supervisão e de assistência social com a instituição de “presidentes de ruas” para os quais convergiam as demandas (UOL notícias). As espontâneas formas de organização social são inspiradoras e indicam caminhos que têm ressonância para a construção de estratégias gerenciais, não apenas ante situações caóticas como esta, para fortalecimento do tecido social com vistas ao enfrentamento de carências sistêmicas dos territórios urbanos relegados pela gestão pública, via empoderamento que se fortalece pela estruturação de vínculos sociais de base territorial.

3.2 Desigualdades urbanas em Salvador

As cidades contemporâneas têm como atributos a complexidade e a diversidade. No caso de Salvador uma metrópole nordestina no Brasil, que tem como um dos seus traços a desigualdade social e espacial, esses atributos ganham contornos próprios e se expressam em arranjos sociais, ambientais e econômicos que resultam das diversas experiências, vivências e projetos conflitantes ou convergentes. Novas questões surgem - emergências epidemiológicas, emergência climática, aquecimento global, digitalização dos espaços e das relações sociais - e velhas permanecem na agenda pública como problemas não resolvidos - pobreza, vulnerabilidade socioambiental, mobilidade, moradia. As velhas questões se constituem de fato em passivo a ser considerado agora como um obstáculo para a construção de um futuro mais promissor para os moradores da metrópole, num contexto de mudança acelerado pela conjuntura em que o país mergulhou a partir de março com o desenvolvimento da pandemia da COVID-19.

Na atual pandemia tornou-se um consenso em quase todos os países, com a

desconcertante exceção do presidente da república brasileira, a necessidade de “achatar a curva”, termo que faz referência à mudança do padrão de crescimento de casos de infecção e de óbitos. O distanciamento social foi a ferramenta utilizada pelos governos nacionais e subnacionais que possibilitou desacelerar o crescimento do número de pessoas infectadas e evitar o colapso do sistema de saúde. Em metrópoles como Salvador o distanciamento social, como uma ferramenta de saúde coletiva, ainda que possa ser adotada do mesmo modo em todos os lugares, resultará em resultados, em termos de saúde pública, dramaticamente diferentes conforme as diferenciações socioespaciais do território urbano.

Salvador é uma cidade marcada por um processo de macrossegregação e por desigualdades muito intensas entre os três grandes vetores de expansão, que se definiram e se consolidaram a partir dos anos 1960 (somando-se à antiga área central) com a expansão econômica, populacional e urbana e a modernização e metropolização da velha capital baiana: a Orla Marítima Norte, o denominado “Miolo” e o Subúrbio Ferroviário, no litoral da Baía de Todos os Santos. Como diversos estudos têm constatado (Carvalho e Pereira, 2008; Costa Silva, 2016; Santos, 2016; Carvalho, 2018), as condições e as diferenças existentes entre esses espaços afetam significativamente as condições de vida dos seus moradores.

Na atual pandemia do coronavírus, se pode considerar que as condições de moradia, a desigualdade social que se expressa em segregação socioespacial e nas carências de infraestrutura urbanas, tem potencial para agravar as condições sociais da população dos bairros populares. A desigualdade duradoura ficou ainda mais explícita com as evidências de maior incidência de doenças epidêmicas, não apenas a COVID-19, mas outras que já existiam e continuam a se espalhar. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)⁵, em meio à pandemia de coronavírus, viroses como a dengue, a zika e a chikungunya seguem registrando aumento em Salvador e na Bahia. Só na capital baiana, a chikungunya cresceu 831,4%. Foram 1.481 notificações do dia 1º de janeiro ao dia 7 de abril de 2020, contra 159 no mesmo período do ano anterior. Para dengue e zika, o aumento foi menor, mas também expressivo: 323% e 372%, respectivamente. A maior quantidade de casos foi registrada no bairro de Sussuarana, com 66 ocorrências, seguido por São Marcos, que tem 58. O secretário de saúde do Estado da Bahia, Fábio Vilas-Boas afirmou em matéria do G1 Bahia (em 13 de abril de 2020), que o crescimento da propagação do coronavírus em bairros populares tem sido muito acima da média de todo o município. São nesses territórios que se materializam as desigualdades, onde moram as pessoas em condições de habitação mais precárias e que têm mais dificuldade de acesso a ações de prevenção, pronto-atendimento, testes e tratamentos adequados. A segregação espacial de Salvador tem características próprias, que permitem a atuação em territórios a partir do conhecimento adequado dessas características e do reconhecimento dessas desigualdades.

5 <https://www.metro1.com.br/noticias/saude/90492,casos-de-chikungunya-crescem-quase-dez-vezes-em-salvador-neste-ano>

Dados (Salvador tem 130 bairros... 2020) de 07 de maio de 2020, mostram a evolução da COVID-19 no espaço intraurbano de Salvador com a propagação da doença se espalhando para além dos bairros com predominância de população de classe média que foram os vetores iniciais da doença. A Pituba, bairro da orla atlântica, chegou a 72 casos e bairros populares como Uruguai, Liberdade e Plataforma que em 20 de abril tinham respectivamente 11, 9 e 5 e chegaram a 27, 26 e 23. Estes números são mencionados não para embasar análises epidemiológicas, mas para ilustrar a velocidade de propagação. Consideramos que as estratégias de distanciamento social possam ter algum êxito em retardar a propagação da COVID-19 em bairros melhor estruturados em termos urbanísticos, e terão menor chance de sucesso nos bairros populares, pela alta densidade demográfica e domiciliar, dimensão e qualidade dos domicílios, pouca qualidade da infraestrutura viária e de saneamento - que caracterizam estes bairros. O cartograma da Figura 3 ilustra a distribuição em dois momentos, 20 de abril e 07 de maio de 2020, a partir de dados disponibilizados pelo portal de notícias G1, que compilou informações liberadas pelo secretário municipal de saúde. A cartografia mostra a distribuição de casos sobre a diferenciação do espaço intraurbano indicada pelo índice IDHM, que sintetiza educação, saúde e renda da população dos bairros e mostra a difusão espacial dos casos pelo espaço, a partir do seu início, nas áreas de maior IDH, mais ricas, com melhor instrução e mais acesso a recursos de saúde, para o restante da cidade. Os números em branco mostram o número de casos em 06 de maio.

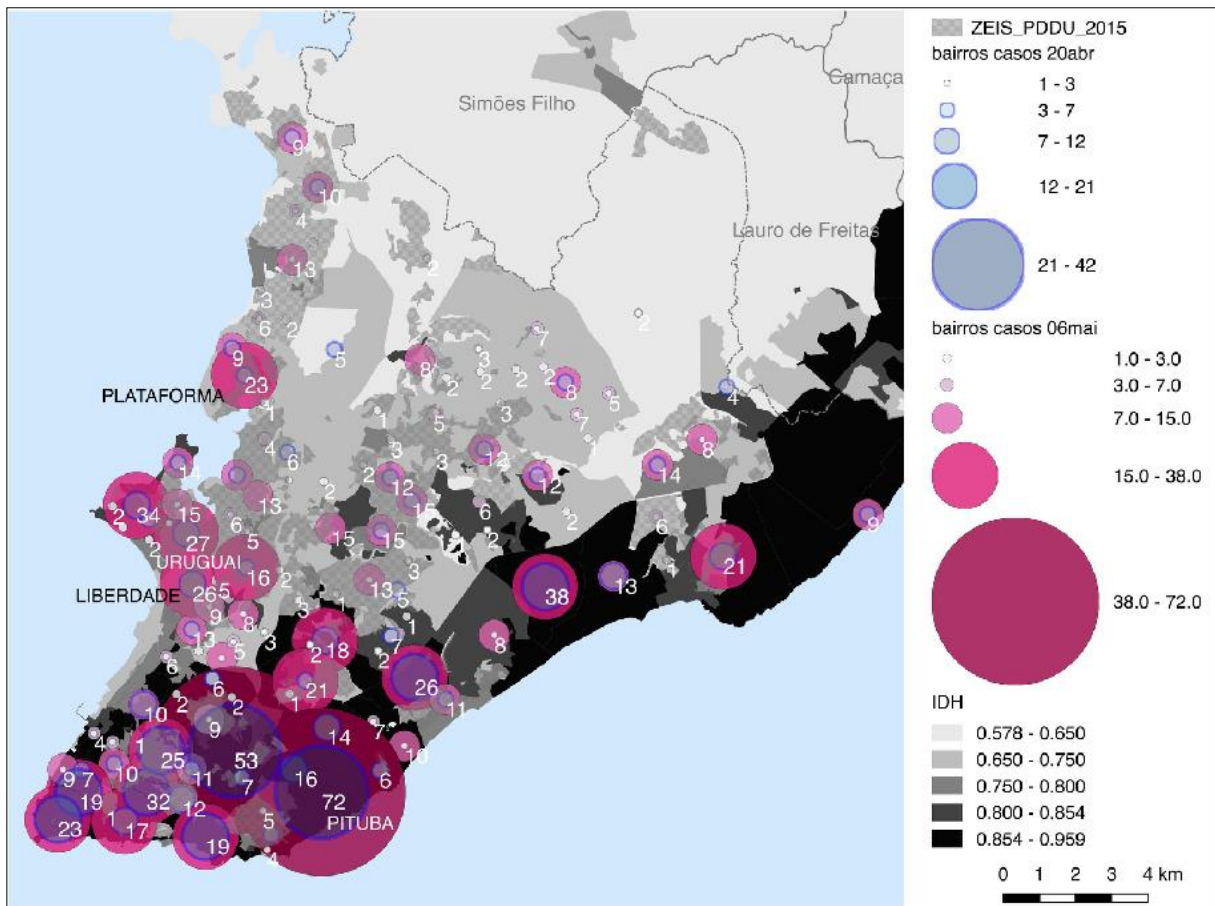
A Figura 4, com dados de 23 de maio de 2020, mostra como o contágio avança sobre os bairros de menor IDH, portanto de menor renda, menor instrução e menor acesso a recursos de saúde. As datas de 20 de abril e 23 de maio, um intervalo de cerca de um mês, são usadas como marco para se analisar o crescimento diferenciado dos casos nos diversos bairros da cidade. A Pituba continuava, naquele momento, com o maior número de casos, mas o cartograma mostra que a variação proporcional do número de casos do bairro é menor (164%) e que alguns bairros populares como Plataforma ou Periperi tem um crescimento dez vezes (crescimento percentual acima de 1.000%) maior no intervalo de um mês. Os números em branco no cartograma mostram o percentual de avanço nos números de caso por bairro de Salvador. Percebe-se também que o maior avanço percentual no número de casos se dá nos bairros de menor IDH, ou seja, onde vivem setores da população com menor renda, com menos anos de instrução, e com pouco acesso a recursos e serviços de saúde.

Mesmo considerando que os dados são escassos para análises mais profundas⁶, podemos considerar que as diferenciações socioespaciais são a base nesse momento para a diferenciação do avanço da propagação da pandemia sobre o espaço da metrópole. A fonte dos dados sobre o número de casos da cartografia das figuras foi a imprensa (portal G1 e Correio da Bahia) dado que o número de casos era naquele momento publicado pelo Twitter do secretário municipal de saúde e

⁶ Neste documento foram considerados dados e informações disponíveis até 24 de maio de 2020.

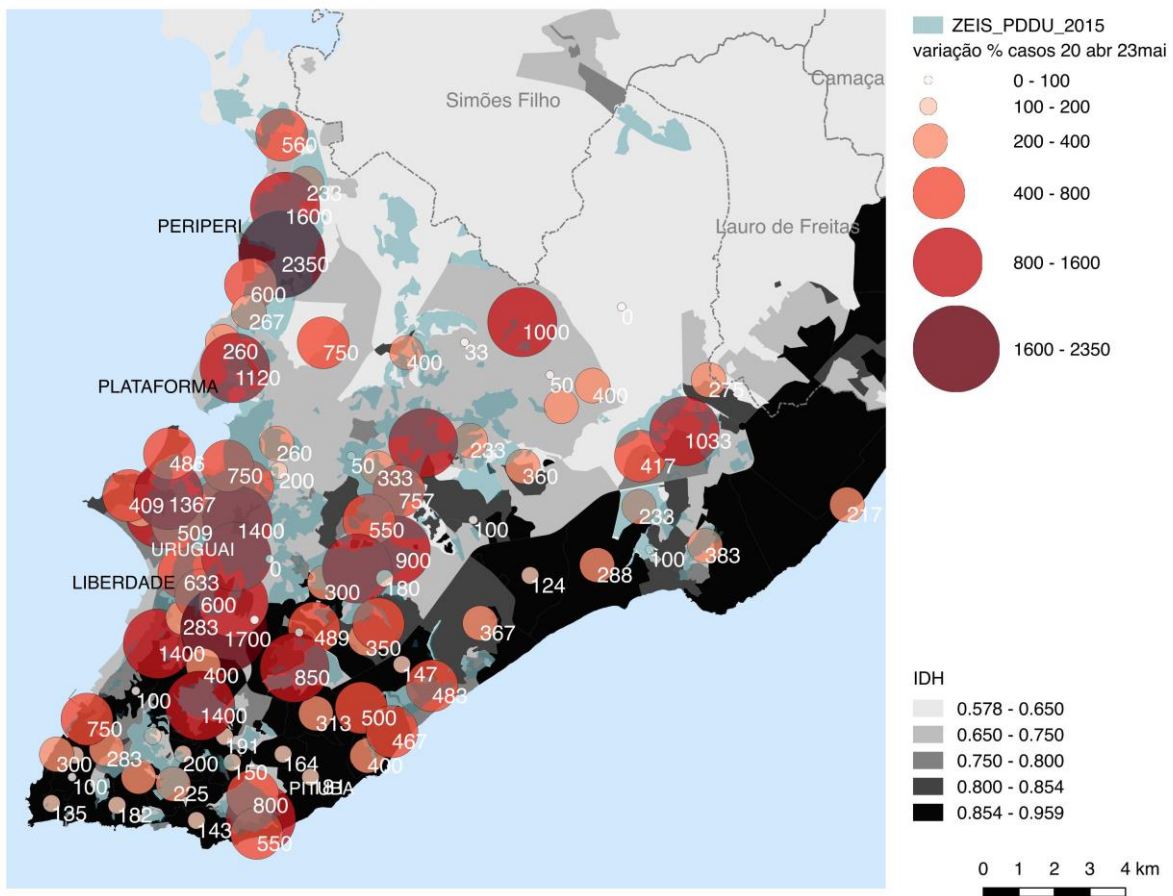
posteriormente compilado e publicado pela imprensa.

Figura 3 - Distribuição de casos de COVID-19 em Salvador em 06 de maio de 2020 Fonte:



Elaboração dos autores. dados: Covid (portal G1); IDH, IPEA 2010; poligonal ZEIS (PMS, 2016).

Figura 4 - Variação percentual de casos de COVID-19 em bairros de Salvador de 20 de abril a 23 de maio de 2020



Fonte: Elaboração dos autores. dados: Covid (portal G1); IDH, IPEA 2010; poligonal ZEIS (PMS, 2016).

Os padrões de urbanização e a concentração de renda que têm marcado o desenvolvimento de países como o Brasil têm levado a uma enorme concentração das oportunidades de emprego e renda no centro das cidades e nos seus bairros afluentes. Com isso a distribuição dos estabelecimentos e dos empregos no espaço urbano termina por se somar às desvantagens educacionais, à estreiteza das redes sociais (reduzidas por um relativo isolamento e limitadas, por vezes, a vizinhos e famílias nas mesmas condições de vulnerabilidade), e à discriminação racial e social contra os residentes em bairros percebidos como degradados e violentos, reforçando os efeitos adversos das condições de segregação.

A “geografia de oportunidades”, com a concentração de postos de trabalho socialmente protegidos nos espaços privilegiados de cidade, se soma aos efeitos adversos da moradia em áreas populares e segregadas (como a precariedade da infraestrutura urbana e digital, a estreiteza das redes sociais, os preconceitos e discriminações de ordem social, racial e territorial) contribuindo

para dificultar a incorporação produtiva dos seus residentes. Notadamente no caso dos jovens, dos negros, das mulheres, daqueles dotados de menor escolaridade e dos que somam alguns desses atributos, como os jovens negros do sexo masculino, com poucos anos de estudo. A atual pandemia de COVID-19 só fez amplificar esses efeitos e a expectativa que se forma pela análise dos dados (que ainda são insuficientes, mas já reveladores) é que a população dos bairros populares seja fortemente impactada.

3.3 Perspectivas dos movimentos sociais e dos moradores de bairros populares de Salvador

As perspectivas dos movimentos sociais em tempo de pandemia são trazidas por várias lideranças, aqui explicitadas pelas narrativas de Gamboa de Baixo; Movimento Sem Teto da Bahia – MSTB do Centro Histórico de Salvador; da Pastoral do Povo da Rua (PNPR) e do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR); Rede de Articulação do Centro Histórico e o Movimento Nosso Bairro é 2 de Julho; Federação das Associações de Moradores de Salvador – FABS.

Inicialmente deve-se ressaltar a explicitação das desigualdades sociais – de classe, étnico-raciais e gênero – nos territórios populares, que são estruturais na sociedade brasileira. Nesse contexto o termo “pandemias” reflete o atual “desmonte dos direitos sociais” que ocorrem inicialmente em 2016, atravessa 2017 e 2018 chegando de forma aprofundada até este momento atual (PAZ, 2020, n.p). Em Salvador, cerca de 1.217 milhão de moradores dos territórios populares, o que representa 42% da população total, vive em condições precárias de habitabilidade. Cabe destacar que a cidade está entre as três capitais do país com o maior número de domicílios nesses territórios. Ao analisar os dados do último Censo do IBGE, observa-se que em 2010, havia 275.593 domicílios que passam para 375.291 domicílios em 2019 (PNAD), o que significa um acréscimo de 36% de domicílios em territórios populares, enquanto que no restante da cidade o acréscimo de domicílios foi de 4,4%.

Vale ressaltar que essas áreas, em sua quase totalidade, compõem as ZEIS (Zonas Especiais de Interesse Social) onde se concentram a vulnerabilidade social e a pobreza, com 234 áreas delimitadas Plano Diretor e Desenvolvimento Urbano (PDDU/2016), representando aproximadamente 20% da superfície do território continental de Salvador.

Outro dado importante que revela como a desigualdade conduz à vulnerabilidade e à maior exposição ao risco pode ser exemplificado através dos 52.812 domicílios (IBGE/2010) com coabitação familiar (compartilhamento da mesma moradia por mais de uma família), o que se expressa na densidade demográfica com 620 hab./ha nos territórios populares em Salvador (média). Esta realidade dificulta o “isolamento social”, e é nos territórios populares onde há ocorrência de mais mortes, e principalmente da população negra. A liderança do Movimento Sem Teto da Bahia – MSTB, do Centro Histórico de Salvador, Maura Cristina, traz a realidade da falta de condições adequadas de moradia, exemplificando: “como a gente vai fazer, um quarto! Imagine um

quarto, nesta hora a mãe, o pai, o avô e três crianças, como a gente vai fazer para manter a distância e o isolamento social?” É essa desigualdade somada a tantas outras nos bairros populares que produz, como no caso de São Marcos, sete mortes em uma semana.

O ônus excessivo com aluguel urbano alcançava 41.663 domicílios (IBGE/2010), ou seja, se já era difícil comprometer 30% ou mais da renda com aluguel, agora sem rendimento, este problema se ampliou, principalmente com o veto do governo federal, ao artigo 9º da Lei 14.010/2020 que trata do regime jurídico emergencial no período da pandemia. O veto permite a concessão de liminar para desocupação de imóveis nas ações de despejo no contexto do coronavírus.

Segundo os dados da Pastoral do Povo da Rua (PNPR) e do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) em 2017 havia em Salvador 14.513 pessoas em situação de rua. Representantes do movimento questionam: o que significa falar ao habitante da rua “Fique em casa”. Mas, em qual casa? “Lave as mãos”, mas com qual água? A instauração desta situação limite, da pandemia, mobiliza antigas questões acerca da desigualdade social.

A representante Ana Caminha, mulher negra do Centro Histórico, da comunidade Gamboa de Baixo, lugar secular de pescadores e pescadoras, vem destacando através de videoconferências “as realidades e dificuldades que encontram na luta pelo direito à cidade e a luta contra os ataques neste momento de pandemia”. Ela ressalta diversas doenças que estão surgindo e somando-se neste contexto da COVID-19, como o agravamento da Zika, da Dengue da Chikungunya e o medo de contrair coronavírus ao procurar atendimento médico no posto de saúde, ao mesmo tempo medo de não ser atendido. “Como a gente vai lidar com esta essa situação, se em um momento tão crítico da pandemia não tem planejamento, não tem uma forma de lidar com as outras doenças que não deixaram de existir. Que situação é essa?! Que se o povo não morre na mão da polícia, a gente vai morrer de outra forma da COVID-19, da Zika, da Chikungunya, de outras doenças!”.

A liderança do Movimento Sem Teto da Bahia – MSTB, Maura Cristina, também alerta, “estamos vivendo um ataque da Chikungunya e as ações e trabalhos dos sanitaristas foram suspensos, é difícil para a comunidade este combate a tantas doenças, sem que o Estado assuma a sua responsabilidade”. Um aspecto importante de ser destacado é que a pandemia trouxe à tona o sistema de gestão incipiente relativo à saúde da família em Salvador, com baixos níveis de cobertura (médicos, enfermeiras e agentes comunitários), que nunca chegou a 30%, conforme informou Rafaela Freire, professora adjunta do departamento de medicina preventiva e social da UFBA. A efetiva atuação das equipes de saúde da família nos territórios populares pode ser um importante instrumento para criar formas de contenção das diversas doenças.

Ressalta-se ainda a diferença de tratamento das obras realizadas na cidade em tempo de pandemia. Ana Caminha traz como exemplo, os deslizamentos de encostas ocorridos no ano passado na Gamboa de Baixo, que ocasionaram principalmente o soterramento de casas e da escada de acesso à comunidade. Após muita pressão da comunidade, a prefeitura de Salvador,

através da Secretaria Municipal de Infraestrutura e Obras Públicas – SEINFRA, iniciou em junho de 2020 a execução da obra. Porém, após três dias “os trabalhos foram paralisados porque não tinha material, o material não chegou para execução da obra da comunidade! A obra da escada de acesso à Rua Hamilton Sapucaia está parada! Enquanto isso as obras de requalificação da orla e outras obras da cidade não estão paralisadas. As obras que interessam a população rica e branca da cidade não estão paradas!”. Este tratamento diferenciado, além de denotar racismo institucional, mostra que há uma intencionalidade do poder público, não é só um descaso, tem a intenção de “destruir as comunidades tradicionais”.

Essa questão está também associada ao privilegiamento histórico de investimentos públicos nas áreas mais valorizadas da cidade, em detrimento da melhoria das condições de habitabilidade desses territórios, o que foi agravado com o esvaziamento das políticas sociais pelo Estado, em todas as esferas, e, principalmente com a pandemia, com consequências danosas principalmente para a população de menor renda. Segundo o integrante da Federação das Associações de Moradores de Salvador – FABS, Pedro Reis, “o município de Salvador ao longo do tempo não se estruturou. Há um vazio sanitário que nesse momento de pandemia repercute de forma muito mais violenta dentro das comunidades [...] Salvador vive um fetiche e esse fetiche se acaba quando a realidade objetiva aparece, e aparecendo a gente vê [...] a fragilidade de trabalhar o lado periférico, porque o lado rico da cidade tem toda a estrutura do capital, mas na parte do subúrbio ferroviário e nas ilhas não se encontram”.

A urbanista Thais Rebouças, que também integra a Rede de Articulação do Centro Histórico e o Movimento Nosso Bairro é 2 de Julho, nos traz uma reflexão articulando o conjunto de direitos que não chegam aos territórios populares. Ela enfatiza “no final das contas todo mundo vai disputar os leitos do SUS, todo mundo vai disputar o respirador do SUS, mas isso não vai garantir acesso igual às pessoas, porque essa diferença vai ser mostrada, o próprio acesso à rede de saúde, aos hospitais, para quem mora nos territórios populares, nas ocupações é diferente. Então o que o coronavírus traz de novo é que além de escancarar a desigualdade de falta de condições de moradia digna, de infraestrutura, de transporte decente, rede de saúde, condições de sobrevivência – ao mesmo tempo essas diferenças também escancara o racismo estrutural, quando observa-se que o número de morte proporcional aos infectados é muito maior na população negra, são os negros e negras que estão morrendo!”.

Nesse momento agravado pela COVID-19, os movimentos sociais em Salvador questionam as ações que vêm sendo empreendidas pelo poder público municipal, as quais vêm priorizando a entrega de cestas básicas e máscaras, enfatizando que se fazem necessárias também ações de aspecto mais amplo, relacionadas a saúde e educação. Conforme explicita Pedro Reis “a periferia não vive só do alimento. A gente vive de outras questões que o poder público não traz. Então temos falta de creche; as escolas que nesse momento deveria estar com 100% de internet para o professor poder estar trabalhando com seus alunos não têm; só quem tem isso é a classe

abastada; os serviços Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência de Especialidades em Saúde - CRES, Centro de Referência Especializado para as Populações em situação de Rua que também poderiam amenizar esse sofrimento está desestruturado em Salvador [...] Então, a gente não quer nesse momento de pandemia que a periferia seja tratada como coitadinho, mas ela tem o direito objetivo de uma vida melhor.”

Um outro aspecto apontado pelos movimentos é o acesso livre a internet para todos. Ana Caminha, da comunidade Gamboa de Baixo, destaca “uma cidade num contexto de pandemia do coronavírus, onde se diz fique em casa! E a gente entende que é preciso ficar em casa, mas nós não temos os serviços básicos essenciais, como a Gamboa de Baixo, os Artífices da Conceição, a Ladeira da Preguiça, o MSTB, como nós vamos trabalhar essa conscientização, essa divulgação deste processo para ficar em casa, se a gente não consegue ter o único instrumento que agora nos garante esse diálogo com os moradores”. A Gamboa de Baixo, neste contexto de pandemia, tem tido apoio das frentes de solidariedade, das campanhas de ajuda da Rede de Articulação do Centro Histórico, do apoio da UFBA- Residência AU+E/UFBA através do projeto que visa garantir espaço de higienização, da ajuda de cantores, entre outras estratégias em curso pelo movimento.

Apesar dessa realidade, os movimentos acenam também com iniciativas de solidariedade em uma perspectiva política, com vistas ao fortalecimento do coletivo. Neste sentido, considera-se importante a continuidade do fortalecimento e apoio das ações e estratégias criadas pelos movimentos sociais no enfrentamento das “pandemias”, a partir da construção de redes de afeto e solidariedade potencializadas pelo uso das tecnologias.

4. Governança e medidas de enfrentamento à COVID-19

4.1 Relações intergovernamentais e o enfrentamento à pandemia da COVID-19 na Bahia e em Salvador

O governo do estado da Bahia e a prefeitura municipal de Salvador (PMS) vêm nos últimos anos demonstrando uma grande incapacidade de produzir uma governança cooperativa. Isso se deve a motivos variados, como a histórica vulnerabilidade do poder político local na Bahia frente ao executivo estadual, que é uma esfera concentradora de recursos e capacidade técnica e muitas vezes subjugou a autonomia deste ente federativo por conta do contencioso político-eleitoral (Dantas Neto, 2000). O governo do estado sempre exerceu um poder verticalizado e centralizador sobre os municípios, como no caso da Região Metropolitana de Salvador (RMS), onde impediu a configuração de um padrão de governança metropolitana mais horizontal e baseado na autonomia dos entes (Souza, 2008).

Embora a tendência seja a prevalência das ações centralizadoras do governo do estado, por vezes os municípios, em especial Salvador, conseguem produzir uma disputa por sua autonomia, configurando uma verdadeira competição intergovernamental, o que vem ocorrendo na cidade

depois da eleição em 2012 de um prefeito de oposição ao governo do estado⁷. Tal competição entre entes federativos e elites políticas tem se expressado de formas diversas, na disputa simbólica por quem faz mais, quem tem o melhor modelo de gestão, quem mais intervém sobre o espaço da cidade, o que tem produzido superposição de algumas ações e falta de complementariedade em outras. Tem gerado também um autorreferenciamento dos diversos planos construídos, a exemplo do PDDU de Salvador e o boicote a instituições metropolitanas⁸. A consequência é a incapacidade de produzir cooperação, estratégia fundamental para a governança de uma metrópole que é extremamente complexa (Arantes e Pereira, 2019).

Embora tais características sejam históricas, o enfrentamento da pandemia parece ter suspenso, pelo menos momentaneamente, essa competição, conforme analisado em detalhes por Pereira e Arantes (2020). O estado da Bahia teve o primeiro caso confirmado de COVID-19 no dia 6 de março, nove dias depois do primeiro caso confirmado no Brasil. Tratava-se ainda de uma transmissão importada da Itália, de uma residente de Feira de Santana, segunda maior cidade do estado. Dez dias depois, em 16 de março, quando havia 10 casos confirmados, o governo estadual tomou as primeiras medidas para enfrentamento do novo coronavírus e no dia 18 de março declarou situação de emergência em todo o território baiano. O governo do estado adotou diversas medidas, conforme a Figura 5 que se segue.

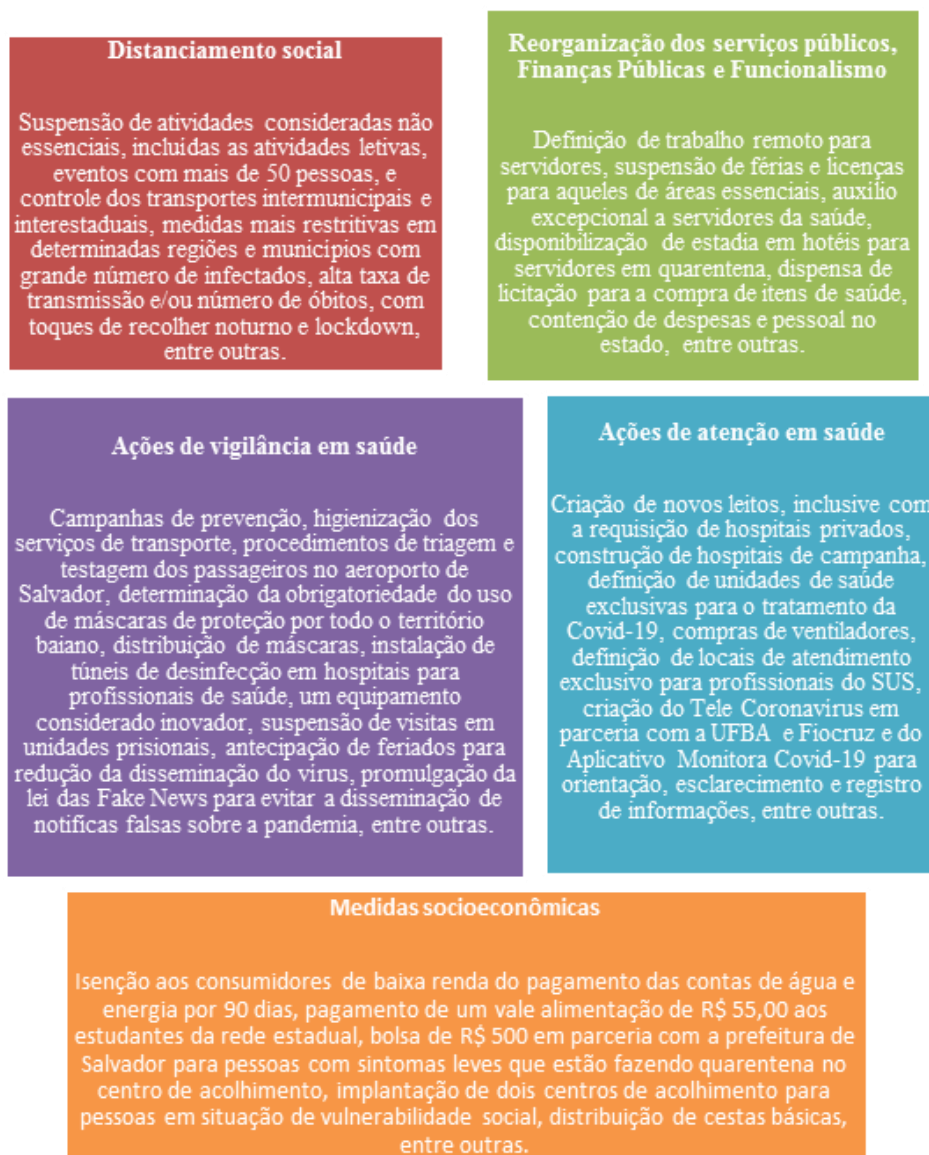
Outra frente de atuação de caráter institucional do governo baiano tem sido a presidência do Consórcio Nordeste, conformado pelos nove estados da região. Durante a pandemia, para além de diversas ações conjuntas como a compra de equipamentos, o Consórcio criou o *Comitê Científico do Consórcio Nordeste contra o Coronavírus* com objetivo de auxiliar os gestores da região na tomada de decisões sobre as ações de enfrentamento à crise. Recentemente, por exemplo, este comitê disponibilizou aos estados membros uma matriz de risco⁹ para avaliar o relaxamento das estratégias de isolamento social. O Consórcio Nordeste vem consolidando um novo arranjo institucional no combate à pandemia, em um momento em que o governo federal estabelece conflitos com entes federados e responsabiliza os governadores pelos impactos econômicos do distanciamento social.

⁷ O prefeito ACM Neto, do Partido Democratas, faz parte de um grupo político historicamente antagônico àquele do atual governador do estado, Rui Costa do Partido dos Trabalhadores.

⁸ A prefeitura municipal de Salvador não reconhece a Entidade Metropolitana criada em 2014 pelo governo do estado para exercer as competências relativas à integração da organização, do planejamento e da execução de funções públicas de interesse comum na RMS.

⁹ Essa matriz é composta por quatro indicadores: fator de reprodutibilidade da doença, a pontuação da tensão sob o sistema de saúde, a situação local da epidemia e o isolamento social e a influência geográfica.

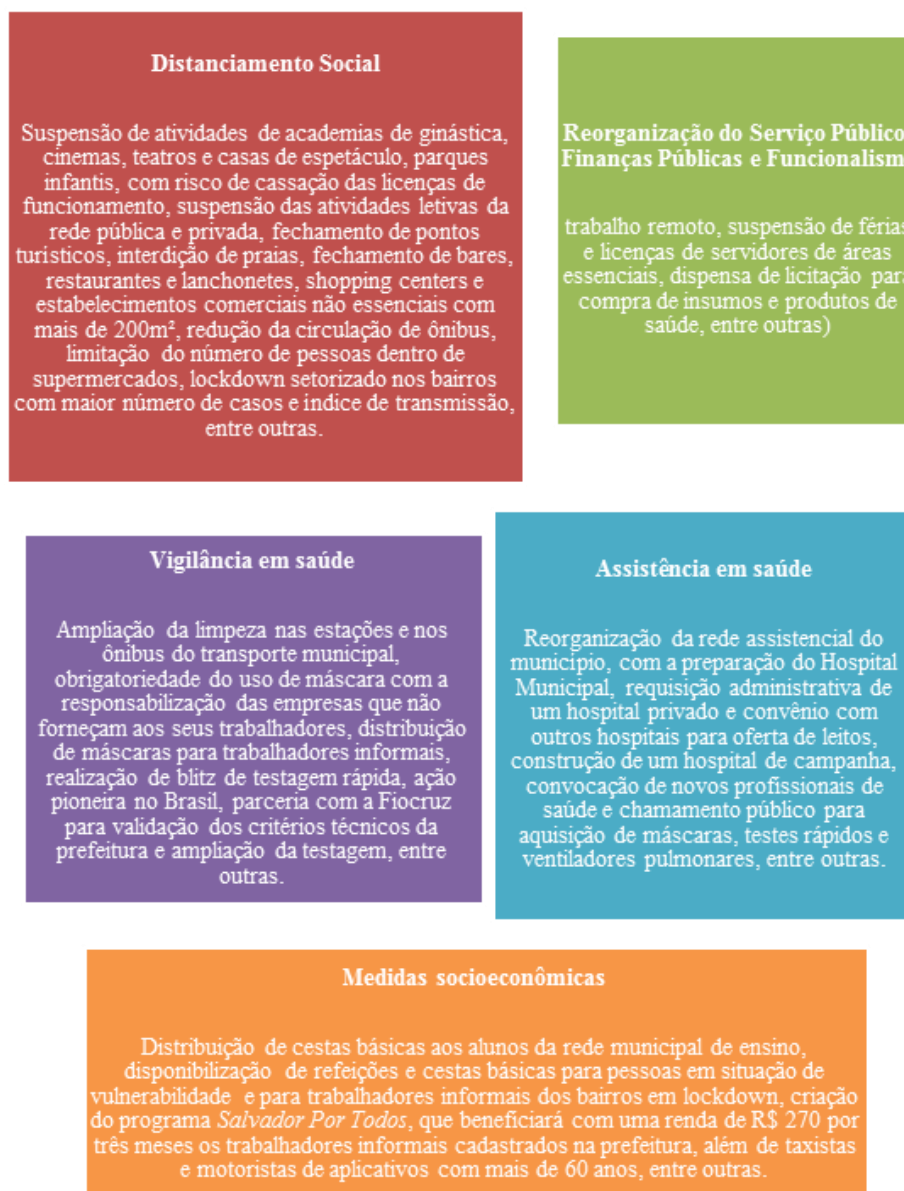
Figura 5 – Medidas do Governo da Bahia no Enfrentamento à Pandemia da COVID-19



Fonte: Elaboração própria com informações do Governo do Estado da Bahia, 2020

A prefeitura municipal de Salvador (PMS) também adotou posturas relativamente precoces e aparentemente rígidas para o combate ao novo coronavírus. A cidade teve o seu primeiro caso confirmado no dia 13 de março, também de origem importada. No dia seguinte, antes mesmo portanto do primeiro decreto do governo estadual, a PMS publicou os primeiros decretos com disposições de prevenção e controle. Dois dias depois, quando o município possuía quatro casos confirmados e ainda não era o principal foco do estado, a PMS ampliou as medidas de distanciamento social e no dia 18 de março foi declarada situação de emergência no município de Salvador. As ações implementadas pela PMS foram progressivas e seguiram a mesma linha do governo do estado, destacando-se as seguintes medidas, conforme Figura 6 que se segue.

Figura 6 – Medidas Prefeitura Municipal de Salvador no Enfrentamento à Pandemia da COVID-19



Fonte: Elaboração própria com informações Prefeitura Municipal de Salvador, 2020

Mesmo com todas as medidas adotadas desde o início da pandemia, Salvador continua sendo o principal foco do estado. O número de infectados e de óbitos continua subindo. Frente a esta situação, a prefeitura municipal passou a fazer uma abordagem setorizada desde o início de maio. Os bairros com o maior número de casos e taxa de infecção passam por um *lockdown*, com o fechamento do comércio local, com exceção de serviços essenciais. Durante este período, a prefeitura realiza testes rápidos, atua na desinfecção das ruas e os trabalhadores informais são cadastrados para receber uma cesta básica. Até meados de junho foram realizados *lockdown* em 20 bairros, alguns em zonas mais valorizadas da cidade, por onde a transmissão do vírus começou,

mas principalmente em bairros populares, para onde a pandemia vem se espalhando. O período de fechamento tem variado de 7 a 14 dias. Além dessa estratégia, outras ações intraurbanas foram tomadas, como por exemplo, o fechamento o trecho da orla que vai do bairro da Barra a Ondina, após um domingo em que o Farol da Barra, importante ponto turístico e de encontro da cidade, concentrou um grande número de pessoas.

Apesar e concomitantemente a isso, gradativamente alguns estabelecimentos comerciais e de serviço com mais de 200m² começaram a ser liberados, como clínicas, *drive thru* nos shopping centers, concessionárias de veículos, lavanderias, comércios de serviços de arquitetura, decoração e material de construção, oficinas, óticas e clubes de futebol, mesmo que com um protocolo específico de segurança sanitária para funcionamento.

Devido ao momento de excepcionalidade provocado pela pandemia, ainda em março o governador do estado e o prefeito de Salvador se reuniram, em conjunto com seus secretários de saúde, logo após a declaração da situação de emergência sanitária para definirem ações conjuntas, deixando de lado o histórico recente de competição intergovernamental, e ajustando as ações interfederativas. Os gestores têm aproveitado a situação para destacar a importância do “esforço conjunto” “acima de qualquer diferença partidária” como algo fundamental para “preservar vidas”, em declarada oposição às práticas do presidente Jair Bolsonaro. Claro que o momento tem sido utilizado estrategicamente para demonstrar liderança política, mirando o fortalecimento do seu grupo político para os próximos pleitos. Segundo pesquisa do Datapoder 360 divulgada em 30 de maio, o governador Rui Costa é bem avaliado por 57% da população do Estado e por 71% dos habitantes de Salvador. Já o prefeito ACM Neto tem aprovação de 76% da população da capital. Essa mesma pesquisa indicou que 64% da população do estado e 74% da de Salvador aprovam medidas mais rígidas de isolamento social para frear a disseminação da COVID-19.

Tanto o governador quanto o prefeito tem dado ênfase à necessidade de cooperação entre as ações dos entes federados¹⁰. De acordo com o boletim da *Rede CoVida – Ciência, Informação e Solidariedade* formado pela Cidacs/Fiocruz e Ufba, divulgado no dia 13 de abril, mesmo com aumento no número de casos, a Bahia teve até aquele momento uma redução de 27% da taxa de transmissão do coronavírus. Segundo os pesquisadores, a análise dos dados sugere “fortemente, que as medidas de distanciamento social e redução do fluxo de transportes intermunicipais vêm achatando a curva da epidemia” (Rede CoVida, 2020, p. 7).

Embora essa curva tenha sido achatada em princípios de abril, entre final de maio e durante o mês de junho a situação de Salvador ficou preocupante. Segundo o boletim do Comitê Científico do Consórcio Nordeste divulgado em 1 de junho, Salvador ficou no limiar da necessidade um lockdown total no final de maio, quando a ocupação de leitos de UTI chegou a 88%. A ampliação do

¹⁰ Isso não vem ocorrendo em outros contextos, como na Região Metropolitana de Natal, onde tem havido conflitos entre governo do estado e municípios, que ocasionou uma judicialização sobre a competência de cada ente na adoção de determinadas medidas (Silveira et al, 2020).

número de leitos, com a entrega de hospitais de campanha, reduziu esta taxa, mas os números continuaram crescendo, tendo havido um aumento de 117% no número de casos na última quinzena de maio. De acordo com este comitê, o Nordeste ainda não deveria relaxar as medidas de isolamento social naquele período. Nos arredores de Salvador, onze municípios da Região Metropolitana passaram também por *lockdown*, total ou de modo setorizado.

Embora a comparação entre situações estaduais e municipais seja complexa, já que a testagem, a notificação de casos e de óbitos por COVID-19 apresentam grande variação, ao longo da pandemia a Bahia e Salvador apresentaram dados melhores do que outros estados e capitais nordestinas. Segundo o Boletim nº 17 do Ministério da Saúde, no final de maio Salvador possuía uma incidência de casos de 2533,4 e de 80,9 mortes por um milhão de habitantes, enquanto Recife possuía, respectivamente, 5327,4 e 400,6 e Fortaleza 7194,1 e 569,4.

Tais indicadores sugerem que as medidas tomadas na Bahia e em Salvador foram relativamente bem-sucedidas, especialmente por conta da cooperação interfederativa inédita entre os dois gestores, apesar dos déficits estruturais do sistema de saúde, como apontado pelos representantes dos movimentos sociais e analisado anteriormente.

Salvador foi uma das últimas, senão a última, grande cidade a apresentar um plano de flexibilização das medidas de distanciamento social. No dia 07/07, o prefeito da capital e o governador do estado deram uma coletiva de imprensa em conjunto para apresentar um plano de abertura das atividades na cidade (**Figura 7 abaixo**). O critério principal se fundamenta na taxa de ocupação dos leitos de UTI, mas também envolve outras medidas. Para a reabertura dos shoppings, por exemplo, o plano previa a testagem de todos os funcionários a cada 21 dias, o que gerou fortes críticas das associações comerciais. Após as críticas, a prefeitura rebaixou as exigências e afirma estar em diálogo com as entidades da área.

Uma vez que o critério principal se tornou a taxa de ocupação de leitos de UTI, logo após a divulgação do plano, prefeitura e governo se apressaram para disponibilizar novos leitos, de modo a induzir a diminuição da taxa de ocupação e a antecipação desta reabertura. A taxa em Salvador caiu para 75% e a reabertura dos shoppings e do comércio ocorreu no dia 24/07. Esse critério é bastante limitado quando se compara à matriz de risco disponibilizada pelo comitê científico do Consórcio Nordeste, que envolve, além da tensão sobre o sistema de saúde, o fator de reprodutibilidade da doença, a situação local da epidemia, o isolamento social e a influência geográfica.

Apesar da relevante cooperação interfederativa estabelecida entre o governo do estado e as prefeituras municipais, em especial Salvador, e das diversas ações de enfrentamento à pandemia no estado, nota-se nesse momento uma ampliação dos conflitos e das tensões, especialmente por conta das medidas de flexibilização.

Figura 7 – Plano de retomada das atividades econômicas em Salvador



Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador

Embora o plano apresentado para a capital se baseie em um critério importante, que segundo o governador deverá ser utilizado nos demais municípios, ele claramente é resultado das pressões dos setores econômicos e da incapacidade dos governos de manter por muito mais tempo as medidas de isolamento social.

Os prefeitos dos demais municípios da RMS têm se reunido com representantes do governo do estado e decidiram adotar um protocolo único para a reabertura do comércio, também baseado na taxa de ocupação dos leitos de UTI. É importante notar a ausência de Salvador nas discussões da Região Metropolitana. Trata-se de um problema grave já que Salvador é o polo da Região, é conurbado com o município de Lauro de Freitas e possui vínculos profundos com outros municípios como Camaçari, entre outros.

Embora tenham tomado medidas muito mais responsáveis do que o governo federal, e mesmo à revelia deste, os governadores e prefeitos não conseguiram adotar um *lockdown* total, seja preventivo, como ocorreu em Portugal, ou mesmo como forma de controle da disseminação do vírus, como ocorreu em outros países europeus. Além da irresponsabilidade e incapacidade do governo federal, isso pode ser uma explicação, dentre outras, *mutatis mutandis*, para o fato do Brasil ser hoje o epicentro da pandemia no mundo, apresentando o segundo maior número de

casos e de mortes.

Mais adiante, são analisadas políticas e dimensões específicas das medidas de enfrentamento à pandemia da COVID-19.

4.2 Ações em torno da mobilidade urbana na RMS

Diante da necessidade da aplicação de medidas de isolamento social decorrente da pandemia da COVID-19, a questão da mobilidade se tornou um dos principais elementos a serem considerados. As principais medidas de gerenciamento da mobilidade nas cidades a redor do mundo para controle de pandemia, diante de recomendação da OMS, incluíram a redução da oferta de transporte público a fim de evitar circulação de passageiros, pelo poder público municipal, restrições em estações de transporte público, suspensão de conexões territoriais através de transporte intermunicipal e interestadual e o uso do teletrabalho e de educação à distância.

Alguns eixos podem ser observados nos padrões de mobilidade urbana durante o período de pandemia nas cidades de uma maneira geral:

- 1) Verificou-se restrições na oferta de linhas de transporte público coletivo de passageiros e nos seus horários, assim como uma tentativa de controle quanto à lotação máxima dos veículos;
- 2) Verificou-se a utilização da mobilidade ativa por mais pessoas, com maior intensidade;
- 3) Foram adotadas regras com medidas de proteção sanitária das pessoas nos deslocamentos como uso de máscaras no interior dos veículos;
- 4) Verificou-se a redução da poluição atmosférica diante da redução da circulação de veículos, nas principais capitais brasileiras.

Na cidade de Salvador e no estado da Bahia, os governos estadual e municipal adotaram as seguintes ações. Quanto a oferta de transporte público: Em 19/3 houve um decreto que determinou a redução da frota em 30%, e pode ter chegado a 50 %, a suspensão do trabalho de funcionários do transporte público, com redução de salários. Esta medida pode ter acarretado maior aglomeração em pontos de ônibus e estações e superlotação. Parece não ter sido acompanhado de uma análise da oferta e demanda neste período específico. Em 08/04 alguns veículos a mais fora ofertados diante das reclamações de superlotação e determinado o limite na lotação em 50%. Portanto, evidencia-se a necessidade de monitoramento, pois pode haver superlotações. Houve uma redução do transporte marítimo por lanchas em 50% da frota e lotação (o que parece não ter sido cumprido), por parte do Governo Estadual.

Em relação à questão do financiamento, trabalho e renda, as empresas que prestam serviços de transporte público de passageiros enfrentaram queda na demanda de passageiros e solicitaram ajuda financeira ao poder público, aos governos federal, estadual e municipal (NTU, 2020; IPEA, 2020). Foram ofertadas pela Prefeitura Municipal de Salvador créditos de R\$ 5 milhões

em passagens de ônibus aos consórcios de empresas que prestam o serviço (NTU, 2020). No âmbito nacional diversas organizações que representam as empresas solicitaram auxílio ao governo federal, em R\$ 2,5 bi mensais para custos operacionais como combustível e pessoal (IPEA, 2020). No relativo à queda da demanda por transporte público, podemos observar uma importante redução da demanda no transporte coletivo por ônibus, equivalente a 70% do número de passageiros transportados antes da pandemia, nos três consórcios que operam na cidade de Salvador, em decorrência da COVID19 (ver figura 8), considerando dados entre 12 de março e 2 de abril de 2020, dados cedidos gentilmente pelo consorcio Integra. Em relação ao metrô, considerando dados entre 2 de março e 7 de abril de 2020, dados gentilmente cedidos pela CCR, verifica-se uma queda da demanda por passageiros em torno do 74 % (ver figura 9), nesse intervalo de tempo.

Figura 8 – Redução da demanda no transporte coletivo por ônibus, nos três consórcios que operam na cidade de Salvador, em decorrência da COVID-19

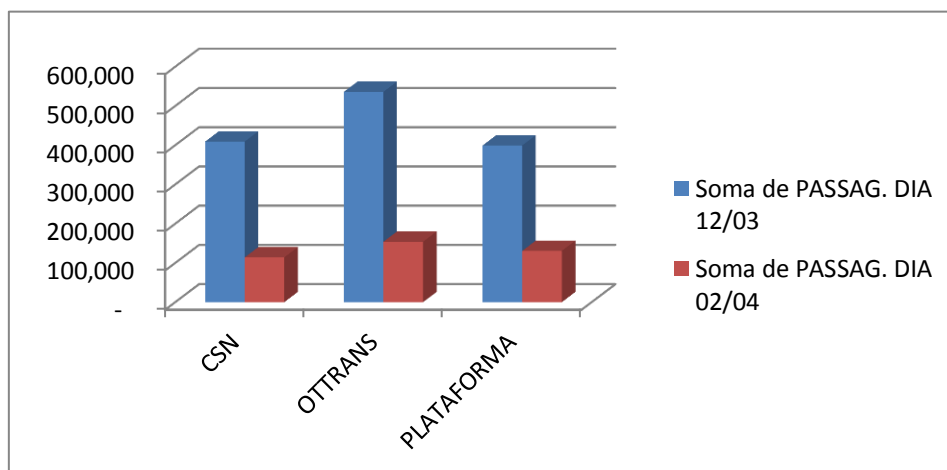
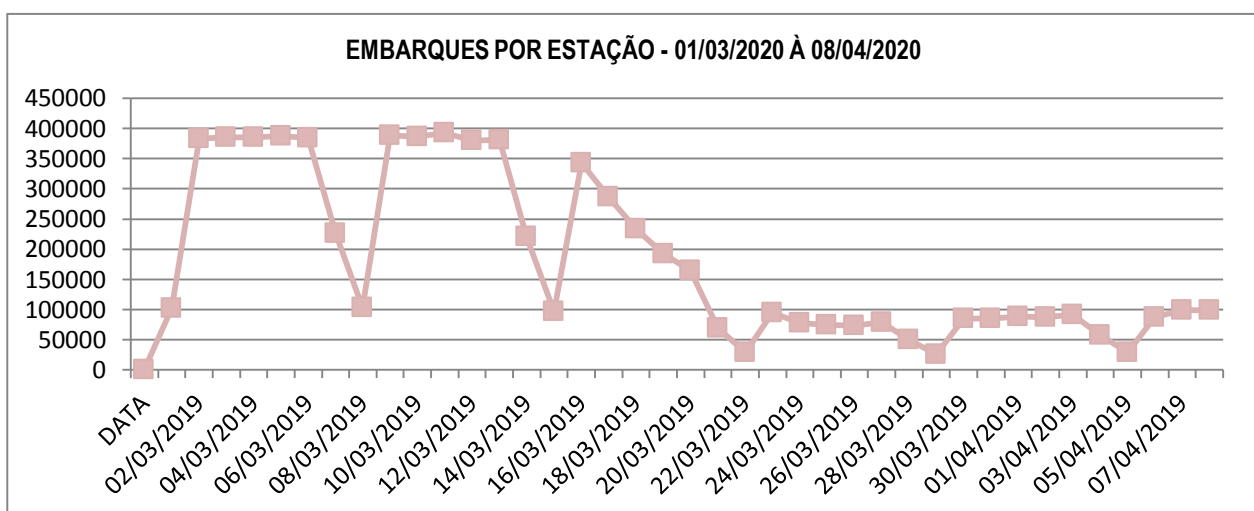


Figura 9 – Redução da demanda no Metrô, que opera na RMS, em decorrência da COVID19.



Por conseguinte, a questão do financiamento do sistema de transporte público, um tema

constantemente protelado, nas políticas públicas, apresenta-se como um tema urgente, visando evitar o colapso futuro dos sistemas. A queda da demanda, em decorrência da COVID-19, se apresenta como a combinação de dois fatores: a) as medidas governamentais restringindo o número e capacidade das linhas, de transporte, visando evitar o contágio, e b) as medidas de isolamento social, evitando a interação social, econômica e espacial, nas cidades. Adicionalmente, junto à queda da demanda, os custos operacionais dos sistemas aumentaram. Um exemplo do aumento dos custos operacionais das empresas se observa na limpeza frequente dos ônibus e compra de equipamentos de proteção para os trabalhadores (motoristas e cobradores), o qual tem se mostrado ineficiente ou pouco efetivo, na cidade, merecendo maior atenção em curto prazo. As empresas forneceram equipamentos de proteção individual aos funcionários que, no entanto, cobraram medidas mais efetivas para sua proteção, visto que parte da frota operava com superlotação de passageiros, por causa da redução da frota.

Em relação às medidas tomadas, houve ainda um projeto de lei municipal de apoio aos taxistas, com auxílio de R\$ 270 aos que tem mais de 40 anos de atuação. Em relação ao uso de máscaras obrigatórias para os passageiros, no transporte coletivo, observa-se um certo descompasso na adoção das medidas, no tempo, visto que o município decretou primeiramente a recomendação e depois a obrigatoriedade (SALVADOR, 2020a). O Governo Estadual decretou tais medidas para proteção individual, tardiamente, em relação ao transporte público, como o metrô, que continuou funcionando, porém com composição reduzida.

Além disso, destaca-se também a suspensão de conexões territoriais através de transporte intermunicipal e interestadual, pelo Governo Estadual (BAHIA, 2020) e a maior evidência do trabalho dos entregadores de produtos (delivery) diante do isolamento social de grande parte da população. Estes trabalhadores ficaram mais expostos e algumas organizações solicitaram medidas para sua proteção.

Por fim, na questão de mobilidade, controle de saúde e vigilância, houve testes rápidos em motoristas em blitz que foram realizadas. Na terceira semana de abril tornou-se obrigatório o uso de máscaras em Salvador. Aplicativos que rastreiam a localização das pessoas poderiam estar sendo utilizados, mas parece não estar sendo implementado.

Algumas medidas relativas a mobilidade urbana merecem ser pensadas, no contexto atual e no Pós pandemia:

- 1) Medidas para a mobilidade urbana sustentável deveriam se tornar permanentes, tais como o incentivo ao uso do transporte ativo. Uma Rede preferencial para o transporte ativo deve ser implementada, no curto prazo;

- 2) Importância de promover nos bairros uma multiplicidade de atividades que permita as pessoas se deslocarem a pé e distâncias curtas para suprir algumas necessidades cotidianas, sem depender do transporte público ou de veículo motorizado (carro ou moto), diante das restrições.

Medidas de uso do solo.

3) O uso do teletrabalho, a educação à distância e os telecentros, pode se disseminado, o qual poderá originar um novo perfil para os deslocamentos nas cidades, visto que estes poderão ser evitados ou reduzidos, em termos de distância (no relativo ao transporte motorizado). Nesse aspecto, é necessário observar a acessibilidade à internet e as condições tecnológicas (capacidade de transmissão + dispositivos) da população da RMS, uma vez que esta dimensão passa a ter maior relevância, principalmente para a Educação Pública. Considerando as condições socioeconômicas, é esperado que boa parte dos alunos das redes públicas de ensino estejam excluídos ou sem condições ideais para acompanhar atividades remotas de Educação, expondo ainda mais as diferenças sociais da região. Mesmo que a prefeitura de Salvador tenha disponibilizado pacotes de dados para mais de 30 mil alunos e o governo do estado tenha organizado acesso controlado de estudantes aos laboratórios das escolas, a questão da ampliação do acesso à internet demanda um planejamento e uma estratégia social ampliada a curto e médio prazo;

4) O financiamento do sistema de transporte público que enfrenta uma queda tendencial, no número de passageiros, precisa ser repensado, como serviço essencial, utilizando outras fontes de receita, não se concentrando apenas na tarifa (IPEA, 2020). Outros atores que se beneficiam com a acessibilidade fornecida pelos sistemas públicos deverão participar do financiamento; adicionalmente medidas de gerenciamento da mobilidade serão urgentes, assim como, priorizar a efetiva implementação da Rede Integrada de Transporte Público na RMS.

5) O uso do transporte individual motorizado e de transporte por táxi e veículos de transporte por aplicativos pode ter uma tendência a aumentar, pelo fato das pessoas temerem a aglomeração no interior dos veículos de transporte público. Portanto, evidencia-se a necessidade de melhorar a estrutura do poder público para fiscalizar e monitorar o serviço de transporte público de passageiros, quanto às condições de conforto, higiene, proteção dos funcionários e passageiros.

6) Os trabalhadores do ramo do transporte demonstram necessidade de medidas para sua proteção no trabalho diário, pois estão constantemente em contato com o público. Investimentos na segurança para o trabalho.

7) Há a necessidade de adoção de estratégias e medidas para superar as dificuldades de comunicação e mobilidade nas localidades em situação de risco e vulnerabilidade social, especialmente nas Comunidades ou favelas.

4.3 Auxílio Emergencial – Políticas de transferência de renda e apoio socioeconômico

A pandemia de COVID-19 desvelou o que já analisamos há muito tempo no Núcleo Salvador do Observatório das Metrôpoles: a grande desigualdade na sociedade brasileira e especialmente na Região Metropolitana de Salvador. Além das tradicionais ações assistencialistas de doação de

alimentos, cestas básicas, máscaras de proteção, álcool em gel e material de limpeza, um auxílio financeiro emergencial tem sido o tema de debates nesta emergência sanitária.

Em nível Federal, foi promulgada a Lei nº 13.982/2020 de 2 de abril de 2020, que trouxe novas regras ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), essencialmente disciplinado pela Lei nº 8.742/93 e instituindo o Auxílio Emergencial, que prevê o repasse de 600 reais mensais (inicialmente por três meses) a trabalhadores informais e de baixa renda, microempreendedores individuais e também contribuintes individuais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Esse valor corresponde a 57% do salário mínimo vigente (R\$ 1.045), sendo que a proposta original do Ministério da Economia era de R\$ 200 para trabalhadores informais, mas nem chegou a ser apresentada.

Em quase dois meses depois de cadastramento (03 de junho de 2020), 107 milhões de pessoas pediram o auxílio emergencial de R\$ 600 (R\$ 1,2 mil para mães sozinhas, responsáveis pelo sustento da família). O número de pessoas com o pedido do auxílio emergencial em análise era de 11,1 milhões. Dos 107 milhões de pedidos, 59 milhões tiveram o benefício aprovado e 42,2 milhões foram considerados inelegíveis, quando o cidadão não cumpre os requisitos estabelecidos pela lei que criou o benefício. Segundo o balanço acumulado, foram transferidos, até o início de junho de 2020, R\$ 76,6 bilhões, somadas as duas primeiras parcelas até então, e poderá ultrapassar 2% do PIB após as três parcelas previstas (comparativamente, o Programa Bolsa Família corresponde a menos de 0,5% do PIB ao ano). No total, 58,6 milhões de pessoas receberam alguma parcela do benefício desde que o programa foi criado, em abril. O presidente da República declarou em 11 de junho que pretende vetar a prorrogação do auxílio emergencial se o Congresso Nacional decidir pela manutenção do valor atual, de R\$ 600. No início do mês, o Ministério da Economia informou que pretende pagar duas parcelas adicionais, no valor de R\$ 300 cada. O presidente da Câmara dos deputados, Rodrigo Maia (DEM-RJ), defende a manutenção dos R\$ 600 mensais.

Na Bahia, estima-se que 34% da população residente (mais de 5 milhões de beneficiários) recebeu auxílio emergencial¹¹. A transferência desses recursos será fundamental para dinamizar a economia, que está praticamente paralisada com a necessidade de isolamento social. Prevê-se que a redução do PIB em 2020 poderá ser de 8% (Banco Mundial) ou mais, com tendência de deflação por conta da estagnação econômica.

O IBGE estimou que havia, no primeiro trimestre de 2020, mais de 38 milhões de trabalhadores informais (mais de 40% dos que permanecem ocupados) e 12,85 milhões de pessoas desempregadas (11,6%, sendo que o que já saíram da força de trabalho). Em Salvador, estima-se que sejam quase 600 mil trabalhadores na informalidade e 289 mil desempregados (taxa de desocupação de 17,5%). Preocupante é o crescimento dos trabalhadores que desistiram de

11 <https://fdr.com.br/2020/06/13/auxilio-emergencial-pesquisa-mostra-indice-de-recebimento-do-beneficio-por-cidade/>

procurar trabalho: são 4,8 milhões de desalentados no país. Desse contingente, 778 mil (16,3%) estão na Bahia, 44 mil em Salvador. A taxa de desalento, em relação aos ocupados, é de 3% no país, e também em Salvador.

As pessoas que recebiam o Bolsa Família e tinham cadastro atualizado no CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – receberam com mais facilidade o auxílio. As demais tiveram dificuldade em obter informação, em se cadastrar e em compreender a negativa de seus pedidos, que foram feitos apenas por meio virtual (aplicativo para internet da Caixa Econômica Federal). Na região metropolitana de Salvador, os municípios de Lauro de Freitas e Camaçari criaram pontos de apoio para as pessoas que queriam orientações e não conseguiam se cadastrar, por diferentes motivos. Em Salvador, são 321 mil pessoas no CadÚnico, sendo 179 mil recebendo Bolsa Família.

Além dessas, cerca de 37 mil pessoas que estavam, até 20 de março de 2020, no cadastro de trabalhadores informais do município tiveram acesso a auxílio no valor de R\$ 270, em três parcelas, ou seja, para os que já estavam registrados como ambulantes, feirantes, barraqueiros, camelôs, guardadores de carro, baleiros, baianas de acarajé, recicladores, beneficiários do auxílio-moradia, taxistas, mototaxistas e motoristas de transporte por aplicativo a partir de 40 anos. O chamado programa Salvador por Todos, instituído pela Lei nº 9.517 de 30 de março de 2020, poderá ser prorrogado para além dos três meses previstos¹², com a pressão dos que ficaram de fora (os beneficiados representam cerca de 13% do total de desempregados na capital). Mas não se pretende, segundo declaração do Prefeito ACM Neto (DEM), ampliar essa base de beneficiários.

Em maio de 2020, o governador da Bahia, Rui Costa (PT), e o prefeito de Salvador, ACM Neto (DEM), anunciaram o pagamento de um auxílio de R\$ 500 a pacientes com COVID-19 que aceitarem ficar em quarentena em abrigos públicos da capital pelo período de 14 dias. O benefício será assegurado conjuntamente por estado e prefeitura e será limitado a mil pessoas. Segundo os dois gestores, o objetivo é evitar que os pacientes infectados possam contaminar pessoas próximas, como familiares e vizinhos, e, assim, frear a disseminação de novos casos de COVID-19. Além do auxílio de R\$ 500, o paciente que se habilitar a ir para as unidades de acolhimento também terá direito a uma cesta básica. O benefício será pago em duas etapas: R\$ 250 no sétimo dia de quarentena e outros R\$ 250 no 14º dia do período de isolamento. Não será necessário fazer qualquer tipo de cadastramento prévio, já que a adesão é voluntária e poderá ser feita no momento em que o paciente receber o diagnóstico da doença¹³.

Com o isolamento social desde março de 2020, 435 escolas da Rede Pública Municipal, com 140 mil alunos matriculados e 1.265 escolas da Rede Estadual, com 800 mil estudantes, sendo

12 <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2020/06/13/com-cerca-de-80percent-de-ocupacao-prefeito-de-salvador-anuncia-abertura-de-novos-leitos-hospital-salvador-recebera-pacientes-com-COVID-19.ghtml>

13 <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/07/pacientes-com-coronavirus-em-salvador-va-receber-auxilio-de-r-500.htm>

188 mil da Educação Básica na capital Salvador suspenderam as aulas e, portanto, deixaram de oferecer a alimentação escolar. Não ter acesso a café da manhã, lanche e almoço pesou no orçamento das famílias e a Secretaria de Educação Estadual começou a repassar um “vale-alimentação” no valor de R\$ 55,00, inicialmente para 284 mil estudantes da rede estadual de Salvador e mais 21 municípios da Bahia, para aquisição de alimentos em duas redes conveniadas. No primeiro momento, houve aglomeração na aquisição de alimentos nessas redes, o que levou à mudança do vale para um cartão eletrônico. As críticas quanto à limitação do benefício a apenas um terço dos estudantes levou à ampliação do agora chamado “cartão vale-alimentação estudantil” para toda a rede estadual. O Governo do Estado declarou que já repassou R\$ 88 milhões nas duas etapas do programa a 700 mil estudantes.¹⁴ Não há previsão da duração ou continuidade desse repasse, considerado emergencial – ainda que o Estado não esteja desembolsando recursos regulares com alimentação escolar. A justificativa são “limitações orçamentárias”, mantidas em contradição ao discurso de excepcionalidade da emergência sanitária.

Na prática, as experiências de “auxílio emergencial” procuram atenuar os impactos da crise decorrente da pandemia, garantindo o sustento das famílias de forma temporária, com prazo de validade. No entanto, voltou ao debate o tema de uma Renda Básica Universal no Brasil. A regulamentação da renda básica de cidadania n Brasil é objeto da Lei nº 10.835/2004, pendente de regulamentação há mais de 16 anos. Nos termos do seu artigo 1º, a renda universal consistiria em direito a um benefício monetário, pago pelo Poder Executivo Federal, independentemente da condição socioeconômica do beneficiário.

O ex-senador Eduardo Suplicy e a economista Laura Carvalho (USP) defendem que a renda emergencial que o governo federal está pagando aos trabalhadores afetados pela crise sanitária do coronavírus deva se tornar permanente. Suplicy é um defensor histórico da renda básica de cidadania. Poderia ser um instrumento para ajudar a economia do país no cenário pós-pandemia, que deverá sofrer um forte impacto, liberando renda concentrada nos segmentos mais abastados – a partir de uma revisão nas isenções de impostos e da taxaço de grandes fortunas, por exemplo. A crise sanitária ajudou a rebater discursos de reduço do Estado, que o neoliberalismo queria liquidar, destacando a importância da atuação estatal por meio do sistema público de saúde e no planejamento e coordenação de crises em suas múltiplas dimensões.

4.4 Transformações nos instrumentos de gestão: a situação das parcerias público-privadas

A pandemia da COVID-19 está provocando amplas consequências econômicas e sociais em todo o mundo. No Brasil, e mais precisamente no Estado da Bahia, ainda não é possível avaliar os concretos efeitos, já que as curvas de contaminação e óbito continuam crescentes. Contudo, é fato

¹⁴ <http://estudantes.educacao.ba.gov.br/noticias/programa-vale-alimentacao-garante-seguranca-alimentar-de-milhares-de-estudantes-na-bahia>

que as consequências desta pandemia já estão sendo sentidas nos mais variados setores, inclusive nas parcerias público-privadas (PPPs), que, conseqüentemente, terão seus contratos fortemente impactados.

Hoje, existem oito PPPs em fase de execução no Estado da Bahia: Hospital do Subúrbio (HS), Hospital Instituto Couto Maia (ICOM), Diagnóstico por Imagem, Sistema Metroviário Salvador-Lauro de Freitas (SMSL), Sistema Viário BA-052 (Estrada do Feijão), Veículo Leve sobre Trilhos (VLT do Subúrbio – monotrilho), Arena Fonte Nova e Sistema de Disposição Oceânica do Jaguaribe, e uma PPP em fase de assinatura de contrato: Sistema Viário Oeste Ponte Salvador-Itaparica, todas celebradas pelo governo do Estado.

O primeiro impacto em relação às parcerias baianas resultante da pandemia foi na PPP Sistema Viário Oeste Ponte Salvador-Itaparica. Representantes do consórcio vencedor da licitação, ocorrida em dezembro de 2019, composto pelas gigantes chinesas China Railway 20 Bureau Group Corporation, CCC South America Regional Company S.A.R.L e China Communications Construction Company Limited, não apareceram para a assinatura do contrato em fevereiro de 2020. A data-limite foi prorrogada para o final do mês de julho do mesmo ano, mas deve ser novamente estendida.

As PPPs de saúde também foram diretamente afetadas com a disseminação da doença. O Hospital Instituto Couto Maia, “maior e mais moderno hospital especializado em doenças infecto-contagiosas do Brasil” (BAHIA, [2018], não paginado)¹⁵, desde o mês de março já atende exclusivamente pacientes com suspeita ou confirmação da COVID-19, dispondo de 168 leitos dedicados à enfermidade. Um hospital de campanha também foi montado na área externa do Hospital do Subúrbio, com um total de 60 leitos de UTI que serão liberados de forma gradual. A PPP Diagnóstico por Imagem igualmente vem sofrendo forte impacto com o aumento do número de exames de imagem. Ressalta-se que esses hospitais e unidades de bioimagens passaram por ajustes na estrutura física e de recursos humanos para adequação e expansão da capacidade de atendimento.

A Arena Fonte Nova, ao mesmo tempo, recebeu outro hospital de campanha, com capacidade total de 240 leitos destinados à doença. A concessionária Fonte Nova Participações S/A disponibilizou a área dos camarotes e do *lounge* social da arena para a acomodação da unidade. Toda a instalação do hospital foi empreendida pelo Governo do Estado e sua gestão está sendo realizada pela Organização Social (OS) Fundação Gonçalves e Sampaio (FGS Saúde), via regulação da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Por outro lado, as medidas protetivas de distanciamento social impostas pelo Governo da Bahia e Prefeitura de Salvador, que têm permitido que considerável parcela da população se

¹⁵ BAHIA. Secretaria da Saúde. **Governo da Bahia inaugura maior hospital de doenças infecciosas do Brasil.** Salvador, 2018. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2018/07/06/governo-da-bahia-inaugura-maior-hospital-de-doencas-infecciosas-do-brasil/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

mantenha em casa, com vistas à redução da circulação do vírus e, por conseguinte, na diminuição da sobrecarga no sistema e da letalidade, resultaram na diminuição de usuários do Sistema Metroviário Salvador-Lauro de Freitas, com queda de mais de 50% na frequência de passageiros, o que deve levar à perda de milhões de reais na receita da concessionária CCR Metrô Bahia.

Em geral, o Estado da Bahia tem apresentado uma boa governança na organização e coordenação das entidades responsáveis por essas concessões, e exhibe projetos pioneiros e contratos bem estruturados, acumulando *expertises* nesses 14 anos de concessões. Contudo, possui, ainda, forte dependência externa de consultores e especialistas em diferentes áreas, dada a complexidade dos contratos estruturados e suas variáveis envolvidas, além das diversas fases ao longo da execução contratual.

Os contratos das PPPs também seguem a legislação e, de modo geral, trazem as definições de termos contratuais, os indicadores de desempenho, mecanismos e garantias de pagamentos, repartições de benefícios, seguros, sanções, penalizações, alocação dos riscos, entre outros.

Devido à longa duração dos contratos de PPPs da Bahia (entre 10 a 35 anos) e, conseqüentemente, pelos riscos envolvidos, nesses contratos são realizadas modelagens econômico-financeiras estabelecidas em estudos prévios. O sistema de remuneração previsto representa um equilíbrio entre o ônus e o bônus de todas as fases da concessão, ou seja, as responsabilidades financeiras dos agentes privados envolvidos são cobertas pelo Estado e especificadas nos contratos, o que garantirá à concessionária uma margem de lucro. Atualmente, os contratos juntos somam quase R\$ 20 bilhões. Esses valores, ao final da concessão, serão ainda maiores. Notadamente, só em 2019, o governo gastou quase R\$ 1 bilhão em contraprestações pecuniárias anuais repassadas às concessionárias mediante ao Fundo de Participações dos Estados, sem contar com os aportes de recursos e tarifas de remuneração.

Assim, a repartição dos riscos do serviço a ser realizado permite aos licitantes avaliarem os eventos cujas implicações, em caso de sua efetivação, lhes sejam atribuídas. No entanto, na ocorrência de uma pandemia, isto é, algo imprevisível, extraordinário, de efeitos incalculáveis, os riscos são caracterizados pela Lei das PPPs (Lei nº 11.079/2004)¹⁶, artigos 4º, inciso VI, e 5º, inciso III, e no Código Civil (Lei nº 10.406/2002)¹⁷, no Art. 393, como caso fortuito ou de força maior (os efeitos são os mesmos). As implicações da pandemia nos contratos administrativos também poderão ser enquadradas no “fato do príncipe”, pela imprevisibilidade do evento.

Nos contratos, os casos fortuitos, de força maior ou fato do príncipe podem ser objetos de cobertura de seguro, e esses riscos devem ser compartilhados entre os entes, com vistas a dotar a

¹⁶ BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 31 dez. 2004.

¹⁷ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 11 jan. 2002.

execução contratual com maior previsibilidade. As apólices de seguros e garantias são contratadas pelas concessionárias, inclusive o pagamento da franquia, em caso de utilização do seguro. Órgãos do Estado devem também estar cossegurados nas apólices.

Todavia, não há precedente à pandemia da COVID-19, é algo inédito, imprevisível, não é um risco segurável. Sendo assim, por lei, a regra da imprevisibilidade total deve ser alocada à administração pública, isto é, o Governo do Estado da Bahia terá de arcar com os grandes custos resultantes da pandemia, sendo responsável pelo reequilíbrio econômico-financeiro dos contratos de PPPs.

A forma e a intensidade deste reequilíbrio dependerão da identificação do impacto (aqueles que tiverem demasiada onerosidade, segundo o Código Civil, artigos 317, 478 e subsequentes), o que dependerá de uma análise criteriosa a ser realizada pelos órgãos de controle. Para receber o reequilíbrio econômico-financeiro, o parceiro privado terá de vincular e documentar todo o aumento de custo ou redução de receita ou outras ações que derivam da pandemia.

Ainda diante da impossibilidade do cumprimento da obrigação do parceiro privado decorrente dos impactos diretos da COVID-19, este pode não ser responsabilizado pelo descumprimento do contrato e também não sofrer sanções, como: impedimento de participar de licitações por prazo não superior a dois anos com o governo do Estado e multas.

Desse modo, esses contratos, sobretudo os de maior duração, devem passar por modificações. Além do reequilíbrio econômico-financeiro, podem sofrer flexibilização dos indicadores de investimentos e de desempenhos, nas metas e no pagamento de outorga, bem como poderão aumentar os valores de tarifas, renegociar prazos, etc. Isso exigirá a máxima atenção dos órgãos de controle, agências reguladoras e Tribunais de Contas à legislação e às regras de jurisprudências existentes. No entanto, os órgãos devem levar em consideração os impactos da pandemia aos usuários (desemprego, diminuição da renda) e para a administração pública: queda na arrecadação de impostos, gastos excessivos e consequências socioeconômicas ainda desconhecidas, e espera-se que o Estado seja responsável pela indução do crescimento econômico e da redução da crise social.

Enfim, o diálogo consensual entre as partes deve ser mantido, com o desígnio de traçar medidas que mitiguem os efeitos da crise e, por conseguinte, medidas que garantam a continuidade do contrato e a efetiva prestação do serviço de forma eficiente.

4.5 Desafios da transparência: dados abertos x COVID-19

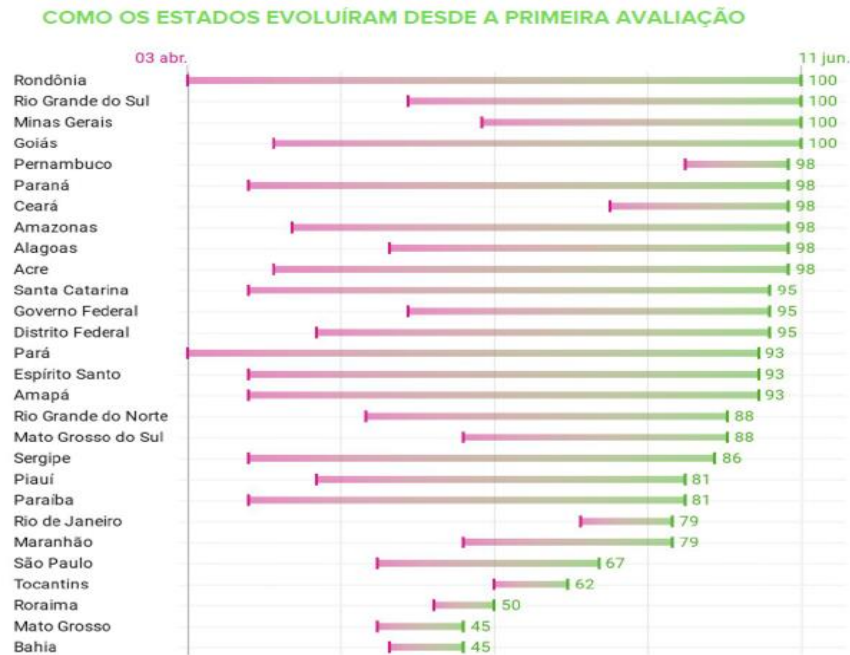
Segundo o *Índice de Dados Abertos*, elaborado pela Fundação Getúlio Vargas em parceria com a OpenKnowledge Brasil (RUEDIGER; MAZZOTTE, 2018), Salvador já apresentava diversos problemas na disponibilização de diferentes coleções de dados abertos, considerando 17 temas avaliados para o ano de 2017. O estudo utilizou metodologia internacional para avaliar a abertura

de dados em diversas cidades do mundo, considerando fontes de dados federais, estaduais e municipais relacionadas a temas como Escolas Públicas, Estatísticas Socioeconômicas, Orçamento Público, Gastos Públicos, Leis em Vigor, Atividade Legislativa, Mapas da Cidade, Transporte Público, entre outros. Mesmo que tenha revelado esforços da prefeitura para tornar públicos e acessíveis, de forma *online*, informações pertinentes à vida pública municipal, o resultado mostrou que as coleções possuem pouca aderência aos critérios da *Open Data Definition* (DIETRICH *et al.*, 2014). De acordo com a publicação:

Uma boa prática adotada pela cidade é a instauração de um portal de transparência contendo diversos tipos de informação úteis aos cidadãos, o que mostra a intenção da prefeitura de ser transparente com a administração dos recursos públicos. Por outro lado, à exceção da base de Resultados Eleitorais, divulgada pelo TSE, a capital baiana não obteve nota máxima em quaisquer dos conjuntos de dados. Os problemas mais frequentes foram indisponibilidades de formato aberto, em 70% dos *datasets*, e download da base completa indisponível, em 64% (RUEDIGER; MAZZOTTE, 2018).

Em referência específica aos dados sobre o COVID-19, tanto o município de Salvador como o Estado da Bahia apresentam problemáticas semelhantes na divulgação das informações, considerando iniciativas de análises do grau de abertura dos dados divulgados e propostas de padronização (CAMPAGNUCCI; MOURA, 2020; OPEN KNOWLEDGE BRASIL, 2020; RDA COVID-19 WORKING GROUP, 2020). Segundo o ranking da Open Knowledge Brasil de abertura de dados referentes ao Covid-19, o qual vem sendo atualizado desde abril, a Bahia ocupa uma das últimas posições (Fig. 10) e, inclusive, recuou na pontuação na última avaliação (CAMPAGNUCCI; MOURA, 2020), o que reflete negativamente no detalhamento e abertura dos dados para a Região Metropolitana de Salvador. Apresentamos a seguir alguns dos problemas identificados:

Figura 10: Evolução da abertura dos dados por estado, entre 3/04/20 e 11/06/20 Fonte: (CAMPAGNUCCI; MOURA, 2020)



Formatos não-abertos

Os formatos adotados, tanto pelo governo do estado como pelo município, não são aderentes aos princípios de abertura de dados (BENNET; HARVEY, 2009; DIETRICH *et al.*, 2014; TCU, 2015). A utilização indiscriminada de documentos em formato PDF (somente para leitura) nos boletins epidemiológicos, além de dados agregados disponibilizados através de gráficos, mapas ou imagens dificultam sobremaneira a absorção e o processamento destes dados pela sociedade civil, meios jornalísticos e pesquisas acadêmicas. É emblemático o fato de que, desde o início da pandemia, o detalhamento dos casos de Covid por bairro é publicado através da conta de Twitter do secretário municipal de saúde¹⁸, ainda sim, em formato de imagem (não textual).

Ausência de dados

Os conjuntos de dados encontrados mostram, em sua grande maioria, informações gerais, mas com pouco detalhamento e baixa granularidade. Certamente esses dados têm seu valor para o público em geral e veículos de comunicação, porém, geram uma grande lacuna para análises e pesquisas. Dados como raça, bairro e quantidade de leitos na capital baiana não estão descritos

¹⁸<https://twitter.com/LeonardoPrates4>

nos boletins epidemiológicos.

Ausência de padronização

Tanto os dados municipais como estaduais seguem seus padrões próprios de metadados, apresentando conjuntos diferentes de informações, em formatos diferentes. Não existe, até o momento, uma padronização no que se refere ao processo de veiculação e formato para dados abertos, a não ser a divulgação de boletins epidemiológicos, sendo que cada esfera utiliza uma formatação de conteúdo própria para seus documentos. Essa falta de padronização resulta na necessidade de desenvolvimento de soluções que obrigatoriamente contemplem essa diversidade, tornando o processo de leitura, processamento e agregação dos dados para análise mais demorado e custoso.

Frequência de atualização

Embora a Secretaria Estadual de Saúde venha publicando novos boletins diariamente, a administração municipal divulgou somente 16 (dezesseis) boletins até a presente data¹⁹. A sociedade e os pesquisadores precisam de informações atualizadas, tanto para um entendimento da urgência e seriedade de um quadro de pandemia e a consequente adoção de medidas de proteção e de responsabilidade social, como também da atuação mais ágil nos processos de modelagem matemática e projeções de cenários pelos centros de pesquisa.

Referências

ARANTES, Rafael de Aguiar; PEREIRA, Carla. Poder Político e Desenvolvimento Urbano em Salvador. In: *Congresso Observatório das Metrôpoles 20 anos - As metrôpoles e o direito à cidade: dilemas, desafios, esperanças*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional / Observatório das Metrôpoles, v. 1. p. 1788-1802, 2019.

BAHIA, Governo do Estado (2020). Decreto Estadual nº 19.549/2020. Disponível em: <<http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-no-19549-de-18-de-marco-de-2020>>. Acesso em 02 de jun. de 2020.

BENNET, D.; HARVEY, A. *Open Government Data*. . [S.l.]: Open Knowledge Foundation. Disponível em: <<https://www.w3.org/TR/gov-data/>>. Acesso em: 12 jun. 2016. , 2009

¹⁹

http://www.cievs.saude.salvador.ba.gov.br/boletins-epidemiologicos/?cp_boletins-epidemiologicos=1

CAMPAGNUCCI, F.; MOURA, C. *BOLETIM #11 - TRANSPARÊNCIA COVID-19.* , nº 11. Brasil: Open Knowledge Brasil, 6 dez. 2020. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Transparencia-Covid19_Boletim_11.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

CARVALHO, I.; PEREIRA, G. C. 'As "Cidades" de Salvador', in *Como Anda Salvador e sua região metropolitana*. Salvador: EDUFBA, pp. 81–211. 2008.

CARVALHO, I. M. M., PEREIRA, G. Corso. Salvador: transformações na ordem urbana. Letra Capital: Observatório das Metrôpoles, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17348>>. Acesso em: 12/04/2020.

COSTA SILVA, Diogo Reys da. *Vazios Ocultos: dinâmica urbana e acesso à educação básica em Salvador*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

DANTAS NETO, Paulo Fábio. Caminhos e atalhos: autonomia política, governabilidade e governança em Salvador. IN: IVO, Anete Brito Leal (org.). *O poder da cidade: limites da governança urbana*. Salvador: EDUFBA, 2000.

DIETRICH, D. *et al. The Open Data Handbook.* . [S.l.]: Open Knowledge Foundation. Disponível em: <<http://opendatahandbook.org/guide/>>. Acesso em: 1 jan. 2016. , 2014

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

NTU (2020). COVID-19 e o Transporte Público por Ônibus: Impactos no Setor e Ações Realizadas. Disponível em: < <https://www.ntu.org.br/novo/upload/Publicacao/Pub637231535674949776.pdf>>. Aceso em 01 de jun. de 2020.

OPEN KNOWLEDGE BRASIL. *NOTA METODOLÓGICA - Índice de Transparência da Covid-19.* . [S.l.]: Open Knowledge Brasil. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/files/Nota_Metodologica_Transparencia_da_Covid-19V.3.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020. , abr. 2020

PAIM, Jairnilson Paim. O futuro dos sistemas universais de saúde. In: CONASS DEBATE, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: HORTON, R. (ed.). The Lancet. Londres, 2011. p. 11-31. (Saúde no Brasil).

PAIM, Jairnilson Silva. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, out. 2013.

PEREIRA, Gilberto Corso; SILVA, Sylvio Carlos Bandeira de Mello e CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de. Salvador no século XXI: transformações demográficas, sociais, urbanas e metropolitanas - cenários e desafios Disponível em:< <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21994>>. Acesso em: 13/05/2020.

PEREIRA, C. G., ARANTES, R. A. Fighting COVID-19 in Salvador: cooperation and conflict in intergovernmental relationship. *Ambiente & Sociedade*. São Paulo, v. 23, p. 1-9, 2020.

RDA COVID-19 WORKING GROUP. *Recommendations and guidelines*. . [S.l.]: Research Data Alliance. Disponível em: <<https://doi.org/10.15497/rda00046>>. , 28 maio 2020

REDE COVIDA. Boletim Covida – Pandemia de COVID-19 – *Os impactos das medidas de distanciamento social e redução do fluxo intermunicipal na Bahia*. Disponível em < <https://bit.ly/2Kjvsqy>>, acesso em 21/04/2020, às 16:45h, 2020.

RIVERA, Francisco U. Planejamento de Saúde. Disponível em:< <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/plasau.html>>. Acesso em 18/06/2020.

RUEDIGER, M. A.; MAZZOTTE, N. *Índice de dados abertos para cidades*. Rio de Janeiro: FGV/DAPP, 2018. Disponível em: <https://br.okfn.org/files/2018/05/WEB-I%CC%81ndice-de-dados-abertos_v2.pdf>.

Salvador tem 130 bairros com pessoas contaminadas pela COVID-19; confira lista com no de casos. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2020/05/07/salvador-tem-130-bairros-com-pessoas-contaminadas-pela-COVID-19-confira-lista-com-no-de-casos.ghtml>>. Acesso em: 11 maio. 2020.

SALVADOR, Prefeitura Municipal (2020a). Decreto Municipal nº 32 .357 de 20 de abril de 2020 - Define medidas complementares para enfrentamento da pandemia decorrente do coronavirus. Disponível em:

<<https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/decreto/2020/3236/32357/decreto-n-32357-2020-define-medidas-complementares-para-enfrentamento-da-pandemia-decorrente-do-coronavirus>> . Acesso em 01 de jun. de 2020.

SANTOS, Lícia Maria Souza dos. *As fronteiras do lugar na vida dos jovens: um estudo nos bairros do Nordeste de Amaralina e de Nova Brasília em Itapuã em Salvador-Bahia*. Tese de doutorado. Salvador, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

SILVEIRA, R.; ALMEIDA, L.; MEDEIROS, S.; SILVA, B.; MELO, K.; SILVA, G. *Governança metropolitana em tempos de pandemia*. Disponível em < <https://bit.ly/2x70PBQ>>, acesso em 23/04/2020, às 15:51h.

SOUZA, Celina. Cooperação e coordenação na Região Metropolitana de Salvador: o contexto institucional. IN: CARVALHO, Inaiá M. M.; PEREIRA, Gilberto C. *Como Anda Salvador e sua Região Metropolitana*. Salvador: EDUFBA, p. 213-228, 2008.

TCU. *Cinco Motivos para a abertura de dados na Administração Pública*. . [S.l.]: Tribunal de Contas da União. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/cinco-motivos-para-a-abertura-de-dados-na-administracao-publica.htm>>. Acesso em: 4 jan. 2018. , 2015

TEIXEIRA, Carmem. Entrevista concedida a Mauricio Monken, Gracia Maria de Miranda Gondim e Carlos Eduardo Colpo Batistella, Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsá), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Disponível em:<<https://mail.google.com/mail/u/0/#search/santospereira.luisa%40gmail.com?projector=1>>. Acesso em 10/05/2020.

UOL Notícias. Paraisópolis monitora 21 mil casas com presidentes de rua e médico próprio. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/15/paraisopolis-contra-covid-favela-tem-presidentes-de-rua-e-sistema-de-saude-.htm>>. Acesso em 16/04/2020.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

A pandemia da COVID-19 no município e na Região Metropolitana de São Paulo: desigualdades socioespaciais, vulnerabilidades e padrão de disseminação na Macrometrópole Paulista

Lucia Maria Machado Bógus

Suzana Pasternak

Camila D'Ottaviano

Ângela Luppi Barbon

Marisa do Espírito Santo Borin

Luís Felipe Aires Magalhães

Carolina Teixeira Nakagawa Lanfranchi

Camila Rodrigues da Silva

Maria Antonieta da Costa Vieira

São Paulo

Julho de 2020



PUC-SP



Desigualdades e Espacialidades da COVID-19 no Estado de São Paulo

Lucia Bógus¹

Suzana Pasternak²

Luís Felipe Aires Magalhães³

Camila Rodrigues da Silva⁴

O objetivo deste artigo é analisar o padrão de disseminação da COVID-19 no estado de São Paulo, destacando o efeito das desigualdades socioespaciais na letalidade da doença. Avaliaremos como a superposição de carências torna as condições sociais e econômicas mais determinantes que o padrão etário da população. Dentre as distintas escalas espaciais no estado de São Paulo, daremos maior atenção à Macrometrópole Paulista (MMP), unidade regional formada por 174 municípios (apenas 26,97% do total de municípios do estado de São Paulo), mas que concentra 75,37% da população do estado, 86,07% dos casos de Covid-19 e 91,46% dos óbitos pela doença no estado. Ao longo destas reflexões, analisaremos as especificidades enfrentadas pela população de imigrantes internacionais e refugiados no estado de São Paulo.

Tendo em vista estarmos analisando um fenômeno tão complexo e cujo padrão de disseminação é tão veloz, particularmente na etapa de contágio em que estamos, definimos aqui um marco temporal entre o dia 26 de março e o dia 13 de julho de 2020. Esse recorte temporal se justifica também, como veremos, em razão da fonte de dados epidemiológicos que estamos utilizando – os dados da Fundação Seade.

Além do recorte temporal, faremos também um importante recorte espacial, de modo a percebermos a principal espacialidade da Covid-19 no Estado de São Paulo. A análise dos casos confirmados de Covid-19 e dos registros de óbitos pela doença entre 26 de março e 13 de julho nos mostrou uma enorme concentração de ambos em um conjunto de 174 municípios que compõem a chamada Macrometrópole Paulista (MMP).

¹ Graduada e mestre em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Doutora em Arquitetura pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (USP). Coordena o Observatório das Metrôpoles – Núcleo São Paulo. Professora titular do Departamento de Sociologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Editora dos Cadernos Metrôpole.

² Graduada em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Especialista em Urbanismo pela Université Paris 1 Pantheon-Sorbonne e em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e pós-doutora pela Penn Institute for Urban Research. Atualmente é professora titular da Universidade de São Paulo e Membro de corpo editorial da Cadernos Metrôpole (PUC-SP).

³ Pós-Doutorando no Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC – SP). Mestre e Doutor em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Graduado em Economia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Coordenador-Adjunto do Observatório das Migrações em São Paulo (NEPO-Unicamp).

⁴ Doutoranda em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mestre em Economia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Graduada em Jornalismo pela Faculdade Cásper Líbero.

Ao longo deste capítulo, portanto, iremos analisar especialmente a disseminação da Covid-19 na região da Macrometrópole Paulista.

A Macrometrópole Paulista consiste em uma nova unidade regional formada a partir dos processos de integração e complementaridade de 5 Regiões Metropolitanas (São Paulo, Campinas, Sorocaba, Baixada Santista e Vale do Paraíba e Litoral Norte), 2 Aglomerações Urbanas (Jundiaí e Piracicaba) e 1 Micro Região (Bragantina) (EMPLASA, 2012). Refletiremos, neste capítulo, também sobre como as estruturas econômicas e produtivas nas RM's, AU's e MR que compõem a Macrometrópole Paulista podem estar associadas à intensidade da disseminação do coronavírus nestas regiões.

Este capítulo está dividido em três partes. Na primeira parte, discutiremos a formação da MMP e suas principais características sociais, econômicas e urbanas; na segunda parte, analisaremos a disseminação da pandemia da Covid-19 na MMP, através da reflexão sobre o número de casos e os óbitos pela doença. Por fim, na terceira parte, as considerações finais, faremos uma síntese das questões apresentadas e apontaremos, ainda que de forma breve, os impactos já observados e as projeções possíveis de serem feitas a respeito da relação entre a pandemia e a imigração internacional na MMP.

A Macrometrópole Paulista – Uma nova unidade regional

A Macrometrópole Paulista não é, propriamente, uma unidade administrativa, mas sim uma região, mais precisamente uma megarregião (LENCIONI, 2006; LENCIONI, 2015), formada a partir de processos de urbanização e de metropolização difusos (LENCIONI, 2006; LENCIONI, 2015). Lencioni (2015), ao analisar a história do conceito de megalópole (MUMFORD, 1945; GOTTMANN, 1961; GUEDES, 1960; SPLENGER, 1966) faz importante reflexão sobre como a metropolização se caracteriza como uma nova fase do processo de urbanização no Brasil, que produz não apenas intensas fragmentações urbanas e regionais como também promove uma complexa integração entre elas. No estado de São Paulo, estruturas econômicas, urbanas e produtivas têm, pelo menos desde o processo de desconcentração econômica, industrial e populacional (CANO, 2007; BAENINGER, 2010; PASTERNAK e BÓGUS, 2015) se expandido, diferenciado e, ainda, se integrado, dado que se especializaram em atividades econômicas complementares. O resultado destas complexas articulações tem sido a formação de uma megarregião, isto é, de uma nova unidade regional e

urbana, a Macrometrópole Paulista. Segundo Magalhães et al. (2019), essa formação impacta de forma direta na estrutura do emprego no estado de São Paulo, tendo repercussões importantes não apenas nas mobilidades intra-urbanas e pendulares, como também na própria migração internacional.

Segundo Koury, Cavalcanti e Bruna (2019), a MMP é resultado de um processo histórico e estrutural (metropolização no estado de São Paulo), que é condicionado, por sua vez, por processos ulteriores de abrangência nacional, como a industrialização acelerada, via substituição de importações, no Brasil, os intensos movimentos migratórios internos promovidos por essa industrialização e as próprias transições urbana e demográfica no país. Estes processos alteraram a estrutura urbana e regional brasileira: já em meados da década de 1960, a população brasileira passou a concentrar-se especialmente no contexto urbano e não mais no rural; na década de 1970, mais que concentrar-se no urbano, a população brasileira passa a viver em médias e grandes cidades: mais da metade da população urbana residia em cidades de mais de 100.000 habitantes e cerca de 1/3 nas cidades de mais de 500.000 habitantes (BAENINGER, 2010).

Todavia, há também uma dimensão global deste processo, que explica em grande medida os contornos da produção do espaço urbano de forma crescentemente financeirizada. Segundo Abdal et al. (2019),

A metrópole de São Paulo é um bom exemplo das tendências atuais da economia globalizada e de seus impactos em urbanidades compactas, historicamente constituídas em função da indústria nos países em desenvolvimento. Mais precisamente, em São Paulo se observa uma profunda reestruturação da economia urbana, reconfigurada e realocada majoritariamente no espaço regional do entorno ao município de São Paulo e de seus limites metropolitanos originários. Constitui uma nova espacialidade urbana, conectada aos processos de reestruturação produtiva, à disseminação das tecnologias de informação e comunicação e à hegemonia do capital financeiro e de suas interações com o capital imobiliário (ABDAL et al., 2019, p. 146).

Especificamente em São Paulo, a expansão urbana dá-se de forma mais acelerada a partir da segunda metade do Século XX. O ano de 1973 é momento crucial desta expansão, pois é quando se forma a metrópole paulista (numa delimitação institucional que cria outras 7 Regiões Metropolitanas, em Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza), com seus 39 municípios altamente integrados econômica, institucional e logisticamente, formando uma unidade urbana e regional.

Segundo Koury, Cavalcanti e Bruna (2019), a metrópole paulista estimula a formação de outras metrópoles e arranjos urbanos, a ela relacionadas e complementares. Tais

são as Regiões Metropolitanas de Campinas, da Baixada Santista, do Vale do Paraíba e Litoral Norte e de Sorocaba, além das aglomerações urbanas de Jundiaí e Piracicaba.

A elevada diversificação, integração, densidade, complementaridade e pendularidade populacional na região formada por estas 5 Regiões Metropolitanas, 2 Aglomerados Urbanos e uma micro região faz dela uma nova unidade regional e urbana, justamente a Macrometrópole Paulista.

A Macrometrópole Paulista é formada por 174 municípios, que reúnem 33.652.991 habitantes, segundo projeção da Fundação SEADE para 2020, o equivalente a 75,37% da população do estado de São Paulo; no setor industrial está ocupada 10% da população ativa da MMP (BÓGUS e MAGALHÃES, 2019). É a região com maior produção econômica do país, integrada tanto internamente (diversas vias rodoviárias que emanam da capital paulista, mas se capilarizam pelo território da região e que tornam possível a pendularidade de pelo menos 10% da população da região), como externamente, dado que concentra 2 portos e 22 aeroportos, 3 deles internacionais; produz, com isso, 27,7% do PIB brasileiro.

As elevadas densidades, econômica e demográfica, e a integração, tanto interna quanto internacional, da MMP são alguns fatores que nos ajudam a compreender os caminhos da disseminação do coronavírus na região. Destes fatores, destacamos, por ora, duas características socioespaciais da MMP: sua pendularidade populacional e sua vinculação ao município polo da Região Metropolitana de São Paulo, a cidade de São Paulo.

Quanto à pendularidade populacional, a intensa movimentação de pessoas entre os municípios da MMP chega a 1,9 milhão de deslocamentos diários, 671.116 deles com destino a São Paulo, para trabalho e/ou estudo, segundo o último Censo Demográfico (2010). Os principais deslocamentos rumo a São Paulo partem da Baixada Santista, de Jundiaí, de Campinas e de São José dos Campos. Seja para trabalho, estudo ou ambos, há deslocamentos diários significativos também para Campinas e Jundiaí.

A diversificação e complementariedade das estruturas produtivas da MMP permite entender a região como uma unidade, que produz “uma única rede de relações socioeconômicas” (KOURY, CAVALCANTI e BRUNA, 2019).

Isso deveria produzir uma importante transformação em termos de planejamento, gestão do espaço urbano e políticas públicas: a unidade de sua elaboração passar a ser cada vez mais a metrópole e a macrometrópole (e seus conselhos e consórcios) e menos o município. Tal transformação seria de fundamental importância para o planejamento e implementação de estratégias de enfrentamento à pandemia, tendo

em vista o elevado fator de contágio da doença e sua progressiva disseminação pelo interior do Estado.

No que tange à crescente ampliação da dinâmica metropolitana, processo que forma a MMP, é importante considerar que esta estruturação se dá a partir do município de São Paulo, que condiciona outras regionalidades e as vincula enquanto polo dinâmico da organização econômica e territorial da MMP.

Segundo Abdal et al. (2019),

O espaço regional ampliado da MMP referencia parcela importante dos processos geoeconômicos em curso, desencadeados a partir do município de São Paulo. A MMP constitui, assim, o polo hegemônico de uma rede urbana estadual, nacional e subcontinental, que multiplica centros regionais subsidiários, dotados de crescentes atributos econômicos, sociais e culturais em áreas nas quais a metrópole dominante não mais possui condições de capitalizar para si. Esse espaço urbanizado constitui uma área de enorme importância estratégica. Nele, estão superpostas realidades distintas, que se distanciam da espacialização eminentemente industrial que caracterizava a RMSP até os anos 1980, e concentram agudas contradições. As metrópoles contemporâneas são poderosos entroncamentos de redes múltiplas, policêntricas, transfronteiriças, de caráter difuso, articuladas e integradas ao redor de certos polos hegemônicos (ABDAL et al., 2019, p. 148).

Na limitada articulação entre os municípios para criar conselhos e consórcios metropolitanos e macrometropolitanos de planejamento urbano, proteção ambiental e mesmo de saúde pública e prevenção epidemiológica, seguem sendo os municípios as unidades gestoras da megarregião formada, reforçando a internacionalização do espaço urbano e concorrência das cidades entre si (SASSEN, 1998). Mas é importante considerar que, com a MMP, o município passa a atuar em um contexto mais amplo e complexo de hierarquias urbanas e relações intra-metropolitanas.

A macrometrópole paulista tem o município como unidade básica. A definição das regiões metropolitanas leva em conta critérios demográficos; critérios estruturais relativos à ocupação da população ativa em atividades industriais, o movimento pendular da população e também os critérios de integração, isto é, o deslocamento diário da população para outros municípios da área. No caso da macrometrópole paulista, 10% da população ativa está ocupada em atividades industriais; com um movimento pendular de aproximadamente 20%; e pelo menos 10% da população se desloca diariamente para outros municípios da área (KOURY, CAVALCANTI e BRUNA, 2019, p. 602).

Na MMP, os municípios passam, então, a concorrer entre si a partir do entendimento de que a localização, a facilidade de acesso aos maiores centros de consumo, o preço da terra (definir dos custos de compra e aluguel de terrenos e instalações fabris e

logísticas) e os mecanismos municipais de isenção fiscais são critérios importantes levados em consideração pelas empresas em suas decisões de instalar-se na cidade. É claro que esses critérios colocam não apenas as empresas, o capital, em movimento, mas também as pessoas, como atestam os dados de mobilidade pendular na MMP. O deslocamento de pessoas é, em essência, uma consequência ao deslocamento do próprio capital (MARX, 1996). De modo que a mobilidade pendular acompanha uma circulação diária, permanente e dinâmica de bens e serviços (PASTERNAK e BÓGUS, 2019), circulação essa que se converte no próprio caminho de disseminação do coronavírus na MMP.

A disseminação da Covid-19 nos municípios que compõem a MMP perfaz uma trajetória que acompanha, de um lado, os eixos rodoviários que interligam a capital paulista aos municípios polos das RM's, AU's e MR da MMP, e que, por outro lado, se adensa tanto maiores forem as desigualdades socioespaciais dos municípios envolvidos nesta dinâmica.

Investigar a disseminação da Covid-19 na MMP exige, portanto, levar em consideração os diferenciais de renda, de escolaridade, de ocupação, de acesso aos serviços de saúde e de bem-estar urbano que sintetizam as condições econômicas, sociais e ambientais da população residente na região. Segundo o professor Pedro Roberto Jacobi, do Programa de Pós-Graduação em Ciência Ambiental (PROCAM/IEE/USP) da Universidade de São Paulo,

no Brasil, os casos começaram nas classes mais abastadas, até que a doença foi se alastrando para os bairros de menor renda, que também são os mais prejudicados em relação ao acesso a serviços de água e saneamento e de condições básicas de habitabilidade. Juntam-se a essa questão problemas preexistentes, como doenças respiratórias, dengue e tantas outras vinculadas à falta de saneamento que tornam essas populações ainda mais vulneráveis à propagação da COVID-19 (ZIEGLER, 2020).

Reveladora de nossas desigualdades, a Covid-19 evidencia, com isso, a centralidade do tema da moradia e das condições da habitação na capacidade de resistir à doença. Segundo Roseta (2020),

embora inicialmente o impacto sanitário tenha atingido sobretudo camadas mais afluentes e com maior mobilidade global, é nas camadas economicamente mais frágeis que a crise se vem agravando a níveis imprevistos. Desde logo, como afirmou Leilani Fahra, relatora especial da ONU para a habitação, 'ter casa pode ser, mais do que nunca, uma situação de vida ou morte' (ROSETA, 2020).

Esse deslocamento dos casos do centro para a periferia das cidades já havia sido descrito por Bógus e Magalhães (2020). Referindo-se à capital paulista ainda no início de abril, os autores observam que

não obstante a doença Covid-19 tenha se manifestado primeiro nas áreas centrais das sedes metropolitanas, cujos moradores possuem melhores condições de vida e maiores contatos com o exterior, ela atingiu rapidamente as áreas pobres e muito precárias, tanto nas periferias distantes como nos enclaves centrais de cortiços e favelas, onde seus efeitos tendem a ser devastadores (...). A doença percorre um trajeto urbano iniciado nas áreas mais ricas, nos hospitais particulares, deslocando-se rapidamente para a periferia, especialmente para as zonas Leste e Norte da cidade de São Paulo; regiões com grande densidade populacional e transporte público superlotado. Passa a pressionar com isso, o sistema público de saúde e os leitos do SUS (...). Embora ainda apresente número menor de registros de morte, a periferia, pelas condições já expostas aqui, possui uma taxa superior de crescimento dos óbitos, apontando uma dramática tendência de se converter em lócus de concentração da Covid-19 na cidade de São Paulo (BÓGUS e MAGALHÃES, 2020, ps. 83-86).

A tendência descrita acima se confirma e se aprofunda, passando a incorporar outras periferias. Segundo o professor Paulo Saldiva, da Faculdade de Medicina da USP, as desigualdades sociais e a superposição de carências nas regiões periféricas tendem a se sobrepor ao padrão etário, incidindo sobre todos os grupos etários e ampliando, com isso, o escopo dos vulneráveis.

A vinculação entre as periferias se dá por meio do deslocamento das pessoas através das rodovias. Segundo o professor Domingos Alves, também da Faculdade de Medicina da USP, "a maior parte dos casos do interior paulista está distribuída em cidades cortadas por grandes rodovias que ligam esses municípios à capital, como Anhanguera, Dutra, Imigrantes, entre outras" (MACHADO, 2020). Como vimos, essa conexão à capital paulista é uma das principais características da MMP.

Etapas da disseminação

É possível se falar em 3 etapas de disseminação da Covid-19 nas cidades brasileiras. Na primeira etapa, iniciada entre fevereiro e março deste ano, os casos se concentraram nas grandes capitais e especialmente naquelas mais intensamente integradas aos corredores globais de circulação de pessoas. A Covid-19 se dissemina da região central para os bairros periféricos destas cidades, através do sistema de transporte público principalmente.

Na segunda etapa, ocorre o primeiro impulso de interiorização da Covid-19, ainda que dentro dos limites das metrópoles envolvidas. A disseminação se dá especialmente pelo deslocamento de pessoas infectadas, sintomáticas ou não, entre os municípios ao longo das rodovias.

A terceira etapa ocorre com o deslocamento, através de estradas vicinais, de pessoas infectadas com o vírus que viajam para as cidades pequenas, afastadas dos municípios polos das regiões metropolitanas, conectadas mais aos municípios médios de seus estados.

A Macrometrópole Paulista guarda em si municípios com perfil demográfico pertencente às três etapas descritas acima. Na seção seguinte, analisaremos os números de casos e óbitos por Covid-19 na MMP desde o início do registro pela Fundação SEADE (dia 26 de março) até o dia 13 de julho. Nosso objetivo é demonstrar que, especialmente em razão da alta pendularidade populacional e da integração, direta ou indireta, dos municípios à capital paulista, o resultado não poderia ser outro que não a grande concentração dos casos e óbitos nessa nova unidade regional.

A Pandemia na Macrometrópole Paulista

O primeiro caso de coronavírus confirmado na MMP foi também o primeiro caso confirmado no Brasil, registrado na cidade de São Paulo, ainda no dia 26 de fevereiro. Foi um caso típico de transmissão importada – o infectado acabara de retornar de viagem da Itália.

Em um mês, no dia 26 de março, quando se deu o início da série de registros, tanto de casos como de óbitos, disponibilizada pela Fundação Seade, já eram 1.013 casos, e 33 municípios com casos confirmados.

Em 26 de março, quase a totalidade dos casos e dos óbitos por Coronavírus foram registrados em municípios integrantes da Macrometrópole Paulista (MMP): 96,29% dos casos totais e 98,28% dos óbitos totais do Estado de São Paulo. A tendência de interiorização, apontada por pesquisadores desde o início do mês de abril (BÓGUS e MAGALHÃES, 2020), se confirmou, reduzindo a participação da MMP para 86,07% dos casos e 91,46% dos óbitos. A diminuição menos acentuada dos óbitos indica uma tendência de importação de registros nos municípios da MMP, tendo em vista a concentração dos leitos e a melhor estrutura de atendimento à saúde, motivando os infectados a se tratarem em outras cidades que não a de registro do caso.

Conforme podemos observar nas Tabelas 1 e 3, essa concentração de casos e de óbitos na MMP ainda é muito condicionada pela própria Região Metropolitana de São Paulo (RMSP): em 26 de março, todos os óbitos da MMP eram de registros da RMSP. Tanto os casos quanto os óbitos vão, progressivamente, se disseminando para outras regiões metropolitanas: no início, especialmente as RM's da Baixada Santista e de Campinas. Em 13 de abril, chama a atenção a letalidade da Covid-19 na Unidade

Regional de Bragantina: com cinco óbitos, mesmo número da RM do Vale do Paraíba e do Litoral Norte, mas com 37,71% do número de casos desta RM.

Entre 26 de março e 13 de abril, há um crescimento de 741,36% no número de casos, e de 912,28% do número de óbitos na MMP. Esse grande crescimento indica que as cidades da MMP já sofriam, no final de março, as consequências de um isolamento social pouco rígido.

Tabela 1 – Número de casos nas regiões da MMP (26 de março a 13 de julho)

Região	26/3	13/4	13/5	13/6	13/7
RM São Paulo	994	7908	41667	126142	230365
RM Baixada	0	215	2130	12895	28495
RM Campinas	7	143	1257	6320	22736
RM Vale do Paraíba e LN	5	114	935	3493	9490
RM Sorocaba	1	53	723	3429	12300
AU Jundiá	4	16	415	2729	7442
AU Piracicaba	2	31	450	2440	10130
Unidade Regional Bragantina	0	43	185	565	1464
Total	1013	8523	47762	158013	322422

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

Ainda segundo as Tabelas 1 e 3, podemos observar a manutenção de uma elevada taxa de crescimento do número de casos e de óbitos por Covid-19 na MMP. Entre 13 de abril e 13 de maio, o número de casos cresce 460,38% e o número de óbitos, 580,06%. Embora ainda muito altas, observa-se que o crescimento das taxas é menor em relação ao período anterior. Entre 13 de maio e 13 de junho, o número de casos na MMP cresce 230,83%, e o de óbitos, 155,19%. Entre 13 de junho e 13 de julho, o crescimento foi, respectivamente, de 104,05% e 63,54%.

Os dois últimos intervalos são, portanto, os únicos em que o número de óbitos cresce menos que o número de casos, indicando, possivelmente, uma redução da letalidade da Covid-19 na MMP e a reversão do cenário de importação de óbitos desde municípios de fora da MMP.

A Tabela 2 nos mostra que, dos 174 municípios que compõem a MMP, 172 deles (98,85% dos municípios da MMP) tiveram pelo menos um caso de Covid-19. As duas únicas cidades sem casos de Covid-19 na MMP até o momento de finalização deste artigo são Lagoinha e São José do Barreiro, ambos da RM do Vale do Paraíba e Litoral Norte, com população de, respectivamente, 4.896 e 4.147 pessoas. Situam-se a 193 km e 268 km da capital paulista.

A evolução do número de municípios com casos confirmados nos evidencia a velocidade de disseminação do vírus e a concomitância, dentro da MMP, das etapas dois e três de transmissão do coronavírus, descritas anteriormente.

Tabela 2 – Casos de COVID-19 no Estado de São Paulo, na MMP e número de municípios com casos registrados

	26/3	13/4	13/5	13/6	13/7
Estado de SP	1052	8895	51097	172875	374607
MMP	1013	8523	47762	158013	322422
% da MMP em relação ao estado	96.29%	95.82%	93.47%	91.40%	86.07%
Número de cidades com Covid-19	33	96	153	167	172

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

A Tabela 4, por sua vez, apresenta o número de municípios da MMP com ao menos um óbito por Covid-19. No início do registro pela Fundação SEADE, (26 de março) já eram 8 municípios, e dos 58 óbitos confirmados pela doença, apenas um deles não era na MMP – na cidade de Ribeirão Preto. O número de municípios com mortes pela Covid-19 passa de 8 para 39 (13 de abril), 96 (13 de maio) e 125 (13 de junho) – quando atinge a marca de 71,83% dos municípios da MMP com mortes pelo coronavírus. Em 13 de Julho, eram 138 municípios com óbitos por Covid-19 na MMP, o equivalente a 79,31% do total de municípios da região.

Tabela 3 – Número de óbitos por COVID-19 nas regiões da MMP (26 de março a 13 de julho)

Região	Óbitos				
	26/3	13/4	13/5	13/6	13/7
RM São Paulo	57	543	3527	8619	13141
RM Baixada	0	8	151	558	1045
RM Campinas	0	9	68	256	781
RM Vale do Paraíba e LN	0	5	41	131	286
RM Sorocaba	0	3	50	170	394
AU Jundiaí	0	1	38	161	377
AU Piracicaba	0	3	34	98	316
Unidade Regional Bragantina	0	5	15	21	37
Total	57	577	3924	10014	16377

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

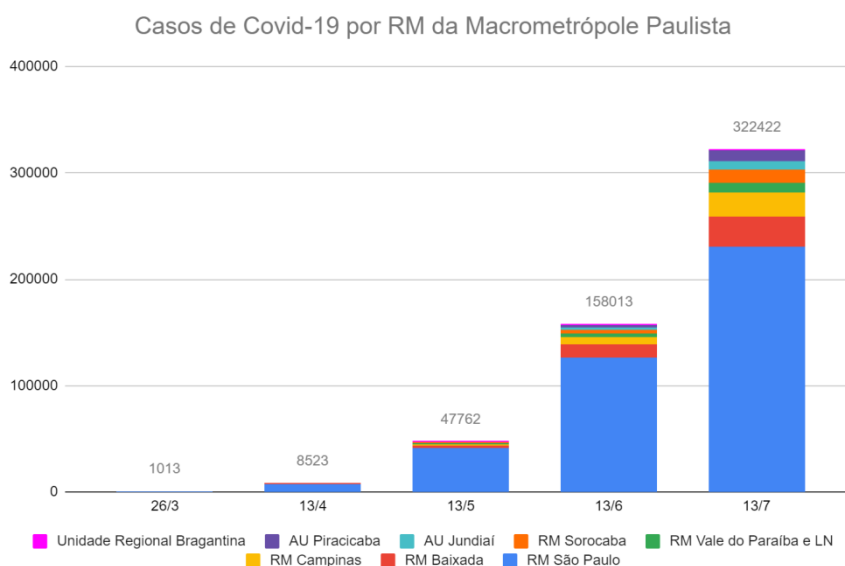
Tabela 4 – Óbitos por Covid-19 no Estado de São Paulo, na MMP e número de municípios com casos registrados

	26/3	13/4	13/5	13/6	13/7
Estado de SP	58	608	4118	10581	17907
MMP	57	577	3924	10014	16377
% da MMP em relação ao estado	98.28%	94.90%	95.29%	94.64%	91,46%
Número de cidades com óbitos por Covid-19	8	39	96	125	138

Fonte: Fundação SEADE, 2020.

Os Gráficos 1 e 2 abaixo nos permitem concluir que há um deslocamento dos registros tanto de casos como de óbitos na MMP, com crescimento da participação de outras regiões que não apenas a RMSP – especialmente as regiões metropolitanas da Baixada Santista, de Campinas e do Vale do Paraíba e do Litoral Norte. Todavia, a RMSP segue concentrando a maior parte dos casos da MMP (71,44% do total) e dos óbitos por coronavírus na MMP (80,24% do total). A diferença nos sugere, novamente, uma importação de óbitos na RMSP, em razão da melhor estrutura médico-hospitalar e da concentração dos leitos.

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de COVID-19 na MMP segundo região

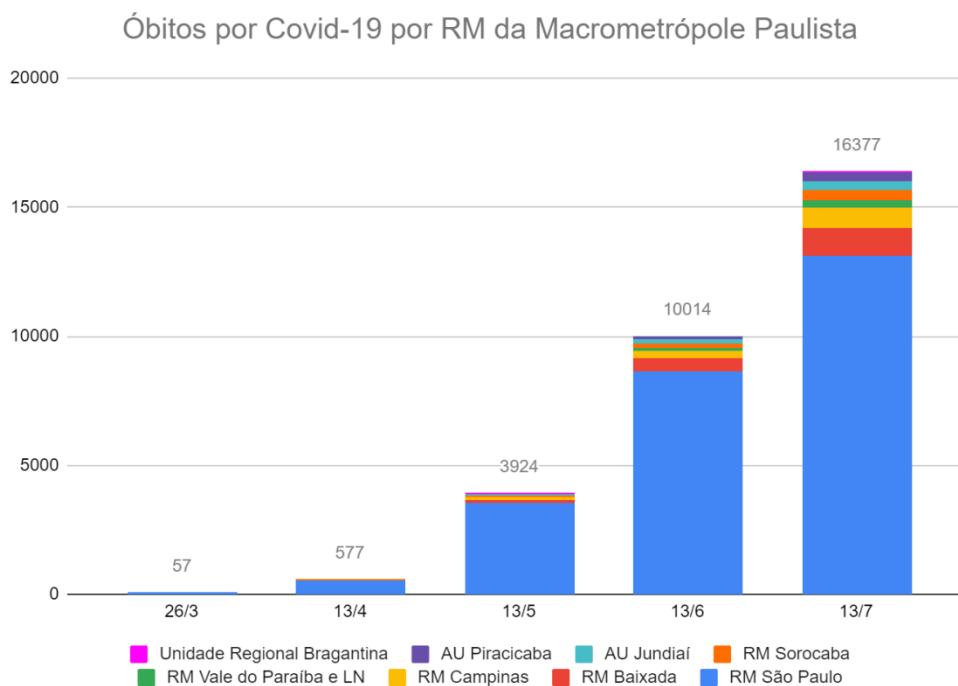


Fonte: Fundação SEADE, 2020.

Nos gráficos 1 e 2, percebe-se a grande concentração de casos e óbitos na Região Metropolitana de São Paulo. É importante considerar, a este respeito, as enormes desigualdades socioespaciais existentes nesta região metropolitana, os processos de

periferização e de favelização em curso, que promovem, de forma progressiva, a ocupação em áreas de intensa vulnerabilidade ambiental e próximas a áreas de proteção ambiental. Nestas áreas, as condições sanitárias são ainda mais precárias, o que tende a agravar o contágio por coronavírus.

Gráfico 2 – Distribuição dos óbitos de Covid-19 na MMP segundo região



Fonte: Fundação SEADE, 2020.

Considerações Finais

O padrão de disseminação do novo coronavírus no Estado de São Paulo mostra uma intensa concentração dos casos e dos óbitos na nova unidade regional da Macrometrópole Paulista – respectivamente, 86,07% e 91,46% do total do Estado.

A disseminação da Covid-19 na MMP é um processo que abarca a quase totalidade das cidades, todavia que mantém uma grande concentração de casos e óbitos na RMSP, respectivamente 71,44% e 80,24% do total.

Seguir a trajetória dessa disseminação é um exercício analítico que requer entender a natureza desigual das cidades que pertencem à MMP, a importância da rede de transporte público (metrô e trem) e das rodovias para a conexão entre as cidades.

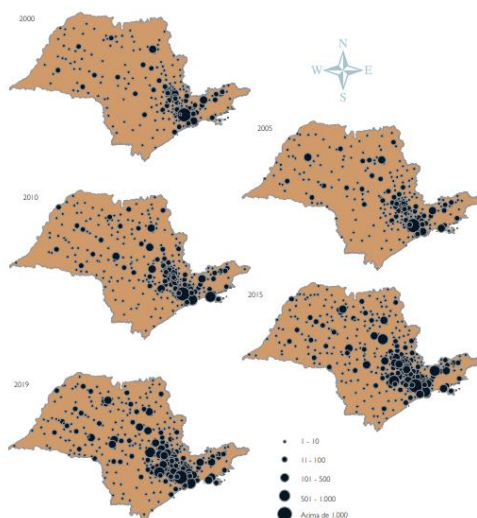
O Brasil, no dia 13 de julho de 2020, apresentava 1.887.607 casos confirmados de COVID-19 e 72.921 óbitos pela doença. A MMP representou, respectivamente, 17,08% dos casos e 22,45% dos óbitos de todo o país. Em outras palavras, quase 1 em cada 4 pessoas que morre no Brasil por conta do novo coronavírus vive em algum dos municípios da MMP. Essa enorme concentração é resultado de dinâmicas sociais marcadas pela intensa pendularidade espacial da população na MMP e pelo alto nível de integração e complementaridade dos municípios entre si. Ambos os fatores são expressão da vinculação econômica da região às cadeias globais de produção e de valor e aos circuitos internacionais de circulação de pessoas, que explicam, particularmente, por que se deu nela os primeiros casos e porque a doença se disseminou tão rapidamente para municípios menores.

Esse padrão de disseminação evidencia, como vimos, a potencialização que a doença adquire ao circular por contextos urbanos tão desiguais. Tem sido uma constante no debate científico sobre a Covid-19 o papel que as desigualdades sociais estão tendo no agravamento da doença. A superposição de carências faz do contexto social uma variável decisiva, o que amplia o leque dos grupos vulneráveis e dispersa mais que em outros países a composição etária dos óbitos.

Um dos grupos sociais mais vulneráveis na estrutura urbana da MMP é formado por imigrantes internacionais, solicitantes de refúgio e refugiados. Segundo o Banco Interativo do Observatório das Migrações em São Paulo (NEPO-Unicamp), entre 2000 e 2017 foram realizados 400.050 novos registros de imigrantes na MMP, o que equivale a 93,94% do total do Estado de São Paulo (425.850 novos imigrantes no mesmo período). O município de São Paulo é o principal local de destino ou de trânsito destes imigrantes, com 293.219 registros, equivalente a 89,90% do total de imigrantes da RMSP (326.160), que responde, por sua vez, a 81,53% dos registros de todo o Estado.

Segundo o recém-lançado Atlas Temático das Migrações Internacionais na Macrometrópole Paulista (BAENINGER et al., 2020), produção de nosso Observatório das Migrações no estado de São Paulo, a MMP concentrou, no ano de 2019, 37.161 dos 40.586 novos registros de imigrantes feitos em 2019 no estado de São Paulo, isto é, quase 92% do total do estado – reforçando com isso a importância da MMP na imigração internacional no estado de São Paulo, importância esta destacada acima.

**Mapa 1 – Imigrantes internacionais com registro ativo no estado de São Paulo
(2000, 2005, 2010, 2015 e 2019)**

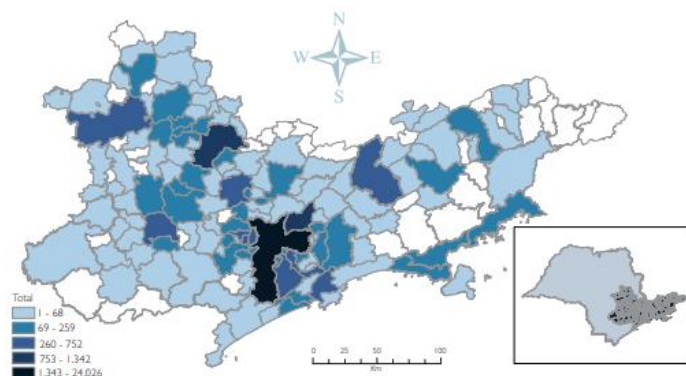


Fonte: Atlas Temático das Migrações Internacionais na Macrometrópole Paulista (BAENINGER et al., 2020, p.57).

A Figura 1 nos mostra que, desde 2000, há uma importante e permanente estadualização das migrações internacionais no estado de São Paulo. Isso se dá especialmente por conta de fluxos como o de haitianos, senegaleses e venezuelanos, que, diferente de fluxos anteriores de outras nacionalidades, têm maior mobilidade e se concentram menos na capital paulista. Paralelamente, ocorre também um movimento de interiorização de fluxos já consolidados na capital paulista, como é o caso dos bolivianos, especialmente para as periferias da cidade de São Paulo e para municípios da Região Metropolitana de São Paulo, como Osasco, Guarulhos e Guararema.

A Figura 1 nos permite concluir que essa estadualização se concentra nos próprios municípios da Macrometrópole Paulista. Dentro da MMP, como a Figura 2 nos permite concluir, há uma importância relativa maior dos municípios de São Paulo, Campinas e Guarulhos.

**Mapa 2 – Imigrantes internacionais com registros ativos residentes na
Macrometrópole Paulista (2019)**



Fonte: Atlas Temático das Migrações Internacionais na Macrometrópole Paulista (BAENINGER et al., 2020, p.82).

O caminho da dispersão da imigração internacional pela MMP se dá através dos municípios no entorno aos principais eixos rodoviários do estado de São Paulo, particularmente as rodovias Anhanguera, Bandeirantes e Dutra. Neste sentido, assemelha-se ao próprio padrão de disseminação da Covid-19, como já pudemos observar.

Em outros artigos, analisamos as interações étnico culturais e as inserções sócio laborais de imigrantes nos municípios da MMP (MAGALHÃES, BÓGUS e BAENINGER, 2018; MAGALHÃES e BÓGUS, 2019). Essas dinâmicas são caracterizadas por distintas vulnerabilidades socioespaciais e habitacionais e uma inserção laboral marcada pela informalidade. Os imigrantes internacionais são, por isso, um grupo ainda mais suscetível ao contágio pela Covid-19. Em que pese a visibilidade crescente que têm assumido, especialmente pela ocupação de espaços públicos, a alteração na Lei de Migrações, no final de 2017 e seu associativismo cultural (MAGALHÃES, BÓGUS e BAENINGER, 2018), os imigrantes seguem invisíveis nas estimativas e dados oficiais sobre óbitos por coronavírus no Brasil, tendo em vista a nacionalidade não ser um quesito dos registros do Ministério da Saúde sobre a doença. Essa invisibilidade compromete de forma direta não apenas o entendimento mais preciso do impacto da Covid-19 entre os imigrantes como também a formulação de políticas públicas específicas de saúde da população migrante, sobretudo, em tempos de pandemia.

A inexistência do quesito nacionalidade nos registros e, com isso, a invisibilidade de imigrantes internacionais nas estatísticas de contágio e de óbitos por Covid-19 no Brasil revelam a manutenção de uma fronteira em nosso país: não uma fronteira física, geográfica, dessas que separam as cidades, os estados e os países, mas sim uma

fronteira civilizatória, que produz alteridades, que separa níveis de cidadania e de acesso a direitos, dentro da mesma cidade, estado e país. Deste modo, a Covid-19 tem explicitado fronteiras civilizatórias históricas e estruturais de nosso país, que se refletem no acesso desigual aos serviços de saúde. Negros e negras, imigrantes e refugiados, diaristas, moradores de periferia, trabalhadores informais, populações indígenas entre outros grupos estão situados do lado de lá de uma fronteira imposta pela pelo próprio processo de formação de nosso Estado Nacional. Trata-se de uma fronteira sociológica, invisível, mas muito objetiva, que rompe o tecido social de nossas cidades, que produz invisibilidades e alteridades, que reduz ao limite do compreensível a empatia com o outro. Não por outra razão, ao momento em que fechávamos esse capítulo, e o Brasil já superava a marca dos 73 mil mortos por Covid-19, de Norte a Sul se flexibiliza a quarentena, em uma tentativa desumana de um regresso ao “normal” sem a devida reflexão sobre a gravidade do momento. A vigência desta fronteira civilizatória perpetua a indiferença, a falta de empatia e todo e qualquer caminho de construção de uma sociedade mais justa, menos desigual e mais apta a enfrentar com isso os desafios epidemiológicos do presente e do futuro.

Para concluir, na MMP outra carência histórica também tem se mostrado dramaticamente atuante na elevação do número de casos e de óbitos: a limitação dos mecanismos de gestão e de planejamento supra municipais, metropolitanos ou mesmo macrometropolitanos, e a manutenção de hierarquias urbanas nas quais os municípios, mais que isolados, atuam em concorrência uns aos outros, tem se mostrado atualmente um entrave importante na elaboração de estratégias de enfrentamento à doença. A falta de articulação entre os municípios foi, certamente, um fator que elevou o potencial de disseminação da Covid-19 e, portanto, o número de óbitos na região. É urgente, pois, repensar essas lógicas e criar e fortalecer os espaços de governança supra municipais. Não nos parece haver outra forma que não através da atuação coordenada dos organismos competentes, vendo a MMP como uma unidade em si, e não como uma soma de municípios dispersos e conflitantes, como o que ocorre seja na disputa entre eles por equipamentos de proteção individual e respiradores artificiais, seja no lobby político que fazem para que seja permitida a reabertura individual dos municípios.

Referências Bibliográficas

ABDAL, Alexandre; MACEDO, Caio César Ferreira de; ROSSINI, Gabriel; GASPAR, Ricardo

Carlos. **Caminhos e descaminhos da macrometrópole paulista: dinâmica econômica, condicionantes externos e perspectivas.** Cad. Metrop., São Paulo, v. 21, n. 44, pp. 145-168, jan/abr 2019.

CANO, Wilson. **Desconcentração produtiva regional do Brasil: 1970-2005.** São Paulo: Editora da UNESP, 2007.

BAENINGER, Rosana (Org). **População e Cidades** – Subsídios para o planejamento e para as políticas sociais. Campinas: Núcleo de Estudos de População 'Elza Berquó' NEPO/Unicamp; Brasília: UNFPA, 2010.

BAENINGER, Rosana; DEMÉTRIO, Natália Belmonte; DOMENICONI, Joice (Coordenadoras). **Atlas Temático da Imigração Internacional na Macrometrópole Paulista, Regiões Metropolitanas e Regiões Administrativas.** Campinas – SP: Núcleo de Estudos de População 'Elza Berquó – NEPO-Unicamp, 2020. 360p. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/atlas2020/atlas2020.pdf>

Banco Interativo do Observatório das Migrações em São Paulo. **Números da Migração Internacional para o Brasil.** Campinas-SP: Observatório das Migrações em São Paulo – NEPO/UNICAMP. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/>. Acesso em: ago./2019.

BÓGUS, Lucia Maria Machado; MAGALHÃES, Luís Felipe Aires. Desigualdades socioespaciais e pandemia: impactos metropolitanos da Covid-19. In: PASSOS, João Décio (Org). A Pandemia do Coronavírus: Onde estivemos? Para onde vamos? São Paulo: Paulinas. 2020. 240p.

BÓGUS, Lucia Maria Machado; MAGALHÃES, Luís Felipe Aires. Reconversão Econômica e Novos Imigrantes Internacionais no Município de São Paulo. In: MAGALHÃES, Luís Felipe Aires; BÓGUS, Lucia (Orgs). Cidades e Políticas Públicas – Atualização Pedagógica. São Paulo: Centro Paula Souza, 2019. 112p.

EMPLASA, **Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano. Macrometrópole Paulista 2012.** São Paulo, 2012.

GOTTMANN, J. **Megalopolis or the Urbanization of the Northeastern Seaboard.** Economic Geography, v. 33, n. 3, p. 189-200, jul. 1957.

Fundação SEADE – Boletim Coronavírus. 2020. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>

GUEDDES, Patrick. Ciudades en evolución. Buenos Aires: Ed. Infinito, 1960. Original: Cities in evolution: an introduction to the town-planning. Londres: Williams & Norgate, 1915.

KOURY, Ana Paula; CAVALCANTI, Cristina Kanya Caselli; BRUNA, Gilda Bruna. **Metrópoles Brasileiras: Abrangência em macrometrópole e desafios da gestão sustentável.** In: BRUNA, Gilda Collet; PHILLIPI Jr., Arlindo (Eds). Gestão Urbana e Sustentabilidade. Barueri: Manole, 2019. 1088p.

LEOPOLDO, E. **A produção do pensamento sobre a metrópole e o metropolitano na escola de geografia urbana de São Paulo: o lugar de Sandra Lencioni.** Geosp – Espaço e Tempo (Online), v. 20, n. 3, p. 498-517, mês. 2016. ISSN 2179-0892.

LENCIONI, Sandra. **Metropolização do espaço e a constituição de megarregiões.** In: FERREIRA, A.; RUA, J.; MATTOS, R. C. (Org.). Desafios da metropolização do espaço. Rio de Janeiro: Consequência, 2015. p. 35-68.

LENCIONI, Sandra. **Da cidade e sua região à cidade-região.** In: SILVA, J.; LIMA, L.; ELIAS, D.

(Org.). Panorama da geografia brasileira I. São Paulo: Annablume, 2006a.

MACHADO, Leandro. Coronavírus: a rodovia federal que 'levou' a covid-19 para o interior de Pernambuco. BBC News, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52332235>

MAGALHÃES, Luís Felipe Aires; BÓGUS, Lúcia; BAENINGER, Rosana. Migrantes Haitianos e Bolivianos na Cidade de São Paulo: Transformações econômicas e territorialidades migrantes. In: **REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.**, Brasília, v. 26, n. 52, abr. 2018, p. 75-94.

MAGALHÃES, Luís Felipe Aires. BAENINGER, Rosana; DEMÉTRIO, Natália Belmonte; DOMENICONI, Joice de Oliveira Santos. A Imigração Internacional Contemporânea nos Municípios da Macrometrópole Paulista. In: **Anais do Congresso de 20 Anos do Observatório das Metrôpoles. As Metrôpoles e o Direito à Cidade: Dilemas, desafios e esperanças**. Disponível em: http://congressovinteanos.observatoriodasmetrosoles.net.br/wp-content/uploads/2019/06/01-3_MEGARREGIAO_00.pdf

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 2. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. v. I.

MUMFORD, Lewis. **La Cultura de las Ciudades**. Buenos Aires: EMECE, 1945. 189p.

PASTERNAK, Suzana; BÓGUS, Lúcia. **São Paulo: Transformações na Ordem Urbana**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.

OIT – Organização Internacional do Trabalho (2017). Inserção laboral de imigrantes internacionais: transitando entre a economia formal e informal no município de São Paulo.

PASTERNAK, Suzana e BÓGUS, Lúcia (2015). *São Paulo: transformações na ordem urbana*. Rio de Janeiro, Letra Capital.

PASTERNAK, Suzana e BÓGUS, Lúcia. Evolução da situação das favelas na metrópole paulista e desigualdade socioespacial. In: BRUNA, Gilda Collet; PHILLIPI Jr., Arlindo (Eds). *Gestão Urbana e Sustentabilidade*. Barueri: Manole, 2019. 1088p.

ROSETA, Helena. A Pandemia e as Desigualdades. In: Público. Disponível em: <https://www.publico.pt/2020/05/14/opiniao/opiniao/pandemia-desigualdades-1916253>

SASSEN, Saskia. **As cidades na Economia Mundial**. São Paulo: Studio Nobel, 1998.

ZIEGLER, Maria Fernanda. Padrão de disseminação urbana da COVID-19 reproduz desigualdades territoriais. In: Agência FAPESP, 2020. Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/padrao-de-disseminacao-urbana-da-covid-19-reproduz-desigualdades-territoriais/33226/#.XsfOC2EcV3M.whatsapp>

SPLENGER, Oswald. *La decadencia del occidente*. Tomo I. Bosquejo de una morfología de la historia universal. Madri: Espasa-Calpe S.A. 1966.

Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: caminho rumo à periferia

*Suzana Pasternak⁵
Camila D'Ottaviano⁶
Ângela Luppi Barbon⁷*

No último dia 24 de março, o governador do estado de São Paulo, João Doria (PSDB), decretou o isolamento social como medida para evitar a propagação do coronavírus, treze dias depois da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar que o mundo vive uma pandemia causada por este agente patogênico. Desde então, o comércio em geral foi obrigado a fechar, mas o funcionamento dos serviços essenciais, como saúde, alimentação e segurança, foi mantido.

O primeiro caso brasileiro confirmado, no dia 25 de fevereiro, foi de um morador de São Paulo que acabava de chegar da Itália. Desde então temos acompanhado com apreensão as notícias e dados sobre o impacto da COVID-19 no Brasil. Hoje, dia 19 de maio, já são quase 18 mil mortos no país⁴ e mais de 5.900 mortes⁵ apenas na cidade de São Paulo.

Em relação à Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), dados publicados no site da Fundação Seade, tendo como fonte informações da Secretaria de Saúde do Estado, mostravam que entre 28 de abril e 12 de maio o número de mortes por COVID-19 na metrópole aumentara 186%. Para a capital, o aumento foi, no mesmo período, de 180%, enquanto para os outros municípios metropolitanos chegou a 205%. Tanto a mortalidade como o aumento da taxa de novos casos nos outros municípios é ainda maior que na capital. Esse aumento expressivo mostra a doença caminhando para o resto da metrópole. Dados do dia 12 de maio mostram que a incidência de casos entre moradores da capital ainda era bem superior que nos demais municípios, com 233,97 casos confirmados para cada 100 mil habitantes em São Paulo, enquanto que no restante da RMSP este número era de 110,33 por 100 mil. Alguns municípios, entretanto, já mostravam alta morbidade: Barueri (200,84 óbitos por 100 mil habitantes), São Caetano do Sul (189,76 por 100 mil), Osasco (189 por 100 mil), Santana do Parnaíba (161,44 por 100 mil).

⁵ Arquiteta e Urbanista, professora titular aposentada da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAUUSP). Pesquisadora do Observatório das Metrôpoles Núcleo São Paulo.

⁶ Arquiteta e Urbanista, docente da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAUUSP). Coordenadora do projeto de pesquisa “Direito à Cidade e Habitação” do Observatório das Metrôpoles.

⁷ Arquiteta e Urbanista, analista de desenvolvimento habitacional e urbano na Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU).

Municípios reconhecidamente industriais, com grande presença de população pobre, ainda não apresentavam, em 12 de maio, alta morbidade. Por exemplo, em Guarulhos a taxa mortalidade era de 80,74 por 100 mil; em Jandira, 90,61; em Cajamar, 117,23; e em Diadema, 111,01. Nos municípios menos integrados à cidade de São Paulo, a taxa de casos por 100 mil habitantes era ainda menor como, por exemplo, em: Juquitiba, 23,03; Salesópolis, 29,69; e Vargem Grande Paulista, 46,39.

Dados posteriores certamente indicarão aumento expressivo de casos e óbitos nos municípios metropolitanos. Fora Osasco, município proletário, os outros com grande número de casos atestam que o início da pandemia foi resultante de infestação inicial pela população de classe média e alta. Daí a alta morbidade de Barueri e Santana do Parnaíba, onde se concentram condomínios fechados de alta renda. Mas o contágio pelos outros segmentos populacionais era inevitável. A atual e a futura expansão vão, infelizmente, demonstrar este fato.

A partir dos dados divulgados pela Prefeitura de São Paulo⁶ procuramos, a seguir, apresentar o panorama geral da mortalidade por COVID-19 na cidade de São Paulo ao longo do último mês.

Os dados consolidados até agora permitem a análise da mortalidade por distrito ao longo de quase um mês (entre 17 de abril e 14 de maio). Essa primeira análise nos mostra o crescimento da Taxa de Mortalidade em direção à periferia do município.

Anel	Mortalidade COVID-19 por 100 mil			aumento 27 dias
	17 de abril	30 de abril	14 de maio	
Central	27,33	34,69	55,19	201,40%
Interior	27,17	34,66	51,99	191,35%
Intermediário	27,22	34,46	50,98	187,29%
Exterior	25,36	33,01	51,7	203,86%
Periférico	18,64	24,7	41,83	224,41%
MSP	22,45	29,25	45,88	204,37%

Tabela 1 – Taxa de Mortalidade COVID-19 por Anéis. De 17 de abril a 14 de maio de 2020.

Fonte: PMSP. Elaboração Suzana Pasternak.

Numa primeira visão sintética, utilizando como unidade territorial os anéis (Taschner e Bogus, 1998), pode-se notar:

- As taxas de mortalidade por COVID-19, embora subdimensionadas, cresceram em toda a superfície do município, com aumento médio de 204%;
- As taxas dos anéis central e periférico se aproximam: em 17 de abril a taxa do anel central era 1,47 vezes maior que a do periférico; em 24 de maio, 1,32 vezes;
- O incremento no período, embora fosse elevado para todos os anéis, mostrou-se mais forte para o anel periférico.

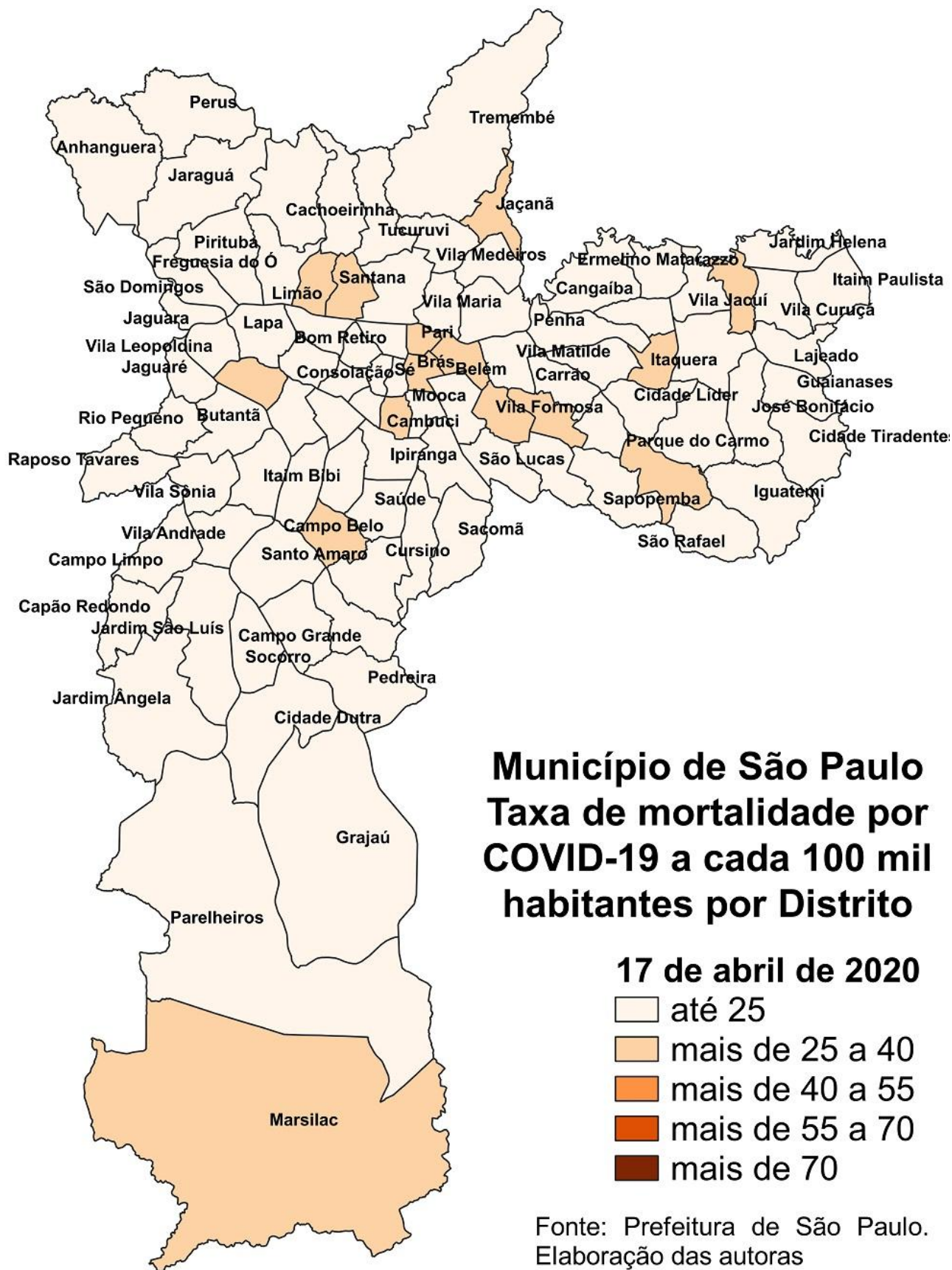
Decididamente, a COVID-19 está se alastrando pela periferia paulistana, incluindo outros municípios da Região Metropolitana mencionados anteriormente.

Para o município de São Paulo, a Tabela 2 mostra os 10 distritos com maior mortalidade e menor mortalidade (em azul) em 17 de abril (são, no total, 96 distritos). Uma vez que o isolamento social se iniciou em 24 de março, os dados de 17 de abril já indicam algum tipo de padrão tanto na expansão da contaminação quanto da morbidade.

Distrito	População (proj. 2020)	17 de abril	
		Mortes até 17.abril	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Água Rasa (zona leste)	82.564	32	38,8
Pari (centro)	19.069	7	36,7
Limão (zona norte)	79.657	29	36,4
Liberdade (centro)	72.797	26	35,7
Marsilac (zona sul)	8.426	3	35,6
Belém (zona leste)	49.213	17	34,5
Vila Formosa (zona leste)	94.100	29	30,8
São Miguel (zona leste)	89.173	27	30,3
Artur Alvim (zona leste)	100.462	30	29,9
Jaçanã (zona norte)	96.054	28	29,2
Grajaú (zona sul)	390.096	33	8,5
Jaguara (zona oeste)	23.950	2	8,4
Anhanguera (zona oeste)	84.719	7	8,3
Parelheiros (zona sul)	153.598	12	7,8
Pedreira (zona sul)	160.976	12	7,5
Jardim Ângela (zona sul)	338.265	23	6,8
Raposo Tavares (zona oeste)	107.426	7	6,5
Vila Andrade (zona sul)	163.508	10	6,1
Butantã (zona oeste)	53.836	3	5,6
Campo Limpo (zona sul)	228.893	10	4,4

Tabela 2 – Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 17 de abril de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Percebe-se que as maiores taxas de mortalidade (ainda reduzidas, se compararmos com as de 14 de maio) estão tanto em distritos pobres, com alta densidade e presença de cortiços e comércio popular, como o Pari e Belém, como em pontos da periferia leste, como Vila Formosa, São Miguel, Artur Alvim. O Mapa 1 mostra o centro, o centro norte, dois pontos no sul e um caminhar para a zona leste. As taxas de mortalidade menores estavam em distritos periféricos, com exceção do Butantã, perto do centro expandido. Chama a atenção que o distrito de Vida Andrade, onde se localiza a favela de Paraisópolis, com população de 42.826 pessoas em 2010 (ou 34% da população e 49,15% dos domicílios do distrito)⁷, ainda era pouco atingido, com taxa de mortalidade de 6,1 óbitos por 100 mil moradores



Mapa 1 – Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 17 de abril de 2020. Fonte: PMSP.

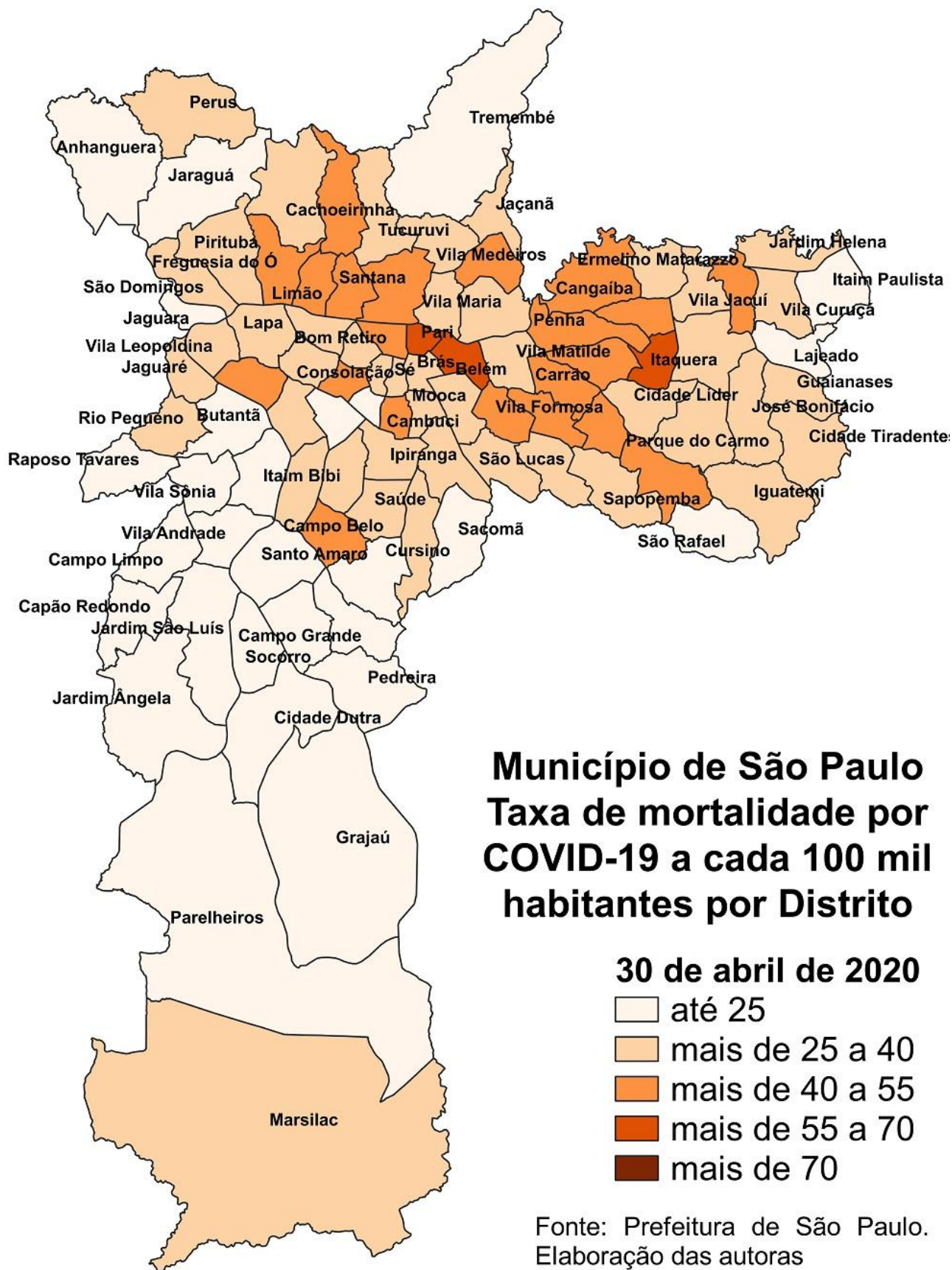
Elaboração Ângela L. Barbon.

Os dados do dia 30 de abril apresentados na Tabela 3 e no Mapa 2 mostram a expansão das taxas mais altas de mortalidade para o leste e para o norte da capital. As maiores taxas de mortalidade continuam acontecendo no Pari, Belém, Água Rasa, Limão e Artur Alvim. Mas entre os dez distritos com maior mortalidade está também o de Alto de Pinheiros, com baixa densidade, casas horizontais e alta renda. Os distritos periféricos continuam a mostrar baixa mortalidade, incluindo o Butantã. Os valores das taxas já apresentam incrementos significativos (no Pari, aumento de 36,7 para 58,9 por 100 mil; no Belém, aumento de 34,4 para 58,9 por 100 mil). Entre os 10 com a menor taxa, continuam muitos dos periféricos: Campo Limpo, Anhanguera, Jardim Angela, Raposo Tavares, Vila Andrade, entre outros. Mas nota-se que o aumento de óbitos neste período já mostra forte incremento em alguns distritos periféricos (ver Tabela 6, incremento de 179% no Jardim Helena, 143,5% no Jardim Angela e 168% em Campo Limpo). Na área central também o aumento de mortes foi grande, nos distritos da Sé e da República.

Distrito	30 de abril	
	Mortes até 30.abril	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Belém (zona leste)	29	58,9
Pari (centro)	11	57,7
Artur Alvim (zona leste)	57	56,7
Água Rasa (zona leste)	43	52,1
Limão (zona norte)	41	51,5
Alto de Pinheiros (zona oeste)	20	48,8
Campo Belo (zona sul)	30	47,1
Liberdade (centro)	34	46,7
São Mateus (zona leste)	72	46,3
Cachoeirinha (zona norte)	67	45,8
Jardim Ângela (zona sul)	56	16,6
Vila Sônia (zona oeste)	20	16,4
São Rafael (zona leste)	25	15,7
Parelheiros (zona sul)	24	15,6
Butantã (zona oeste)	8	14,9
Pedreira (zona sul)	23	14,3
Raposo Tavares (zona oeste)	15	14,0
Vila Andrade (zona sul)	21	12,8
Anhanguera (zona oeste)	10	11,8
Campo Limpo (zona sul)	27	11,8
MSP	633	29,3

Tabela 3 – Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 30 de abril de 2020.

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.



Mapa 2 – Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 30 de abril de 2020. Fonte: PMSP.

Elaboração Ângela L. Barbon.

Os dados do dia 14 de maio são apresentados na Tabela 4 e no Mapa 3. Pari, Limão, Belém, Cachoeirinha, Artur Alvim, Campo Belo e Água Rasa seguem entre os distritos com maiores taxas de mortalidade. Porém Alto de Pinheiros, Liberdade e São Mateus foram agora substituídos por Brás (bairro popular da área central), Vila Medeiros e Mandaqui, ambos na zona norte. Entre os distritos com menores taxas de mortalidade, apenas Parelheiros, no extremo sul da cidade, não está mais na lista.

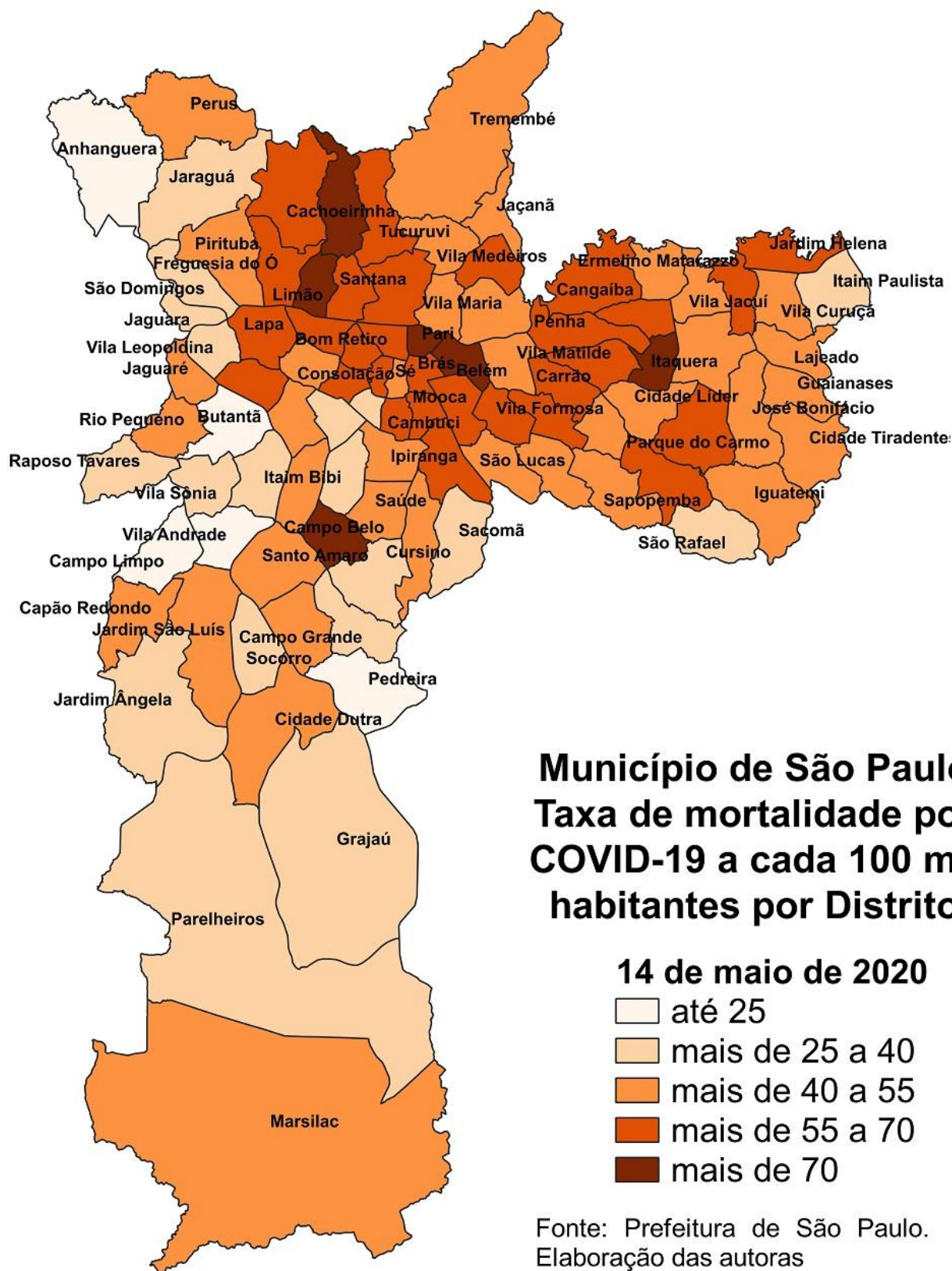
Oito dos dez distritos com as maiores taxas de mortalidade apresentam uma densidade populacional (moradores por hectare) superior à média observada para o município de 95,42 moradores por hectare, segundo dados da última Pesquisa Origem e Destino do Metrô (OD-2017). As exceções são Mandaqui e Cachoeirinha, na zona norte, com densidades de 53,40 e 76,27 moradores/ha respectivamente. Também com base na OD-2017 podemos observar que todos estes dez distritos têm renda média familiar mensal inferior a observada para o município, de R\$ 4.273.

Já entre os distritos com menores taxas de mortalidade por 100 mil habitantes há mais distritos com densidade inferior a média municipal, são cinco casos (Ananguera, Pedreira, São Rafael, Raposo Tavares e Jardim Ângela), todos com renda inferior a média municipal. Por outro lado, quatro dos distritos deste grupo com maiores densidades (Vila Andrade, Butantã, Vila Sônia e Bela Vista) tinham em 2017 renda média familiar mensal significativamente superior à municipal (R\$ 5.628, R\$ 6.359, R\$ 5.454 e R\$ 5.076). Já Campo Limpo apresenta densidade (99,54 moradores/ha) mais próxima da média para o município e renda familiar inferior (R\$ 3.850).

Distrito	14 de maio	
	Mortes até 14.maio	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Pari (centro)	18	94,4
Limão (zona norte)	64	80,3
Belém (zona leste)	39	79,2
Cachoeirinha (zona norte)	115	78,6
Artur Alvim (zona leste)	78	77,6
Campo Belo (zona sul)	47	73,7
Brás (centro)	23	69,6
Vila Medeiros (zona norte)	85	68,9
Mandaqui (zona norte)	75	68,7
Água Rasa (zona leste)	56	67,8
Bela Vista (centro)	23	31,4
Jardim Ângela (zona sul)	106	31,3
Vila Sônia (zona oeste)	35	28,8
Raposo Tavares (zona oeste)	29	27,0
São Rafael (zona leste)	43	26,9
Pedreira (zona sul)	40	24,8
Campo Limpo (zona sul)	56	24,5
Butantã (zona oeste)	13	24,1
Vila Andrade (zona sul)	39	23,9
Anhanguera (zona oeste)	19	22,4
MSP	1.003	46,9

Tabela 4 – Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 14 de maio de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Se a classificação entre os distritos com maior e menor taxa de mortalidade se manteve estável, o Mapa 3 mostra o aumento das altas taxas de mortalidade por COVID-19 em direção à zona norte e leste da capital. Em apenas duas semanas, entre 30 de abril e 14 de maio, os distritos com taxas superiores a 50 óbitos por 100 mil habitantes passaram de 5 para 45!



Mapa 3 – Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 14 de maio de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Ao analisarmos o aumento do número absoluto de óbitos, a variação ao longo das quatro semanas analisadas chega a um aumento de 560% no número total de óbitos por distrito. A análise do número total de óbitos de forma isolada não é um bom indicador, mesmo assim serve para mostrar escalada no número de mortes por COVID-19 na maior cidade do país.

Distrito	Óbitos - Variação 17 de abril- 14 de maio
Campo Limpo (zona sul)	560,0%
Jardim Helena (zona leste)	520,0%
República (centro)	514,3%
Parelheiros (zona sul)	483,3%
Sé (centro)	466,7%
Jardim Ângela (zona sul)	460,9%
Butantã (zona oeste)	433,3%
Itaim Paulista (zona leste)	423,8%
Raposo Tavares (zona oeste)	414,3%
Jaguara (zona oeste)	400,0%
Marsilac (zona sul)	133,3%
MSP	288,3%

Tabela 5 – Aumento de óbitos. Seleção de Distritos. Período 30 de abril a 14 maio de 2020.

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

As Tabelas 6 e 7 apresentam a variação percentual da Taxa de Mortalidade para os dois períodos estudados (de 17 a 30 de abril e de 30 de abril a 14 de maio). Novamente os distritos selecionados foram aqueles com os maiores e menores percentuais.

Para o período de 17 a 30 de abril (Tabela 6), o maior aumento na taxa de mortalidade aconteceu no distrito da República, na área central, que apresentou um aumento de mais de 200%. Já o distrito de Marsilac, no extremo sul da cidade e com pouquíssimo habitantes (8.426), não contabilizou nenhuma morte associada à COVID-19.

Distrito	Taxa de Mortalidade
	Varição 17-30/abril
República (centro)	229,2%
Jardim Helena (zona leste)	179,0%
Campo Limpo (zona sul)	168,1%
Sé (centro)	167,6%
Butantã (zona oeste)	165,4%
Jaguara (zona oeste)	148,5%
Jardim Ângela (zona sul)	143,5%
Vila Curuçá (zona leste)	131,2%
Cachoeirinha (zona norte)	131,2%
Perus (zona norte)	130,1%
Brás (centro)	44,6%
Anhanguera (zona oeste)	42,2%
Limão (zona norte)	41,4%
Pinheiros (zona oeste)	38,6%
São Lucas (zona leste)	37,1%
Água Rasa (zona leste)	34,2%
Liberdade (centro)	30,8%
Jaçanã (zona norte)	21,2%
Socorro (zona sul)	16,3%
Marsilac (zona sul)	0,0%
MSP	79,9%

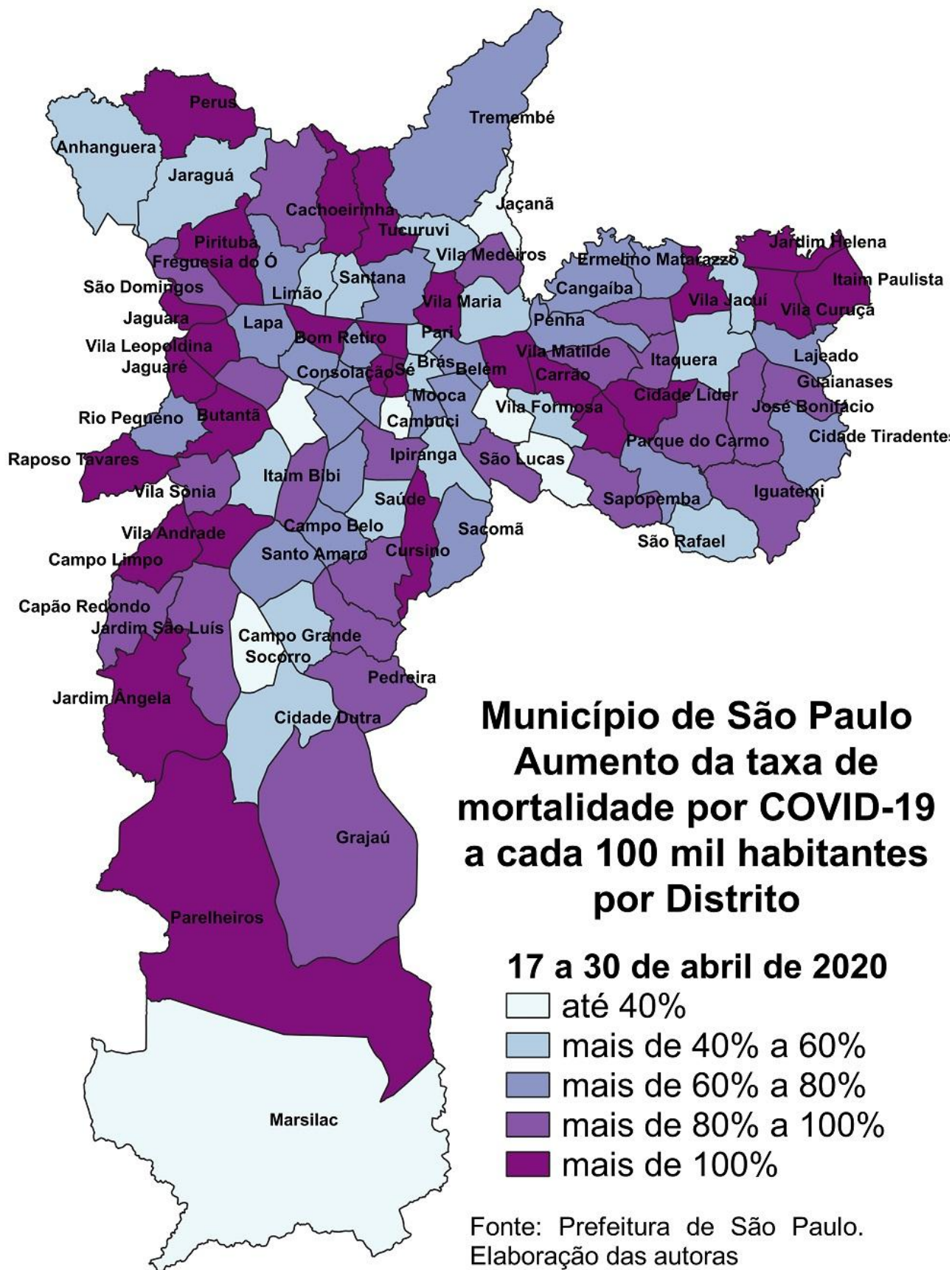
Tabela 6 – Variação Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. Período 17 a 30 de abril de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Já para o segundo período (entre de 30 de abril a 14 de maio), apesar dos percentuais de incremento da taxa de mortalidade serem um pouco menores, o aumento das taxas de mortalidade passa a atingir todos os distritos da cidade. Chama a atenção que as maiores variações estão concentradas sobretudo nos distritos ao sul do município: Parelheiros, Campo Grande, Jardim São Luis, Campo Limpo, Santo Amaro e Socorro.

Distrito	Taxa de Mortalidade
	Varição 30/abril-14/maio
Parelheiros (zona sul)	141,7%
Campo Grande (zona sul)	131,6%
Jardim São Luís (zona sul)	114,5%
Capão Redondo (zona sul)	110,0%
Campo Limpo (zona sul)	107,4%
Itaquera (zona leste)	100,0%
Santo Amaro (zona sul)	100,0%
Socorro (zona sul)	100,0%
Santa Cecília (centro)	96,6%
Parque do Carmo (zona leste)	95,2%
Aricanduva (zona leste)	34,3%
Marsilac (zona sul)	33,3%
Moema (zona sul)	30,8%
São Mateus (zona leste)	30,6%
Tatuapé (zona leste)	30,6%
Vila Mariana (zona sul)	30,4%
Água Rasa (zona leste)	30,2%
Cidade Líder (zona leste)	28,6%
Iguatemi (zona leste)	21,1%
Jaçanã (zona norte)	20,6%
MSP	60,3%

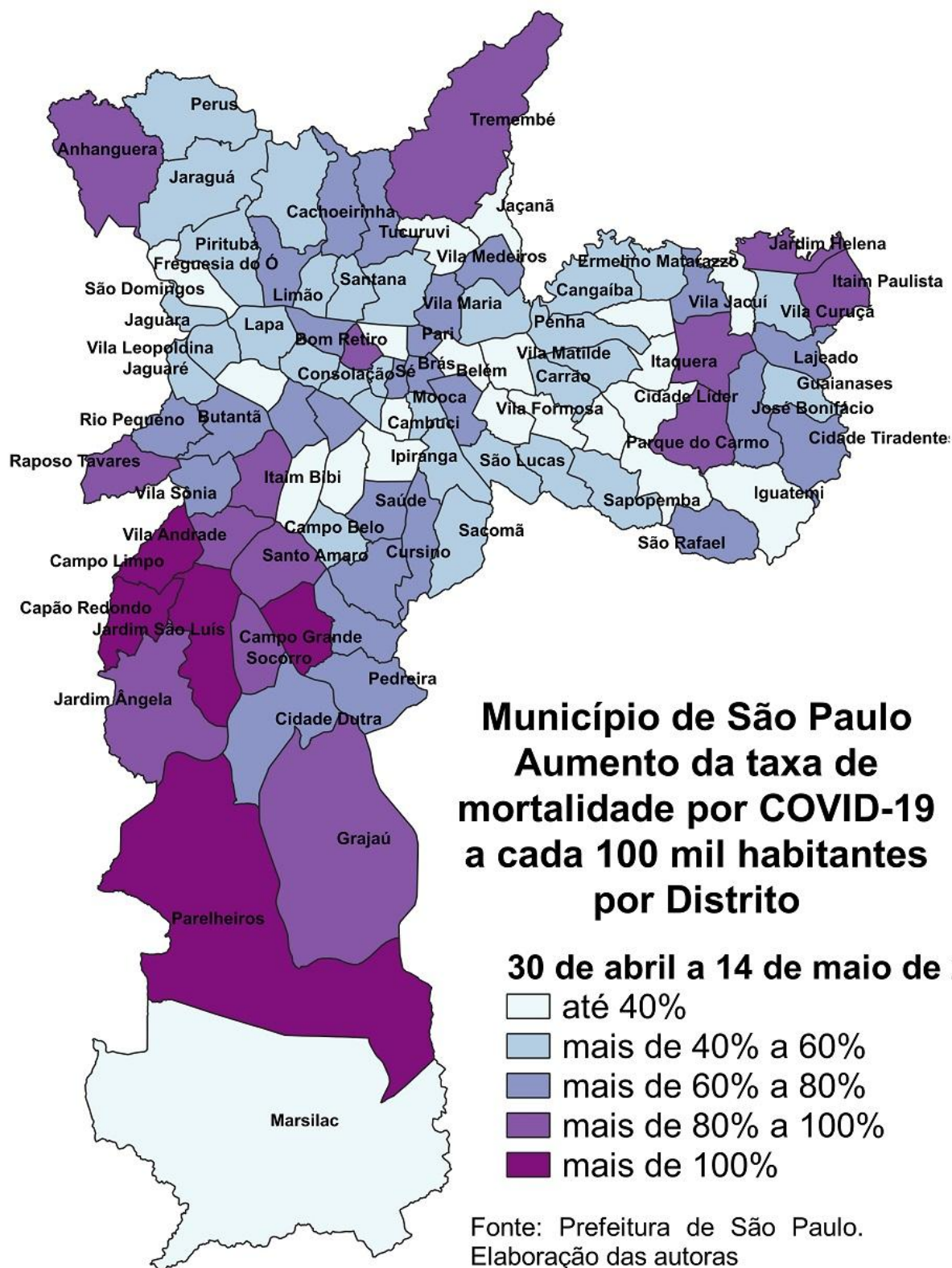
Tabela 7 – Variação Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. Período 30 de abril a 14 de maio de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Os Mapas 4 e 5 apresentam o incremento das taxas de mortalidade para os dois períodos. Se na segunda quinzena de abril a expansão em direção à periferia do aumento das taxas de mortalidade acontecia de forma mais ou menos homogênea (atingindo distritos ao norte, a leste, a oeste e ao sul), na primeira quinzena de maio, conforme mostra o Mapa 5, o aumento da mortalidade se deu sobretudo em direção a porção sul da cidade.



Mapa 4 – Aumento Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 17 a 30 de abril de 2020.

Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.



Mapas 5 – Aumento Taxa de Mortalidade. Município de São Paulo. 30 de abril a 14 de maio de 2020. Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

A análise dos dados da mortalidade por COVID-19 mostra que o caminho rumo à periferia está se concentrando cada vez mais nos distritos e áreas com maior precariedade habitacional, com grande concentração de favelas e assentamentos irregulares, locais com os piores indicadores de acesso à infraestrutura e também aos serviços de saúde. Apenas para lembrar, o distrito de Vila Andrade tem 49,15% dos seus domicílios em favela; Brasilândia, 29,50%; Capão Redondo, 27,66%; Campo Limpo, 26,83%; Jardim São Luis, 24,09%; Pedreira, 23,40%. Todos eles com crescimento explosivo de mortalidade.

Referências Bibliográficas:

Prefeitura de São Paulo, Boletim Diário Covid-19. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/18052020boletim_covid_19_diario.pdf. Acesso em: 19 de maio de 2020.

Rede Nossa São Paulo. Mapa da Desigualdade 2019. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/campanhas/#13> . Acesso em: 19 de maio de 2020.

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Painel Coronavírus do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: ainda rumo à periferia do município

Suzana Pasternak

Camila D'Ottaviano

Ângela Luppi Barbon

Em meados de maio, a partir dos dados de mortalidade consolidados até o dia 14 de maio, redigimos um artigo sobre a distribuição dos óbitos da COVID-19 no tecido urbano do município de São Paulo. Naquele dia, eram mais de 15 mil mortos no país e mais de 5.500 mortes apenas na cidade de São Paulo. Conforme dados do final do mês de junho, as mortes no país ultrapassam 52 mil (53.645) e na cidade de São Paulo somam 13.068. Os óbitos brasileiros são 11% do total dos óbitos mundiais, enquanto que os 200 milhões de brasileiros representam menos que 3% da população mundial.

A partir de dados publicados pela Prefeitura de São Paulo (PMSP), neste texto procuramos apresentar o panorama geral da mortalidade no período entre 14 de maio e 27 de maio, últimos dados disponibilizados pela Prefeitura. É importante destacar que desde o final de maio, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo não vem mais disponibilizando os dados oficiais por distrito, por isso, a atualização da análise por anéis para o mês de junho não foi possível.⁸ No texto anterior, foi elaborada uma análise do crescimento da Taxa de Mortalidade em direção à periferia paulistana, a partir da metodologia da distribuição por anéis – Central, Interior, Intermediário, Exterior e Periférico. Na última quinzena de maio, a taxa de mortalidade cresceu em todos os distritos da cidade de São Paulo (Tabela 1). Entre 14 e 27 de maio, o maior aumento da mortalidade aconteceu no anel periférico (35,46%). Até o final de maio, os anéis central (68,86) e intermediário (68,96), onde as primeiros óbitos aconteceram, ainda apresentavam a maior taxa de mortalidade, porém o crescimento da mortalidade em direção à periferia já era uma realidade concreta: no dia 17 de maio, a mortalidade no anel central era 53% maior que no anel periférico; no dia 27 de maio essa diferença era de 22%. E vale lembrar que no anel central vive apenas 3,21% da população do município, enquanto o anel periférico abriga 49% da população paulistana.

Sintetizando:

⁸ O LabCidade, laboratório de pesquisa da FAUUSP, e o Instituto Pólis têm feito um esforço em sistematizar as informações oficiais disponíveis. Ver <http://www.labcidade.fau.usp.br/> e <https://polis.org.br/>.

- As taxas de mortalidade cresceram em todos os distritos da cidade de São Paulo no período, com um aumento médio de 36,44% para o município como um todo na segunda quinzena de maio.
- As taxas dos anéis central e periférico se aproximaram cada vez mais: em 14 de maio a taxa do anel central era 1,32 e a 27 de maio, 1,21;
- O incremento total, embora alto para todos os anéis, mostrou-se mais forte para o periférico.

Taxa de Mortalidade COVID-19 por Anéis. De 30 de abril a 27 de maio de 2020

São Paulo - Anéis	Taxa Mortalidade			Incremento Taxa 14 a 27/maio
	30/abril	14/maio	27/maio	
Central	34,69	55,19	68,86	24,76%
Interior	34,66	51,99	66,96	28,81%
Intermediário	34,46	50,98	68,25	33,86%
Exterior	33,01	51,70	68,62	32,72%
Periférico	24,70	41,83	56,66	35,46%
Município	29,25	46,88	62,60	33,53%

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras

Após mais um mês imersos na pandemia, com retomada crescente das atividades econômicas, o panorama exposto anteriormente não mudou muito: a COVID-19 continua se alastrando pela periferia paulistana. E também pelos outros municípios da metrópole: no mês de maio (entre 28 de abril e 22 de maio) o incremento da taxa de mortalidade no município polo foi de 154%, enquanto que nos demais municípios metropolitanos chegou a 284%. Já no mês de junho (entre 22 de maio e 13 de junho) o aumento da taxa de mortalidade na capital foi de 67%, enquanto que nos outros municípios alcançou 96%.

Um dos municípios com maior taxa de mortalidade é Barueri (76,78 mortes para cada 100 mil pessoas). Nele, condomínios fechados de alta renda, com Alphaville e Tamboré, convivem com populações altamente vulneráveis. Municípios industriais limítrofes à capital também apresentam alta mortalidade, como Osasco (56,39 mortes para cada 100 mil pessoas). São Bernardo e São Caetano do Sul também mostram mortalidade considerável, embora menor que Osasco e São Paulo, assim com Taboão da Serra, todos com mais de 30

óbitos para cada 100 mil pessoas. Municípios dormitório, como Itapevi (42,07), Caieiras (39,76) e Cajamar (37,36) também têm alta mortalidade.

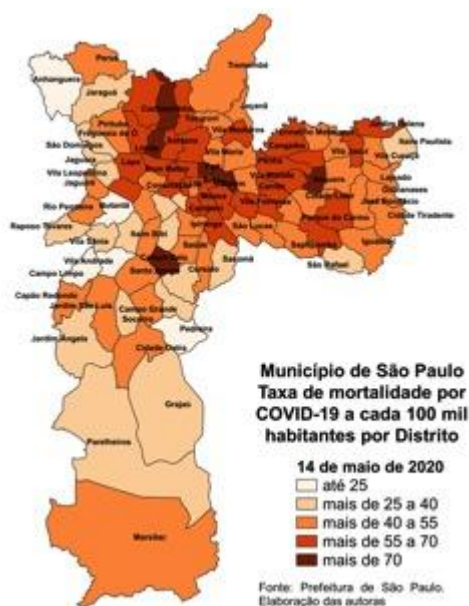
Para o Município de São Paulo, as Tabelas 2 e 3 mostram os 10 distritos com maior (em preto) e menor (em azul) taxa de mortalidade nos dias 14 e 27 de maio.

Tabela 2 –Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 14 de maio de 2020.

Distrito	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Pari (centro)	94,39
Limão (zona norte)	80,34
Belém (zona leste)	79,25
Cachoeirinha (zona norte)	78,56
Artur Alvim (zona leste)	77,64
Campo Belo (zona sul)	73,73
Brás (centro)	69,60
Vila Medeiros (zona norte)	68,85
Mandaqui (zona norte)	68,66
Bela Vista (centro)	31,41
Jardim Ângela (zona sul)	31,34
Vila Sônia (zona oeste)	28,77
Raposo Tavares (zona oeste)	27,00
São Rafael (zona leste)	26,93
Pedreira (zona sul)	24,85
Campo Limpo (zona sul)	24,47
Butantã (zona oeste)	24,15
Vila Andrade (zona sul)	23,85
Anhanguera (zona oeste)	22,43

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras

Mapa 1 – Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 14 de maio de 2020.



Fonte: PMSF. Elaboração Ângela L. Barbon.

Percebe-se que, em meados de maio, distritos centrais, mas reconhecidamente com renda baixa, como Pari, Belém, Brás, apresentavam alta mortalidade. São distritos com grande adensamento, intensa circulação de pessoas e grande presença de cortiços. Muitos distritos periféricos de renda baixa, como Jardim Ângela, São Rafael, Campo Limpo, Pedreira e Anhanguera ainda não acusavam a ida do vírus para a periferia. Chama a atenção o distrito de Vila Andrade, onde fica a favela de Paraisópolis (com população de 42.826 pessoas em 2010, 34% da população e 49,15% dos domicílios do distrito) ainda pouco atingido, com taxa de mortalidade de 23,9 óbitos para cada 100 mil moradores. Esta taxa já subiu bastante em relação à taxa do dia 17 de abril, quando era 6,1 mortes por 100 mil.⁹

Tabela 3 –Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. 27 de maio de 2020.

Distrito	Taxa Mortalidade (por 100mil)
Pari (centro)	115,37
Limão (zona norte)	99,18
Campo Belo (zona sul)	98,83
Artur Alvim (zona leste)	96,55
Cachoeirinha (zona)	95,64

⁹ Conforme relatório publicado pelo Instituto Polis, a favela de Paraisópolis tem melhor controle da pandemia do que o município de São Paulo devido a ações da própria comunidade e lideranças. Para maiores informações ver: <https://polis.org.br/>

norte)	
Brás (centro)	93,81
Barra Funda (zona oeste)	93,08
Água Rasa (zona leste)	89,63
Carrão (zona leste)	89,49
Grajaú (zona sul)	46,91
Jardim Ângela (zona sul)	46,12
Vila Leopoldina (zona norte)	44,35
Vila Andrade (zona sul)	38,53
Bela Vista (centro)	38,23
São Rafael (zona leste)	38,20
Vila Sônia (zona oeste)	37,81
Campo Limpo (zona sul)	37,57
Pedreira (zona sul)	36,65
Anhanguera (zona oeste)	35,41

Fonte: PMSP elaboração das autoras

Mapa 2 – Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 27 de maio de 2020.



Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

A Tabela 3 mostra as 10 maiores e menores taxas 13 dias depois. Nota-se:

- Em todos os distritos a taxa de mortalidade subiu, mostrando a expansão do vírus;
- Brás e Pari continuam como pontos de atenção, acrescidos agora pela Barra Funda, outro distrito do anel interior;
- Campo Belo, distrito de renda alta na zona sul, também surge com alta mortalidade;
- Distritos periféricos, que posteriormente vão se mostrar com alta prevalência de casos, ainda se computam entre os de menores taxas, como Grajaú, Jardim Angela, São Rafael e Vila Andrade, agora com mortalidade de 38,5 (era 6,1 em 17 de abril e 23,9 a 14 de maio)

As Tabelas 4 e 5 mostram ao percentual de expansão em cada período, sempre selecionando os 10 distritos com maior incremento e os 10 com menor incremento.

Tabela 4 – Incremento Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. Período 30 de abril a 14 maio de 2020.

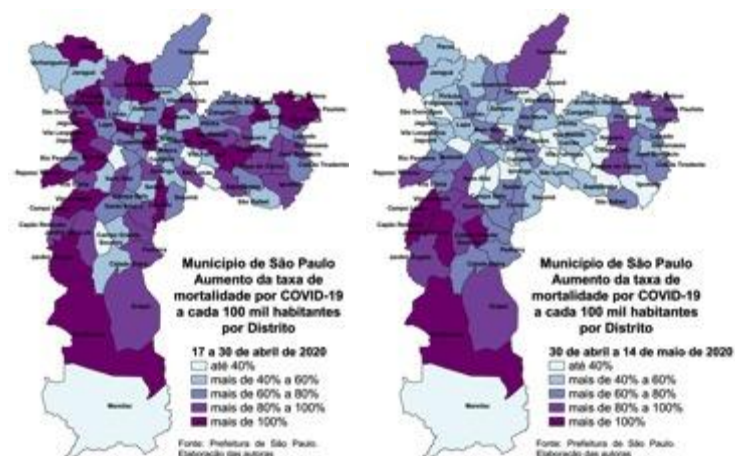
Distrito	Taxa de Mortalidade	
	Variação	30/abril a

	14/maio
Parelheiros (zona sul)	141,7%
Campo Grande (zona sul)	131,6%
Jardim São Luís (zona sul)	114,5%
Capão Redondo (zona sul)	110,0%
Campo Limpo (zona sul)	107,4%
Itaquera (zona leste)	100,0%
Santo Amaro (zona sul)	100,0%
Socorro (zona sul)	100,0%
Santa Cecília (centro)	96,6%
Parque do Carmo (zona leste)	95,2%
Belém (zona leste)	34,5%
Aricanduva (zona leste)	34,3%
Marsilac (zona sul)	33,3%
Moema (zona sul)	30,8%
São Mateus (zona leste)	30,6%
Tatuapé (zona leste)	30,6%
Vila Mariana (zona sul)	30,4%
Água Rasa (zona leste)	30,2%
Cidade Líder (zona leste)	28,6%
Iguatemi (zona leste)	21,1%

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Mapa 3 – Aumento Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 17 a 30 de abril de 2020.

Mapa 4 – Aumento Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 30 de abril a 14 de maio de 2020.



Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Conforme mostram os Mapas 3 e 4, o maior crescimento da taxa de mortalidade se deu em distritos periféricos. A única exceção entre os 10 distritos listados é Santa Cecília, distrito de renda média, bastante central e denso. Entre os com menor variação, aparece Belém, que apresentava alta mortalidade, mas com expansão menor, além de Moema, distrito de alta renda. Todos os demais distritos que apresentaram pouco incremento na taxa são periféricos.

Tabela 5 – Incremento Taxa de Mortalidade. Seleção de Distritos. Período 14 a 27 maio de 2020.

Distrito	Taxa de Mortalidade Variação 14 a 27/maio
Butantã (zona oeste)	115,38%
Raposo Tavares (zona oeste)	100,00%
Marsilac (zona sul)	75,00%
Jaguara (zona oeste)	75,00%
Tatuapé (zona leste)	63,83%
Vila Andrade (zona sul)	61,54%
Anhanguera (zona oeste)	57,89%
Sé (centro)	57,14%
Sacomã (zona sul)	56,52%
Vila Prudente (zona leste)	54,39%
Lapa (zona oeste)	21,05%
Cambuci (centro)	20,83%
Perus (zona norte)	20,45%
Perdizes (zona oeste)	19,15%
Consolação (centro)	17,65%
Parque do Carmo (zona leste)	14,63%
Mandaqui (zona norte)	13,33%
Liberdade (centro)	13,04%
Belém (zona leste)	12,82%
Vila Leopoldina (zona	11,11%

norte)

Fonte: PMSP. Elaboração das autoras.

Já no período seguinte, na segunda quinzena de maio, novos distritos periféricos aparecem como os com maior crescimento da taxa de mortalidade: Raposo Tavares, Marsilac, Jaguará, Vila Andrade. Aparecem também Sé, centro da capital, com presença de habitação precária, e com grande concentração de moradores sem teto, e o Sacomã, onde fica Heliópolis, outra grande favela. Belém continua com alta mortalidade, mas em plena redução, assim como Lapa e Perdizes, distritos de renda alta e média alta.

Mapa 5 – Aumento Taxa Mortalidade. Município de São Paulo. 14 a 27 de maio de 2020.



Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Vila Andrade, onde se situa Paraisópolis (em 2010 cerca de metade dos domicílios do distrito situavam-se na favela) registrava 38,5 mortes por 100 mil habitantes quando a média municipal foi de 62,61 óbitos para cada 100 mil moradores. Segundo dados do Instituto Pólis, publicados no jornal O Estado de São Paulo, em 25 de junho de 2020, a taxa de mortalidade de Paraisópolis foi de 21,7 até o dia 8 de maio (a taxa do distrito era de 30,6). É claro que a estrutura etária tem influência sobre este resultado. Mas os índices são também melhores em relação aos idosos, um dos grupos de risco. Na Vila Andrade, a taxa de óbitos acima de

60 anos foi de 219,7, enquanto que em Paraisópolis, 200,6 (quase 10% menor). Em Paraisópolis as condições de precariedade domiciliar conferem maior probabilidade de contágio. Aparentemente a organização comunitária alcançada pela comunidade ajudou a conter a difusão da pandemia, através de um monitoramento contínuo sobre a população da favela, isolamento dos contaminados, capacitação de socorristas e contratação, pela própria comunidade, de ambulâncias, médicos e enfermeiros.

Considerações parciais

O elo entre condições sociais e mortalidade já é um velho conhecido, acentuando os pesos de raça, renda, densidade domiciliar e densidade demográfica. Paulo Lotufo, professor da USP e médico epidemiologista, destacou que a mortalidade depende de dois fatores: a incidência e a letalidade (jornal O Estado de São Paulo, 24 de junho, pag A10). A incidência decorre de condições ambientais: se há isolamento, se existe utilização de transporte público, se a densidade domiciliar e as condições da moradia são adequadas, se existe infraestrutura sanitária. A letalidade liga-se à distância e à qualidade do atendimento médico. Distritos densos, mesmo centrais e com atendimento próximo, mostram mortalidade alta. Distritos periféricos têm ainda mais problemas, mesmo que a rede de hospitais paulistanos tenha uma distribuição razoável.

Rompendo as fronteiras municipais

I. Comparando polo e outros municípios da metrópole

A análise das Tabelas 6 e 7 mostra o forte aumento de casos desde o dia 28 de abril até o fim de junho. Para a metrópole o aumento percentual foi de mais de 850% no período. Este aumento, entretanto, não se deu de forma uniforme durante estes dois meses. Em fins de abril a taxa de morbidade na metrópole era de 96 casos cada 100 mil habitantes, sendo a incidência bem maior na capital que nos demais municípios da metrópole: 1,87 vezes maior.

Tabela 6: Casos de COVID 19 MSP e RMSP, de 28/abril/2020 a 29/junho/2020

Unidade Territorial	Casos de COVID-19 por 100 mil hab				
	28/abril	12/maio	22/maio	13/junho	29/junho

Polo (MSP)	110,33	239,97	362,04	741,60	1.045,56
Outros Municípios	58,88	110,33	190,80	304,90	616,72
RMSP	96,44	179,75	286,96	596,74	857,53

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus; elaboração das autoras

Em meados de maio a capital ainda concentrava grande parte dos novos casos, com 2,17 vezes a periferia metropolitana, no dia 12. Já no dia 22 de maio esta razão diminuía para 1,9, mostrando que a doença caminhava em direção aos outros municípios da Grande São Paulo. Nos fins de junho este avanço era ainda mais claro, com o polo mostrando 1,7 vezes o número de casos da periferia.

Tabela 7: Incremento casos de COVID 19, MSP e RMSP, de 28/abril/2020 a 29/junho/2020

Unidade Territorial	Casos de COVID-19 por 100 mil hab				
	28/abril a 12/maio	12/maio a 22/maio	22/maio a 13/junho	13/maio a 29/junho	28/abril a 29/junho
Polo - MSP	80,37%	54,74%	104,84%	40,99%	706,03%
Demais Municípios	104,97%	72,94%	115,53%	49,96%	1.045,76%
RMSP	86,39%	59,64%	107,95%	43,70%	789,18%

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus; elaboração das autoras

A Tabela 7 exemplifica este fato de forma ainda mais clara: desde meados de junho, o aumento percentual de casos nos outros municípios ultrapassou o do polo. Na capital, nos últimos 15 dias de junho, a disseminação da epidemia aparentemente arrefeceu, com aumento no período de apenas 40%, enquanto que nos outros municípios este aumento ultrapassou 100%. No período completo, de 28 de abril até 29 de junho o aumento relativo foi maior nos demais municípios da região metropolitana.

Tabela 8 – Taxa de Mortalidade por de COVID 19, MSP e RMSP, de 28/abril/2020 a 29/junho/2020

Unidade Territorial	Taxa de Mortalidade por COVID-19 por 100 mil hab				
	28/abril	12/maio	22/maio	13/junho	28/junho
Polo - MSP	11,33%	19,22%	28,24%	47,17%	59,00%
Demais	4,32%	10,22%	16,59%	32,58%	43,18%

Municípios					
RMSP	8,14%	15,19%	23,13%	40,77%	52,06%

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus; elaboração das autoras

Tabela 9 - Aumento percentual dos óbitos de COVID 19 no polo e nos outros municípios da RMSP, diversos períodos

Unidade Territorial	Taxa de Mortalidade por COVID-19 por 100 mil hab				
	28/abril a 12/maio	12/maio a 22/maio	22/maio a 13/junho	13/junho a 29/junho	28/abril a 29/junho
Polo - MSP	72,67%	46,95%	67,03%	25,08%	430,13%
Demais Municípios	132,25%	65,55%	96,36%	32,52%	900,50%
RMSP	86,52%	52,34%	76,26%	27,68%	539,45%

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus

As Tabelas 8 e 9 mostram que o crescimento dos óbitos vem sendo sempre inferior ao dos casos, tanto na capital como nos outros municípios. Mas também se observa que o crescimento das mortes nos outros municípios apresenta um gradiente superior ao da capital, culminando num aumento percentual mais do que o dobro da capital se consideramos todo o período.

Do ponto de vista da distribuição populacional, ela é bastante equilibrada na RMSP: a capital concentra 56% da população enquanto os demais municípios respondem por 44% da RM.

Embora o aumento do número de casos a partir de meados de junho tenha sido também maior nos outros municípios que na capital, em meados de junho a capital tinha 2,43 vezes mais casos que a periferia metropolitana, enquanto que na mesma data tinha apenas 1,70 vezes os óbitos. No fim de junho esta relação era ainda mais gritante, com a capital com 2 vezes os casos que os demais municípios, mas com apenas 1,3 vezes os óbitos.

Como é pouco provável grande diferença de estrutura etária e de comorbidades entre São Paulo e os demais municípios da metrópole, globalmente falando, esta mortalidade maior deve estar associada aos cuidados médicos disponíveis, tanto pelo seu acesso (distribuição espacial dos hospitais) como pela qualidade do serviço prestado. A cidade de São Paulo apresenta uma distribuição espacial razoável de equipamentos de saúde, reflexo da sua difusão pelo tecido urbano consolidada após a epidemia de meningite de 1974.¹⁰

¹⁰ Conforme palestra de Márcia Castro, na *live* conduzida pelo professor José Marcos Pinto da Cunha, NEPO-Uncamp, no dia 18 de junho de 2020. Disponível em <https://www.nepo.unicamp.br/cidadeseccovid19>.

II. Dentro dos outros municípios da metrópole

a) Em relação aos casos

A Tabela 10 mostra que:

- O maior número de casos no mês de maio foi no município de São Paulo;
- Em fins de abril dois municípios pequenos e bastante rurais (Biritiba Mirim e Embu-Guaçu, com menos de 70 mil habitantes), não apresentavam nenhum caso confirmado da doença;
- Os municípios com maior número de casos eram, além de São Paulo, Barueri, São Caetano do Sul e Osasco, que assim se mantiveram durante todo o mês. São municípios com grande pendularidade com a capital. Barueri, além de ser importante polo logístico, abriga Alphaville, local de moradia de camadas de renda alta paulistana. Mostra, no início da pandemia, moradores com viagens internacionais. Após o período inicial, o vírus se espalhou pelas áreas populares. Reportagem do Jornal Folha de São Paulo (29 de maio) comenta que, em Barueri, 105 pessoas morreram por causa da Covid-19. Porém, nos bairros mais ricos, Alphaville e Alphaville Empresarial e Industrial, só 2% dos 98 casos foram fatais. No Jardim Mutinga, 27% dos doentes não sobreviveram e no Jardim Imperial, 19%. São Caetano do Sul apresenta uma estrutura etária peculiar: em 2010 sua população com mais de 60 anos alcançava mais que 19% do total; a projeção para 2020 aponta este percentual em 23%. Pelo perfil da doença, pessoas idosas estão mais sujeitas a casos graves, que procuram atendimento, e também estão mais sujeitas a óbitos. Para o município de São Paulo, por exemplo, a proporção dos moradores com 60 anos e mais era cerca de 12% em 2010 e a projeção é de 15,62% para 2020. Osasco é um município com perfil proletário e muitas áreas de ocupação;
- Em meados de maio, São Bernardo, Santo André, Santana do Parnaíba e Caieiras continuavam entre os municípios com maior prevalência;
- Municípios pequenos e rurais, como Embú-Guaçu, Biritiba Mirim, Salesópolis, Juquitiba, Guararema se mantêm como os de menor prevalência.

Tabela 10 – Casos de COVID 19. Seleção de Municípios. Período 28/abril a 22/maio.

Casos COVID-19 por 100 mil hab		Casos COVID-19 por 100 mil hab		Casos COVID-19 por 100 mil hab	
Municípios	28/abril	Municípios	12/maio	Municípios	22/maio
São Paulo	129,72	São Paulo	233,97	São Paulo	362,04
São Caetano do Sul	104,47	Barueri	200,84	Barueri	327,17
Barueri	95,69	São Caetano do Sul	189,76	Osasco	310,88
Osasco	94,87	Osasco	189,00	São Caetano do Sul	262,49
Franco da Rocha	76,87	Santana do Parnaíba	161,44	Santana do Parnaíba	257,72
Caieiras	70,57	Caieiras	148,09	Santo André	247,60
Santana do Parnaíba	70,22	São Bernardo do Campo	135,33	Cajamar	237,03
São Bernardo do Campo	69,70	Santo André	133,89	São Bernardo do Campo	229,66
Santo André	60,53	Arujá	122,57	Pirapora do Bom Jesus	228,10
Taboão da Serra	59,89	Franco da Rocha	122,21	Caieiras	218,66
Itaquaquecetuba	27,25	Embú-Guaçu	70,53	Ribeirão Preto	127,77
Vargem Grande Paulista	24,64	Guararema	67,96	Embú-Guaçu	126,37
Mairiporã	21,29	Itaquaquecetuba	61,25	Itaquaquecetuba	114,68
Santa Isabel	19,97	Mairiporã	58,81	Guararema	108,74
São Lourenço da Serra	19,26	Santa Isabel	58,09	Rio Grande da Serra	108,18
Guararema	13,59	Rio Grande da Serra	54,09	Mairiporã	102,41
Juquitiba	9,87	Biritiba-Mirim	46,39	Biritiba-Mirim	102,05
Salesópolis	5,94	Vargem Grande Paulista	36,01	Vargem Grande Paulista	89,08
Biritiba-Mirim	0,00	Salesópolis	29,69	Salesópolis	65,33
Embú-Guaçu	0,00	Juquitiba	23,03	Juquitiba	55,92

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus

A Tabela 11 mostra a evolução da prevalência no mês de junho.

- No fim do mês, o número de casos por 100 mil habitantes de São Caetano já ultrapassava o do município polo;
- São Bernardo do Campo, Santo André e Diadema, três outros municípios do ABCD, se encontrava entre os dez mais atingidos;
- Osasco continuava, assim como Cajamar, Barueri e Santana do Parnaíba entre os dez município com maior quantidade de casos de COVID-19;
- Entre os menos afetados o perfil se mantinha parcialmente. Apenas Itaquaquecetuba, município um pouco mais populoso, com 370 mil moradores, não apresenta um perfil de pequeno município rural. Mas Itaquaquecetuba desde o início da pandemia se mantém entre os menos afetados

Tabela 11 – Casos de COVID 19. Seleção de Municípios. Período 13/junho e 28/junho.

Casos COVID-19 por 100 mil hab		Casos COVID-19 por 100 mil hab	
Municípios	13/junho	Municípios	29/junho
São Paulo	741,60	São Caetano do Sul	1063,84
São Caetano do Sul	706,14	São Paulo	1045,56
Barueri	608,19	São Bernardo do Campo	908,28
Osasco	594,30	Santo André	877,55
Cajamar	570,68	Pirapora do Bom Jesus	848,76
Santo André	560,48	Osasco	821,63
São Bernardo do Campo	560,41	Cajamar	802,56
Santana de Parnaíba	533,55	Barueri	774,61
Pirapora do Bom Jesus	498,65	Diadema	773,34
Diadema	485,81	Santana de Parnaíba	750,01
Vargem Grande Paulista	261,55	Rio Grande da Serra	400,67
Ribeirão Pires	261,41	Ribeirão Pires	384,98
Guararema	258,25	Jandira	384,29
Rio Grande da Serra	246,41	Vargem Grande Paulista	377,17
Itaquaquecetuba	235,84	Itaquaquecetuba	368,06
Juquitiba	217,10	São Lourenço da Serra	340,20
São Lourenço da Serra	211,82	Juquitiba	335,52
Mairiporã	158,18	Mairiporã	247,41
Salesópolis	148,47	Biritiba-Mirim	222,65
Biritiba-Mirim	142,25	Salesópolis	172,23

Fonte: F Seade. Boletim coronavirus

b) Em relação aos óbitos

A Tabela 12 mostra que até meados de maio a maior mortalidade por 100 mil habitantes dentro da metrópole se dava na capital. A partir de meados de maio, o município de São Paulo, embora liderasse o número de casos por 100 mil habitantes até metade de junho, já apresentava letalidade menor. Em 12 de maio, a mortalidade era liderada por Osasco, assim como em 22 de maio (Mapa 6). Já em junho, Osasco perdia esta triste liderança para Barueri, que estava em segundo lugar em maio. São Paulo era o terceiro município com maior mortalidade, caindo para a quarta posição em junho (Mapa 7).

Entre os municípios com maior mortalidade, Barueri, São Caetano do Sul, Santa Isabel, São Bernardo do Campo, Caieiras e Osasco estão entre os municípios metropolitanos com os maiores IBEUs (São Paulo, como IBEU de 0,757, ocupa a décima segunda posição entre as 39 cidades da RMSP). O único município com alta mortalidade e baixo IBEU (0,734, 21º entre 39 municípios) é Guarulhos. De outro lado, Francisco Morato (com o menor IBEU da metrópole), Rio Grande da Serra, São Lourenço da Serra, com IBEUS baixos, têm também mortalidade relativamente baixa. A relação direta entre índice de bem estar urbano e

mortalidade não se verificou dentro da metrópole. O chamado nível de integração, que varia como a pendularidade, se mostrou mais explicativo.

Tabela 12 - Taxa de Mortalidade por de COVID 19. Seleção de Municípios. Período 28/abril a 22/maio.

Taxa de Mortalidade por 100 mil hab		Taxa de Mortalidade por 100 mil hab		Taxa de Mortalidade por 100 mil hab	
Municípios	28/abril	Municípios	12/maio	Municípios	22/maio
São Paulo	11,13	Osasco	22,61	Osasco	35,54
Caieiras	9,94	Barueri	21,94	Barueri	33,66
Juquitiba	9,87	São Paulo	19,22	São Paulo	28,24
Osasco	9,10	Caieiras	14,91	Cajamar	27,05
Santa Isabel	9,08	Cajamar	14,17	São Caetano do Sul	19,17
Franco da Rocha	7,23	São Caetano do Sul	12,56	Itapevi	18,93
São Lourenço da Serra	6,42	Poá	12,12	Caieiras	18,88
Itapevi	6,31	São Bernardo do Campo	11,33	São Bernardo do Campo	18,84
São Caetano do Sul	5,95	Franco da Rocha	11,17	Franco da Rocha	17,74
Salesópolis	5,94	Itapevi	10,94	Poá	17,31
Ferraz de Vasconcelos	2,59	Salesópolis	5,94	Francisco Morato	10,32
Jandira	2,43	Vargem Grande Paulista	5,69	Embú-Guaçu	10,29
Francisco Morato	2,29	Carapicuíba	5,32	Santana de Parnaíba	9,41
Santana de Parnaíba	2,17	Santana de Parnaíba	5,07	Ribeirão Pires	9,25
Carapicuíba	2,03	Rio Grande da Serra	4,01	Vargem Grande Paulista	7,58
Arujá	1,11	Guararema	3,40	Jandira	7,28
Biritiba-Mirim	0,00	Arujá	3,34	Juquitiba	6,58
Embú-Guaçu	0,00	Juquitiba	3,29	Mairiporã	6,08
Pirapora do Bom Jesus	0,00	Biritiba-Mirim	0,00	Biritiba-Mirim	3,09
Rio Grande da Serra	0,00	Pirapora do Bom Jesus	0,00	Pirapora do Bom Jesus	0,00

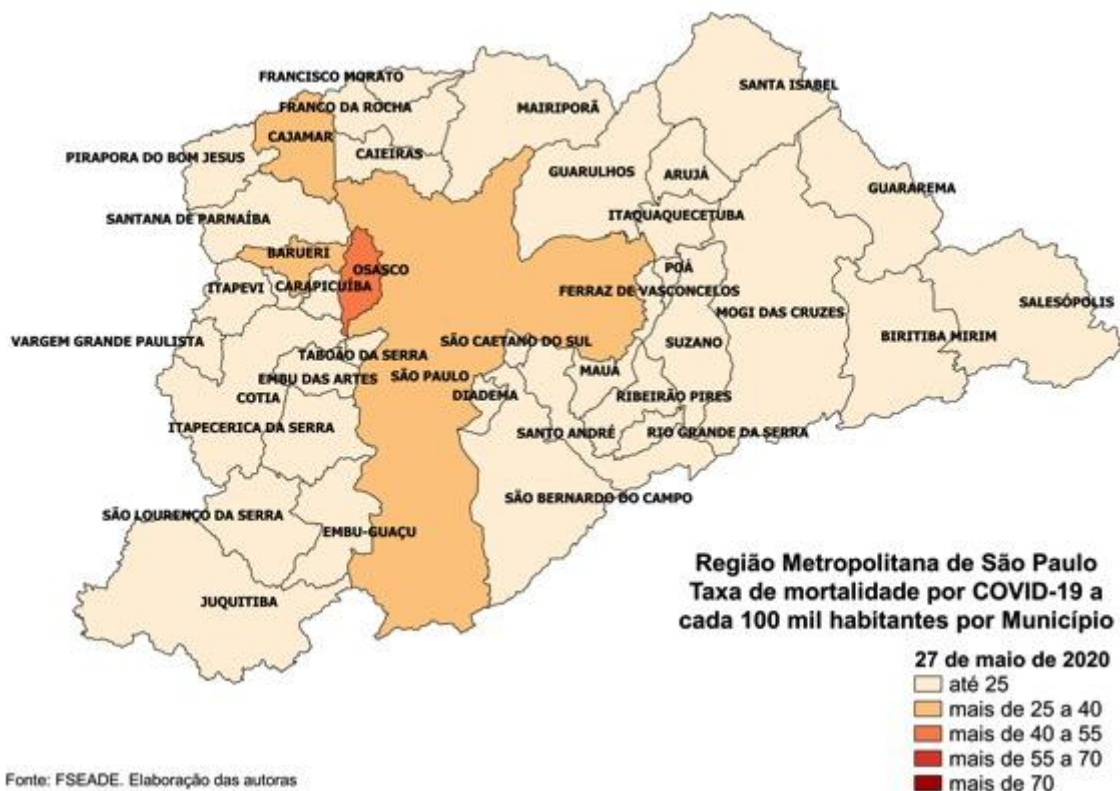
Fonte: F Seade. Boletim coronavirus

Tabela 13 - Taxa de Mortalidade por de COVID 19. Seleção de Municípios. Período 13/junho e 28/junho.

Taxa de Mortalidade por 100 mil hab		Taxa de Mortalidade por 100 mil hab	
Municípios	13/junho	Municípios	29/junho
Barueri	61,65	Barueri	76,78
Osasco	56,39	Osasco	70,05
Santa Isabel	49,01	Santa Isabel	67,17
São Paulo	47,17	São Paulo	59,00
Itapevi	42,07	São Caetano do Sul	58,85
Caieiras	39,76	Itapevi	53,85
São Caetano do Sul	39,01	Caieiras	51,68
Cajamar	37,36	Cajamar	51,53
Franco da Rocha	36,14	Guarulhos	49,43
Poá	34,62	Poá	47,60
Guarulhos	34,56	São Bernardo do Campo	44,70
Salesópolis	17,82	Santana de Parnaíba	28,23
Ribeirão Pires	17,65	Mairiporã	25,35
Jandira	16,99	Francisco Morato	25,23
Santana de Parnaíba	16,65	Ribeirão Pires	21,85
Rio Grande da Serra	16,03	Biritiba-Mirim	21,65
Embú-Guaçu	14,69	Rio Grande da Serra	20,03
Juquitiba	13,16	São Lourenço da Serra	19,26
São Lourenço da Serra	12,84	Embú-Guaçu	17,63
Biritiba-Mirim	12,37	Juquitiba	16,45
Pirapora do Bom Jesus	5,30	Pirapora do Bom Jesus	15,91

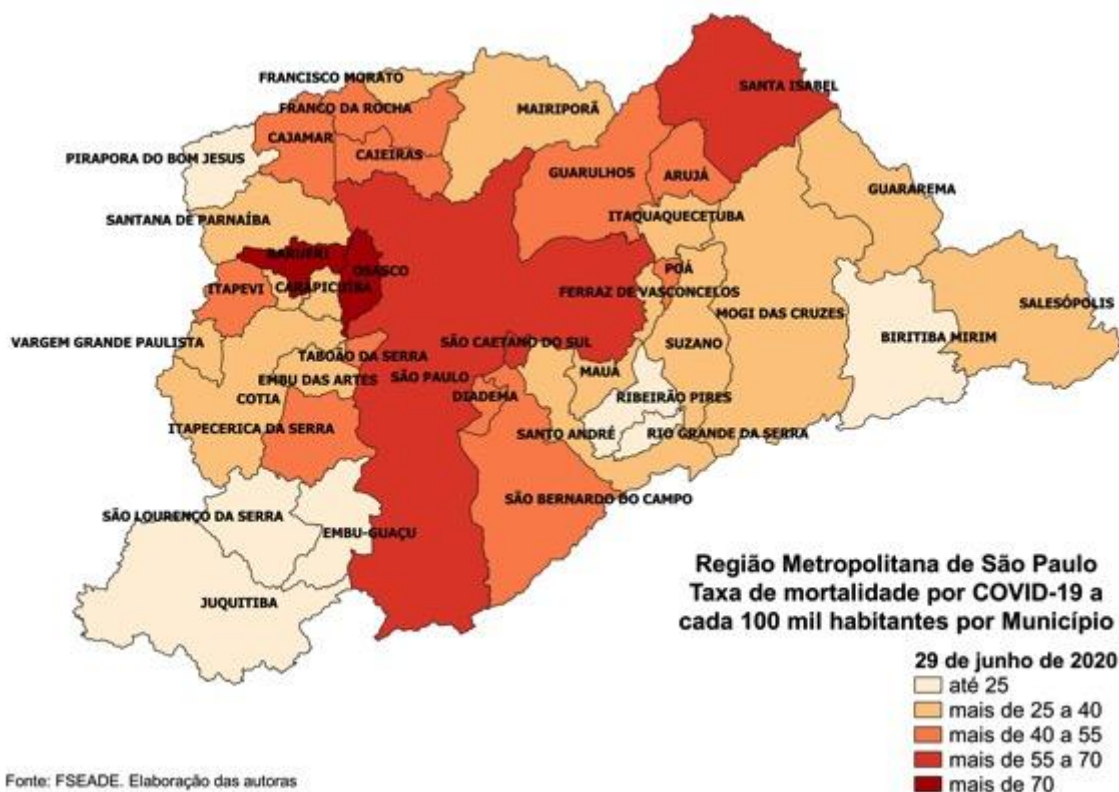
Fonte: F Seade Boletim coronavirus

Mapa 6 - Taxa Mortalidade. RMSP. 27 de maio de 2020.



Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Mapa 7 - Taxa Mortalidade. RMSP. 29 de junho de 2020.



Fonte: FSEADE. Elaboração das autoras

Fonte: PMSP. Elaboração Ângela L. Barbon.

Chama a atenção também que ao maior número de casos não corresponda o maior número de óbitos. Em fins de junho, São Caetano do Sul e São Paulo disparavam em número de casos. Mas lideravam os óbitos Barueri e Osasco. Como já foi citado, a mortalidade depende não só da incidência, mas da distância e da qualidade do serviço de atendimento médico. São Paulo foi o epicentro da pandemia em abril e maio, cidade densa, com periferia pobre e transporte público deficiente e sempre lotado. Foi seguida por São Caetano, com sua população com estrutura etária elevada. Mas o serviço de saúde nestes dois municípios não colapsou e é razoavelmente bem distribuído no tecido urbano. Santana do Parnaíba também apresenta alta incidência por 100 mil moradores e relativamente baixa mortalidade.

Para conclusões mais acertadas, seria importante comparar todas as estruturas etárias e as condições de moradia de todos os municípios. Este trabalho esboça algumas hipóteses e descreve a situação da metrópole em dois meses de pandemia.

Referências Bibliográficas:

PASTERNAK, D'OTTAVIANO E BARBON. Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: caminho rumo à periferia. Publicado em 21 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/mortalidade-por-covid-19-em-sao-paulo-caminho-rumo-a-periferia/?utm_source=Boletim&utm_medium=E-mail&utm_campaign=634&utm_content=Mortalidade+por+COVID-19+em+S%C3%A3o+Paulo%3A+caminho+rumo+%C3%A0+periferia>. Acesso em: Julho de 2020.

D'OTTAVIANO, C.; PASTERNAK, S.; & BARBON, Â. L. (2019). Precariedade Habitacional na Macrometrópole Paulista: um primeiro olhar a partir dos Níveis de Integração. In Anais do XVIII Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional. Natal: ANPUR.

A PANDEMIA EVIDENCIA O REFUGO HUMANO E O MANEJO PELA CARIDADE

*Marisa do Espírito Santo Borin¹¹
Carolina Teixeira Nakagawa Lanfranchi¹²
Maria Antonieta da Costa Vieira¹³*

Vimos, até o momento, as principais manifestações espaciais da Covid-19 no estado de São Paulo, identificando na Macrometrópole Paulista uma espacialidade bastante definida no que se refere ao padrão de disseminação da doença. Aspecto particularmente importante desse padrão de disseminação é a sobreposição de carências, que faz de fatores sociais elementos ainda mais importantes que a composição etária da população.

Neste sentido, abordaremos no presente capítulo um grupo social especialmente vulnerável, e ainda extremamente invisibilizado, a população em situação de rua. Analisaremos o impacto da epidemia da Covid-19 sobre aqueles que, despossuídos de moradia e dependentes de espaços de acolhimento restritos e insuficientes, vêm-se ainda mais vulnerabilizados no contexto de isolamento social.

Todos nós temos observado em nossas cidades pessoas vivendo nos espaços públicos e é nítido o seu crescimento nos últimos anos, o que tem demandado, cada vez mais, atenção do Estado, da sociedade civil, entidades assistenciais e filantrópicas, entre outras, exigindo soluções que venham ao encontro das características e reais necessidades dessa população, principalmente aquelas visando à sua saída das ruas.

O cenário atual torna ainda mais explícita a desigualdade social resultante do sistema capitalista e expõe a insustentabilidade dos discursos e práticas neoliberais. Atualmente os cidadãos estão ainda mais conscientes da importância de políticas públicas, ou seja, da relevância da proteção social com a existência de um Estado maior e mais atuante. Pensando nisso, o presente artigo é resultado da necessidade de um olhar cuidadoso e crítico sobre a população em situação de rua no cenário da pandemia, especialmente na cidade de São Paulo. É importante, neste momento, reconhecer as fragilidades e avanços das políticas de atenção à população em situação de rua construindo os alicerces da necessária resistência ao desmonte da assistência que temos presenciado.

¹¹ Mestre e doutora em Ciências Sociais (PUC-SP). Pesquisadora do Observatório das Metrôpoles de São Paulo e da Rede Brasileira de Pesquisadores sobre a População em Situação de Rua.

¹² Graduada em Ciências Sociais (PUC-SP), mestrado em Arquitetura e Urbanismo (FAU-USP) e doutorando (Bolsista de Capes) em Ciências Sociais (PUC-SP). Docente de graduação em Psicologia e Serviço Social (UNIP-SP). Pesquisadora da Rede Brasileira de Pesquisadores da População em Situação de Rua e do Observatório das Metrôpoles de São Paulo.

¹³ Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (2001) e Mestre em Ciências Sociais, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Tem experiência na área de Antropologia e Sociologia, realiza também pesquisas na área urbana com estudos de grupos vulneráveis, especialmente população em situação de rua e políticas públicas voltadas a estes segmentos.

Diante deste cenário, nos perguntamos: o que há de particular nessa conjuntura quando abordamos a população em situação de rua? Partindo dessa questão tantas outras surgem e responder algumas delas é parte do propósito deste artigo, mas, acima de tudo, visa subsidiar o debate público para que se supere a atuação clientelista e caridosa do manejo das situações de privações extremas. Isso significa reconhecer os avanços e as permanências históricas manifestas nas políticas segmentadas e focalizadas dos últimos 30 anos.

Não é de hoje que entendemos a população em situação de rua como Bauman (2005) denomina “refugio humano”, ou seja, a população em situação de rua é parte da estrutura de classe e de poder, portanto, não representa um segmento excluído socialmente, pois, afinal, ela está em um campo no espaço social e a sociedade a contém.

É também oportuno lembrar que, a cada nova etapa de renovação do capital e desenvolvimento econômico, são produzidos refugos humanos, na forma de refugiados, migrantes, população em situação de rua, favelados, prisioneiros, marginalizados etc. As últimas décadas do século XX e início do XXI colocam sobre o urbano questões como aumento da informalidade das atividades econômicas que encontra efetividade nas cidades. É importante destacar também que pessoas vivendo nas ruas não é uma realidade somente do nosso país e de nossas cidades. Hoje em dia, pessoas em situação de rua estão presentes em todas as cidades mundiais, constituindo, portanto, um fenômeno global. Assim, trata-se de refugio humano, no extremo do espectro da inclusão perversa.

É, por isso, oportuno reconhecer os desafios e contextos de inadequação da política de assistência social pelos processos de desmonte que se somam à pandemia. Partindo dessas premissas, o presente artigo é um convite para se avaliar como estão sendo atendidos os cidadãos e como são tratados os profissionais. Assim, ao trazer evidências desse processo de desmonte ganha mais um sentido de denúncia, de alerta e de construção de resistência técnica pelos avanços e conquistas dos últimos 30 anos. Afinal, devemos aproveitar a oportunidade de crise para construir soluções ainda mais efetivas, mais solidárias e mais democráticas, para esta população.

Compreendendo o fenômeno

No Brasil, a população em situação de rua constitui um dos segmentos mais vulneráveis da pobreza urbana. Nenhum outro segmento partilha de tanta privação para manter e reproduzir sua sobrevivência. A rua é o local de se viver, existir e resistir. Essa realidade revela a grande desigualdade que existe em nosso país, ainda mais em se tratando da maior e mais rica metrópole brasileira, como é o caso de São Paulo. É por isso

que essa questão afeta muito o nosso olhar e nos move em na busca de caminhos e soluções mais adequados para atender essa população. Então, quem são as pessoas que vivem e sobrevivem nas ruas?

Nosso ponto de partida é o conceito institucional adotado pelas instâncias municipais, estaduais e federal, estabelecida por meio do Decreto Federal nº 7.053 de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que, de forma resumida, traz três dimensões que caracterizam essa população: pobreza extrema, vínculos familiares rompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Sem moradia, utilizam os logradouros públicos, baixos de viadutos, praças, marquises, bem como os serviços de acolhimento fornecidos pelo poder público e realizados por entidades sociais e/ou religiosas.

Quando falamos em população em situação de rua o que nos vem à mente, de imediato, é que todas e todos que têm a rua ou centros de acolhida como seu habitat formam um segmento social homogêneo. Contudo, estamos falando de pessoas e elas são muito diferentes entre si, o que se soma aos diversos fatores que cada um carrega como causa para estarem na situação de rua, compondo, assim, uma população extremamente heterogênea. Esse é um aspecto bastante importante que merece destaque, até mesmo para que sejam avaliadas as políticas socioassistenciais existentes frente às reais necessidades de atendimento que essa população demanda. Assim, é preciso considerar a multiplicidade de características pelas quais se diferem as pessoas que vivem nas ruas e nos centros de acolhida.

Começamos pela trajetória anterior à ida para a rua, ou seja, a herança cultural e social, os valores vividos anteriormente, o tempo e as formas de rompimento dos vínculos familiares. Depois, o tempo em que a pessoa está na rua (tempo de rua), porque há uma diferença de quem está há um dia, um mês, ou até um ano, daqueles que lá estão há cinco, quinze ou trinta anos. Temos que olhar também os tipos de socialização criados na rua, a rotina espacial utilizada no cotidiano e como utilizam a cidade, pois estas condições diferem de pessoa para pessoa. O uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), bem como acesso às políticas de saúde, educação, trabalho etc., também são fatores diferenciadores. Além dessas, mas também importante, e que faz diferença entre eles, é se auferem alguma renda ou não enquanto vivem nesta situação. Essas são algumas das variáveis importantíssimas para se analisar essa população.

Quanto mais tempo na rua, mais distante ficam as memórias, pois estas vão desaparecendo gradualmente, dando lugar ao cotidiano vivido na dimensão do aqui e agora, tendo como preocupação básica a manutenção da vida, a procura da autoestima ou resgate

do eu são traços que fazem parte das experiências de viver nas ruas. (Borin, 2003). São perdas que se sobrepõem até chegarem à rua e que impedem o indivíduo de elaborar um projeto de vida e de futuro

A trajetória de vida na rua tem início com um conjunto de perdas de bens e valores objetivos e simbólicos. Uma vez vivendo na rua ficam sujeitos às regras estabelecidas que inicialmente desconhecem [...]. Nessa interação cotidiana vai-se aprendendo, apreendendo e incorporando um novo estilo de comportamento e de relações. (LANFRANCHI E FERREIRINHO, 2019, p.70).

Encontram-se também vivendo nas ruas imigrantes, refugiados, membros do segmento LGBTQI+, jovens que saíram do sistema penitenciário, crianças, famílias, embora em números variados ao longo de cada período.

Quanto à dimensão dessa população na cidade de São Paulo é preciso se observar que a população de rua não é fenômeno recente. Ela se torna mais visível no final dos anos 1980 e início dos 90, momento este em que passa a ser considerada uma questão social, tornando-se um desafio para o poder público frente às necessidades de políticas de atendimento para essa população.

Nessa direção, foi criada a lei municipal nº12.316 de 16 de abril de 1997 que trata da obrigatoriedade do poder público em prestar atenção à população em situação de rua na cidade de São Paulo, regulamentada pelo Decreto nº40.232 de 2 de Janeiro de 2001, que, entre outros aspectos, determina a realização de censos de pessoas em situação de rua até o terceiro ano de cada gestão (ver artigo 8º) para dimensionar recursos e ações para esta população. Assim, foi possível até hoje na cidade a realização de cinco censos sobre essa população.

O primeiro em 2000, depois em 2009, em 2011, em 2015 e o último em 2019. Em 2000 foram registradas 8.706 pessoas; nove anos depois, em 2009, foram computadas 13.666 pessoas. Em 2015 foram identificadas 15.905 pessoas e pelo último, agora em 2019, foram registradas 24.344 pessoas. São muitas vidas nessa condição de extrema pobreza hoje em nossas cidades. Isso sem deixar de reconhecer os esforços dos técnicos da pasta em realizar contagens em períodos anteriores, no início dos anos de 1990.

Percebe-se um crescimento vertiginoso da população, como demonstram os censos: a população cresceu 56,7% de 2000 a 2009, 16,38% entre 2009 e 2015 e 53,1% entre 2015 e 2019. Do primeiro censo, de 2000 ao último de 2019, enquanto a variação da população geral da cidade foi de 17,8% a da população de rua atingiu 179,1%.

No Brasil não há contagem oficial que permita quantificar seu crescimento, inclusive há significativa mobilização para inclusão da população em situação de rua no Censos do

IBGE¹⁴. De toda sorte, há um esforço dos governos municipais para incluir o povo da rua no cadastro único para acesso a programas sociais (CadÚnico), também registros mensais de atendimento (RMA) realizado nos serviços socioassistenciais e dados de atendimento computados anualmente pelos órgãos municipais para preenchimento do Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS), entre outras iniciativas locais.

Mas, o que existe são apenas estimativas, como no caso do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que, através da nota nº73 (Natalino, 2020), busca estimar a população de rua no Brasil a partir de dados registrados no CadÚnico e Censo SUAS. Desta forma, indica-se a existência de 220 mil pessoas em situação de rua em nosso país. Isso significa que, em 2019, a população em situação de rua representa 0,1% da população total do Brasil e 0,19% da população geral do município de São Paulo.

Por último, vale observar que o conceito de população em “situação de rua” pode nos levar à ideia da situação como um tempo passageiro de permanência na rua, contudo tem um significado mais amplo. Essa é uma situação-condição em que são conduzidas parcelas expressivas da classe trabalhadora em decorrência das desigualdades sociais, elevado nível de pobreza e exclusão social produzidos por nossa sociedade.

Poderiam perguntar: em que a população em situação de rua se difere dos demais segmentos da pobreza urbana que vive em São Paulo? É possível afirmar que a grande diferença é a inexistência de uma moradia convencional regular. A moradia, seja ela qual for (no barraco, cômodo de cortiço, palafita, entre outros), é o espaço privado de liberdade, é o mundo da sociabilidade primária, é o local de identidade e de acesso à cidadania.

Estudos norte-americanos revelam que a habitação é elemento organizador dos demais aspectos da vida, como trabalho, vínculos familiares etc. Webb (2017) também aponta para os efeitos da ausência e estabilidade tanto nas condições de saúde como na representação ou participação na formulação de políticas. De toda maneira, diversos estudos europeus, australianos e americanos indicam que é a condição instável de habitação e o baixo nível de renda para mantê-la que provocam a ida para as ruas. É por esse fator que a questão da moradia para essa população está no centro dos debates mundiais e também em nosso país, notadamente em São Paulo. Não dá mais para adiar essa discussão que é de imensa relevância para a população que vive nas ruas, considerando-se, é claro, sua heterogeneidade.

Este é o complexo cenário, a partir da conceituação e magnitude da população em situação de rua no município de São Paulo. Por isso, para aprofundar o entendimento dos processos de desmonte, se faz também necessário debruçar nas tipologias e na própria

¹⁴ (Ver Melito, 2019 e Secretaria de Comunicação MPDFT, 2019).

gestão da política na composição territorial dessa rede. Como ressalva Foucault (2008), as violências estão presentes nas práticas discursivas e não-discursivas. Assim, a análise segue observando a forma como estão sendo tratados os sujeitos e os agentes do campo.

Precarização e Desmonte a despeito da expansão de serviços de caráter tradicional-tutelar

A partir deste ponto, a presente análise reconhece que a política de assistência social, em sua formulação constitucional de pretensiosa universalidade, se deslocou da filantropia para o direito focada mais na teoria e pouco aprofundada na prática. Considerando as heranças na gestão das políticas sociais, tem-se que nos anos 1990 atuava de forma segmentada e nos anos 2000 na forma focalizada, sem com isso enfrentar a herança de controle, tutela e responsabilização dos indivíduos, vistos como passivos e não ainda como agentes ativos dotados de plena cidadania.

Milton Santos (2014) fala em cidadão mutilado para compreender a construção brasileira das identidades socioespaciais em extrema desigualdade. Reconhece a construção do capitalismo à brasileira se dando de forma acelerada, além de resultar no subjugamento dos modelos políticos e cívico-territoriais ao modelo econômico, construindo-se cidadãos de classes distintas incluindo os não-cidadãos.

O resultado de todos esses agravos é um espaço empobrecido e que também se empobrece: material, social, política, cultural e moralmente. Diante de tantos abusos, o cidadão se torna impotente, a começar pelas distorções da representação política [...]. A própria existência vivida mostra a cada qual que o espaço em que vivemos é, na realidade, um espaço sem cidadãos. (SANTOS, 2014, p.65).

Marta Arretche (2018), por exemplo, fala em inclusão dos “outsiders”. Ao analisar a trajetória da desigualdade econômica no Brasil, no período democrático contemporâneo, demonstra que a desigualdade foi substancialmente reduzida por um mecanismo de inclusão dos *outsiders*, primeiro pelo desenho das políticas públicas inclusivas e depois pela convergência em torno das preferências dos beneficiários dessas políticas. O combate à extrema pobreza teve, como efeito, serem os *outsiders* mais relevantes como eleitores do que como sujeitos de direitos.

De qualquer modo, tivemos importantes avanços democráticos, ainda que com a tardia construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dadas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004 e a Norma Operacional Básica (NOB) de 2005. Em se tratando de população em situação de rua, devemos destacar a Política e a Tipificação Nacionais, ambas de 2009, que permitiram a ampliação da cobertura de

CadÚnico para esse segmento populacional e a ampliação e padronização das ofertas por todo o território nacional.

Partindo dessas premissas, a análise, a seguir, traz evidências para sustentar a afirmação de que na prática testemunhamos a precarização e o desmonte da política de assistência social e de sua sustentação moral.

A primeira evidência está no fato da expansão da cobertura ou ampliação dos serviços que seguiram os modelos mais tradicionais e tutelados de acolhimento, em detrimento da implantação de serviços com maior autonomia e privacidade, como é o caso das Repúblicas¹⁵. Esses dados são comprovados quando analisados os Censos SUAS (de 2012 a 2018), mas também quando analisados os dados do município de São Paulo.

No Brasil, durante o referido período, é possível identificar a ampliação em todas as tipologias de acolhimento apresentando-se uma variação positiva de 22,9% e taxa geométrica de crescimento de 4,4% a.a. das unidades disponíveis nos diversos territórios. Olhando especificamente para a população em situação de rua, em 2012, tem-se 7,5% das unidades na modalidade “Casa de Passagem” e 1,1% “Repúblicas”. Já, em 2018, “Casa de Passagem” representa 9,8% do total e “Repúblicas” 1,5%. Esses dados evidenciam o aumento de cobertura do acolhimento com ênfase na tradicional modalidade de maior tutela dos indivíduos.

Tabela 1 – Distribuição Normal das Unidades de Acolhimento no Brasil, de 2012 a 2018, por tipologia de serviços.

Abrigo Institucional*	3.024	3.043	3.936	3.820	3.781	3.815	3.836
Casa de Passagem**	327	357	286	349	569	544	557
Casa-Lar e Casa-Lar em Aldeia	761	797	699	936	866	830	834
Outros ***	162	122	147	258	338	176	194
República ****	47	46	44	62	71	73	85
Residência Inclusiva	39	58	67	125	156	151	150

Fonte: Censo Suas/SAGI/MDS, 2012-2018

Elaboração: Autoras, jul 2020.

Notas: * em 2016 variáveis agrupadas (ILPI).

** Abrigo institucional/Casa de passagem para migrantes e/ou refugiados e Abrigo institucional/Casa de passagem para população de rua.

*** Abrigo para famílias desabrigadas/desalojadas vítimas de desastres, Casa de Apoio, Família Acolhedora.

**** República para adultos em processo de saída das ruas e Repúblicas para Jovens

¹⁵ Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais - Serviço de Acolhimento em Repúblicas: “*Serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados e sem condições de moradia e autossustentação. O atendimento deve apoiar a construção e o fortalecimento de vínculos comunitários, a integração e participação social e o desenvolvimento da autonomia das pessoas atendidas. O serviço deve ser desenvolvido em sistema de autogestão ou cogestão, possibilitando gradual autonomia e independência de seus moradores. Deve contar com equipe técnica de referência para contribuir com a gestão coletiva da moradia (administração financeira e funcionamento) e para acompanhamento psicossocial dos usuários e encaminhamento para outros serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial e das demais políticas públicas*” (COLIN E TAPAJÓS, 2013, p.51).

Quando se trata dos serviços na prefeitura de São Paulo, vemos que entre 2016 e 2020 passou-se de uma proporção de unidades de Repúblicas em relação ao total da rede exclusiva para população em situação de rua da ordem de 8% para 6% respectivamente. Ou seja, entre 2016 e 2020 tivemos crescimento negativo de 7,7% a.a. nas unidades e de 3,8% na capacidade de atendimento.

Ressalva deve ser feita, pois as Repúblicas no município de São Paulo não respeitam o padrão de quadro de profissionais estabelecido em nível federal. Este prevê, além de um (1) coordenador, a presença de um (1) psicólogo e um (1) assistente social a cada 20 usuários. Em discordância no município (ver Portaria 46/Smads/2010)¹⁶, estabelece-se para as modalidades “adultos” e “idosos” a proporção de 60 usuários para 1 gerente¹⁷ em até 4 casas¹⁸; Técnicos são previstos somente na modalidade “jovens”, sendo de 1 assistente social e 1 psicólogo para 24 jovens. Aqui se tem mais uma evidência de precarização que se associa ao desmonte.

É preciso sinalizar que as dificuldades encontradas nesses serviços se dão, possivelmente, por não terem a mediação desses profissionais no cotidiano das atividades como alimentação, organização do espaço coletivo etc. Assim, no município, ao invés de qualificar os serviços atendendo ao estabelecido em diretrizes nacionais, foram fechando as poucas unidades existentes.

Um segundo aspecto diz respeito à forma como são tratados os recursos orçamentários, de maneira geral no Brasil e nos demais níveis federativos, levando a um processo de fragilização das políticas sociais. Primeiro com a redução do teto de gastos, pois o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional nº 95 em dezembro de 2016, que estabelece limite aos gastos públicos por 20 anos. Por decorrência, a partir de 2018 se perde o patamar estabelecido em porcentagem que vinha garantindo, em certa medida, expansões das ofertas e, portanto, da própria atenção. Agora, fixar-se-á, com base no critério da inflação¹⁹, sendo calculado considerando-se o ano anterior e aplicando-se uma correção pela inflação do período. Se os efeitos negativos de tal medida já podem ser

¹⁶ A modalidade “adulto” estabelece de 15 a 20 usuários por casa. Na modalidade “idoso” a proporção é de 10 a 12 por casa. Na modalidade “jovem” a proporção é de 6 jovens em cada casa.

¹⁷ Em um edital de chamamento público (nº120/Smads/2019) de República Adulto para a região de Santana/Tucuruvi: vemos a proporção de 60 usuários adultos para 1 gerente e a indicação de valor de repasse mensal de custeio do serviço, sendo de R\$ 14.558,41 para OSC sem isenção e de R\$ 13.215,12 para OSC com isenção de cota patronal do INSS.

¹⁸ Para a modalidade “adulto”, no caso de 4 (quatro) ou mais casas, sugere-se acrescentar um orientador socioeducativo.

¹⁹ IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo.

sentidos nas áreas de saúde e a educação, as únicas com um piso constitucional de gastos, pode-se imaginar o que ocorrerá com a assistência social?

Um segundo ponto de observação do processo de fragilização dos recursos, reside nos usos e abusos da dotação orçamentária de seguridade social, que já vinham ocorrendo ao longo dos últimos 30 anos. Estudos revelam que há desfinanciamento e inversão dos objetivos da seguridade social no Brasil. Isso quando recursos de exclusividade das políticas de seguridade social viram instrumento para administração da dívida pública ou gestão fiscal, por meio de renúncias tributárias para socorrer a iniciativa privada ou pela desoneração da folha de pagamento com servidores reformados do exército e outros.

[...] retirada de recursos por meio da DRU²⁰ e das renúncias tributárias [que] alcançou o montante de R\$ 269,50 bilhões em 2016 [...], isto é, 37,60% acima dos recursos que foram destinados no mesmo ano para as políticas de saúde e assistência social no orçamento da União, que totalizaram o montante R\$ 195,86 bilhões (SALVADOR, 2017, p.434).

Também quando os recursos são majoritariamente alocados em benefícios em detrimento de investimentos e gastos em serviços: “[...] os recursos destinados ao *Benefício de Prestação Continuada e ao Bolsa Família* superam em catorze vezes os recursos destinados aos serviços regulares de assistência social, [...] que atuam diretamente nas necessidades individuais e familiares dos cidadãos [...]” (LOBATO, 2009 p.727). Ou ainda, pelo reconhecimento de que “a ênfase nos benefícios sociais da ação privilegiada sobre os pobres tem obscurecido as severas restrições impostas às políticas universais e não garantem a continuidade da queda da desigualdade” (LOBATO, 2009 p.726).

Em seguida, corroborando, tem-se a distorção da noção de filantropia, pois colocam os benefícios como “privilégio” ou “caridade”, quando, na verdade, são direitos. Nessa distopia de conceitos promovidos pelo neoliberalismo, introduz-se a ação da iniciativa privada como “auxílio” às políticas públicas, quando, na verdade, se caracteriza por ações de benevolência, como assistimos no município de São Paulo, com as doações de recursos privados para implantação de projetos²¹ de acolhimento distorcendo a opinião pública, ao relativizar e ocultar o uso de recursos do fundo municipal para manutenção dessas modalidades de atendimentos. A criação deste tipo de ambivalência serve para a desconstrução de conceitos consolidados e ampliação do protagonismo da iniciativa privada desprivilegiando a ação do Estado.

²⁰ DRU – Desvinculação de Receitas da União é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 30% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas, cortando os recursos que seriam destinados à seguridade social (saúde, assistência e previdência).

²¹ CTA – Centro Temporário de Atendimento, Atende - Atendimento Diário Emergencial

Esses serviços implantados, além de remeterem a modelos anteriores ao SUAS, portanto inadequados, também levam à pressão financeira e, como consequência, ao fechamento de serviços de proteção social especial e básica, esses sim continuados e tipificados. Basta ver que, comparando-se 2020-2009, houve quedas de 2,4% nas unidades e de 2,9% na capacidade de atendimento da rede socioassistencial como um todo. Lembrando-se que a queda foi ainda maior nos serviços exclusivos da população em situação de rua (variação negativa de 7,8% entre 2020-2009).

Tomando como exemplo os Serviços Especializados de Abordagem Social- SEAS- de janeiro de 2016 a janeiro de 2020, se pode ver uma redução geral da ordem de 4 unidades e 160 vagas. Contudo, quando comparamos território por território, vemos que Cidade Ademar, Aricanduva/Formosa/Carrão, Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Tiradentes, Itaquera; M'Boi Mirim, Pinheiros, Santana, Vila Mariana e Casa Verde/Cachoeirinha tiveram reduções em suas capacidades de atendimento. variando de 50 a 300²² vagas em cada unidade. Dentre essas, as mais expressivas reduções foram em Vila Mariana e Pinheiros, também os territórios de Cidade Tiradentes e M'Boi Mirim que ficaram sem referência específica. Já os territórios de Vila Maria/Vila Guilherme, Mooca e Sé tiveram ampliação na capacidade. Nesse cenário, identificaram-se também alterações nas tipologias, diminuindo aquelas exclusivas para crianças e adolescentes e as dirigidas para cenas de concentração de uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse movimento contraria o aprofundamento técnico que a especificação possibilita, colocando-se no lugar a generalização.

O cenário de desproteção é reforçado quando esses dados são comparados aos dados censitários. Entre 2009 e 2019, a Subprefeitura de Pinheiros teve crescimento negativo no total de pessoas em situação de rua (Taxa geométrica anual de 1,7%a.a.), diferente do caso de Vila Mariana, M'Boi Mirim e Cidade Tiradentes que apresentaram taxa positiva de crescimento geométrico anual (de 10,4%a.a., 13%a.a. e 56,5%a.a., respectivamente).

Diante desta conjuntura há preocupações quanto à efetiva capacidade da política municipal de assistência social dar respostas adequadas e à altura do desafio, ainda mais se consideradas as exigências postas pelo COVID-19. Não se trata somente de enfrentar as

²² As capacidades de atendimento dos Seas, de 2016 para 2020, respectivamente: 1) Cidade Ademar - de 250 para 150; 2) Aricanduva/Formosa/Carrão - de 200 para 150; 3) Campo Limpo - de 200 para 150; 4) Capela do Socorro - de 300 para 150; 5) Cidade Tiradentes - de 100 para 0; 6) Itaquera - de 220 para 160; 7) Vila Maria/Vila Guilherme - de 0 para 140; 8) Mooca - de 600 para 1020; 9) M'Boi Mirim - de 100 para 0; 10) Pinheiros - de 460 para 260; 11) Sé - de 4220 para 4820; 12) Santana - de 580 para 480; 13) Vila Mariana - de 440 para 140; 14) Casa Verde/Cachoeirinha - de 250 para 140.

distorções dos conceitos, as perdas na qualidade técnica da atenção prestada e o fechamento de serviços, mas a desconstrução da própria natureza da proteção social.

Ações no COVID-19: na perspectiva do poder público (despreparado, distópico e higienista) e na perspectiva dos profissionais e sujeitos (sem condições).

As orientações de limpeza das mãos, alimentação adequada para aumentar imunidade, limpeza diária, entre outros, ficam impraticáveis, em particular, para a população em situação de rua. Primeiramente, porque já havia uma demanda por serviços diurnos para alimentação e higiene e os dados amostrais de perfis socioeconômicos reforçam isso, quando a alimentação ainda depende significativamente de doações ou coleta nos lixos. Sabemos também que a limpeza de roupas é feita com águas da chuva, doadas, de bicas etc. A secagem das roupas normalmente é feita em varais improvisados, o mesmo acontecendo nos próprios serviços de convivência, ou seja, dependem do clima. Por que não podem ter máquinas de secar roupas nesses serviços? Isso é uma decisão técnico-política que pode e deve ser revista.

Um segundo aspecto diz respeito às condições físicas dos espaços de convivência e acolhimento dessa população, que já estavam em precárias situações. A previsão, em alguns Termos de Parcerias, é que obras edilícias devam ser realizadas pela Secretaria Municipal e pequenas questões com os recursos da parceria. Lembrando-se desta forma, que a gestão da pasta já não estava dando atenção para a manutenção dos espaços.

Um terceiro aspecto é a necessidade de isolamento. A orientação de Smads coloca que, em caso de suspeita ou confirmação, o sujeito seja transferido para quarto separado ou para unidades emergenciais referenciadas, demonstrando incompatibilidade com os serviços, pois a maioria deles (se não a totalidade) não possui quarto extra, ou desocupado.

Outro aspecto a ser considerado é que, ocorreu em um dado momento, uma orientação polêmica de transporte dos casos em suspeita e confirmados de Covid-19, sendo solicitado para ser feito pelos serviços de abordagem social. Esses profissionais vêm acionando o Sindicato, pois compreendem que o adequado transporte deveria ser feito pela Saúde, tanto em termos de higienização, como na possibilidade de complicações durante o deslocamento. Isso sem contar com a possibilidade de contágio desses profissionais e seus familiares.

Essas questões, assim colocadas, reforçam a preocupação de uma relação mais ajustada entre as políticas de saúde e de proteção social. Esperava-se um protocolo integrado de atendimento, como no caso da tuberculose. Essa experiência deveria servir de

exemplo, pois conseguiu reduzir em muito a intensidade dos casos entre a população em situação de rua, em especial a população acolhida.

Além disso, as vagas abertas nesta gestão, até então estiveram focadas na modalidade CTA ou Atende. São serviços sem qualquer espaço privativo e que já eram alvo de denúncias no Comas (Conselho Municipal de Assistência Social) e em outros órgãos de fiscalização e defesa, em especial sobre as condições insalubres (ver Paes, 2019), como banheiros e proteção dos funcionários, entre outros.

No início, não havia uma movimentação para abertura de novas vagas e unidades para atendimento da demanda, seja em caráter emergencial ou continuado, tendo como justificativa o Decreto nº59.283 de 16/03/2020. Pode-se inferir, portanto, ser resultado da pressão da sociedade civil a abertura de 1.022 vagas em 12 unidades (Centros de Acolhida Emergenciais em Santo Amaro, Tietê, Santana, Barra Funda, CEU Jambeiro - Guaianases, Clube Escola Pelezão – Alto da Lapa, Mooca, Vila Mariana, Lapa e Cidade Ademar) sendo que, dessas, 11 devem encerrar atividades 30 dias após o período da pandemia. Lembrando-se que o Ministério Público (MP) solicitou ao Prefeito que colocasse em prática um plano para a criação de 8 mil vagas de acolhimento para pessoas em situação de rua durante a pandemia do Coronavírus (ver Netto e Venceslau, 2020). A mobilização social expressa nas recomendações do MP propõe a inclusão do uso da rede hoteleira e dos prédios municipais ociosos para atendimento da demanda. Medida esta que até o presente ainda não se concretizou.

Por fim, o quarto aspecto foca o quadro de profissionais, sendo que os serviços são realizados, primordialmente, por organizações parceiras. As orientações de Smads estabeleceram a responsabilidade das organizações parceiras na definição de jornadas e RH de Grupos de Risco. Os únicos serviços diretos são CRAS, CREAS e Centro Pop que seguem com quadros defasados e que sofreram baixas com exonerações, adoecimentos e/ou afastamentos. No caso dos Centros Pop, algumas unidades já operavam, antes da pandemia, com dois técnicos, ou um técnico e um administrativo.

Os profissionais, tanto dos serviços da rede parceira quanto dos serviços diretos, estão reclamando da ausência ou insuficiência dos equipamentos de Equipamento de Proteção Individual - EPI. As organizações mencionam os preços exorbitantes que dificultaram a compra na quantia necessária. Neste sentido, acredita-se que o Município, como autoridade maior, teria melhores condições de compra, contudo, transferiu esta responsabilidade para as organizações. Reforçando mais uma vez a postura de precarização e fragilização como conjunturas do desmonte.

Já as unidades de gestão local (SAS – Supervisão de Assistência Social, CRAS, CREAS e Centro pop) receberam da Smads álcool em gel, máscaras e luvas, que, segundo denúncias dos trabalhadores dessas unidades junto ao Sindicato, foram em quantidade insuficiente, chegando algumas não lacradas, fora dos prazos de validade etc.

Esse é o alarmante contexto de trabalho dos profissionais do SUAS, que só recentemente tiveram reconhecida sua função essencial e merecida atenção/proteção, como a despendida aos profissionais da Saúde. A Lei nº 14.023 de 8 de julho de 2020 prevê aos profissionais psicólogos, assistentes sociais, agentes socioeducativos e demais dos CRAS, CREAS e aqueles que trabalham como cuidadores de idosos, portadores de deficiências e doenças raras, a necessidade de fornecimento de EPI e a inserção no Protocolo de Testagem.

Em uma das orientações de SMADS para a rede parceira municipal, é dito para intensificarem as abordagens e visitas domiciliares, como no caso dos serviços Seas e Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico (NPJ – que é o RH terceirizado dos Creas). Segundo os profissionais, os quadros estão reduzidíssimos, inviabilizando a efetivação de tal diretriz. Neste período, não se viram ações de caráter emergencial de aditamento dos serviços, tanto na direção de ampliação de quadro de profissionais como de ampliação do período de funcionamento, como se costuma ver anualmente nas operações de baixas temperaturas. Pelo contrário, como já mencionado anteriormente as capacidades dos Seas foram reduzidas e deslocadas de alguns territórios, mesmo daqueles que apresentaram aumento de demanda entre Censos.

A atual gestão do município de São Paulo passou por sete trocas de secretários e a mais recente parece carregar uma visão distorcida do que sejam serviços continuados do SUAS. É notória uma visão também distante, e até mesmo elitista, do tratamento das situações de risco como, por exemplo, o recém anunciado Cartão Alimentação para acesso ao restaurante popular “Bom Prato”, com refeições de R\$1,00. Provavelmente a realização do cartão (impressão, sistema de controle etc.) sai mais caro do que garantir acesso gratuito à alimentação para todo cidadão que assim entender que seja necessário, pois quem tem fome não deveria ter que provar sua condição.

Os sujeitos em situação de rua reclamam da ausência de máscaras, banheiros, sabonete para higienização pessoal, orientações sobre os sintomas da doença etc. Muitos estão recorrendo às redes de caridade e doações para poderem se alimentar, higienizar, entre outros aspectos básicos. Vale reforçar a dificuldade para se obter doações e auferir recursos, dada a redução da circulação de pessoas pelos espaços ou receio de aproximação.

Na política de assistência social, na cidade de São Paulo, é esse o perverso encontro entre o desmonte e a incapacidade da política de proteção social, resultando em inoperância e insuficiência, ou seja, de desproteção frente às especificidades postas pelo Covid-19 e pela própria situação de rua. O que já era ineficiente fica ainda mais evidente. Neste sentido, de um lado, temos a possibilidade da manutenção da perversidade e agravamento da desproteção, e, de outro, a construção de um debate público capaz de pressionar e efetivar medidas que superem o modelo clientelista e assistencialista.

É necessária uma ética intransigente de defesa dos oprimidos

Atualmente temos três cenários que se somam para a construção da “desproteção” que assistimos: o desmonte da política de assistência social, a pandemia e as frentes frias que se aproximam e nenhuma dessas estão enfrentando com clareza, agilidade ou respeito às tipologias.

É possível se pensar um caminho? Sim, e já temos alguns bons exemplos: os serviços tipificados (República e hotéis sociais) com maior autonomia e que evitam a constituição de guetos e se assemelham a um custo mensal dos demais serviços de caráter mais tutelar e tradicional. Também as experiências de integração entre assistência social e saúde, como no caso da tuberculose e dos consultórios nas ruas. Além disso, tem-se a experiência da própria Smads com a ampliação emergencial de vagas na rede existente durante o período de baixas temperaturas. Além disso, seria importante ampliar-se o conceito de higiene, desde acesso a secagem de roupas até a higienização das ruas (como vimos na China).

Acima de tudo, é preciso se consolidar a concepção de que se tratam de sujeitos de direito, antes de passivos receptores de ajuda, como é o caso dos que precisam comprovar sua condição para obter benefícios e acessar vagas.

A assistência social está abandonada. A equipe de gestão da Smads é distante e não parece se aproveitar do conhecimento do “chão”, conforme diz Koga (2016), ou mesmo da dinâmica interna dos serviços como forma de escuta antes de planejar. Trata-se de uma gestão de gabinete, fechada, ou seja, gestores locais, técnicos e orientadores dos serviços estão deixados à própria sorte. Não existe um alinhamento entre serviços e, quando isto ocorre, ele se dá de forma espontânea e não por intermédio da gestão. Os cidadãos em situação de rua estão também abandonados.

A assistência está à deriva, ou melhor, está sendo comandada por aqueles que têm “horror ao pobre” e, portanto, na verdade, o abandono parece intencional e genocida. É uma mistura de incompetência, com requintes de má fé. Infelizmente, isso sim, é política de

higienização social que tanto se busca criticar e combater. Assim como em outros momentos da História, estamos sendo chamados a resistir tecnicamente e a ampliar a capacidade de mobilização social, tendo como imperativo uma postura de indignação ética frente à miséria e à opressão.

Considerações Finais: novas e velhas questões

1 - Importância da moradia para pop rua revelada pela pandemia

O quadro apresentado nas exposições anteriores sobre o perfil da pop rua e seu crescimento acelerado nos últimos anos torna evidente a necessidade de políticas públicas para enfrentamento desta situação.

A pandemia acirra este quadro. Traz a tona de maneira clara a gravidade da situação vivida pela população em situação de rua e a insuficiência das políticas de atendimento para garantir direitos em relação à saúde, moradia e trabalho.

Como as pessoas em situação de rua podem seguir as recomendações sanitárias de isolamento e higienização?

Como se “manter em casa” em tempos de coronavírus para aqueles que têm as ruas como moradia? Como respeitar regras de higiene, quando não há água disponível nem para beber? Como manter distância confiável de outras pessoas dormindo em centros de acolhida nos quais, por vezes, mais de 100 pessoas dividem o mesmo espaço?

Esta situação revela, por um lado, a importância da moradia como espaço de proteção e privacidade e, de outro, a insuficiência da forma mais utilizada para atender a pop rua, que são os espaços coletivos de abrigo.

Surge a pergunta: Quais as razões de não haver programas de habitação para a pop rua, uma vez que este grupo vive a falta de moradia de forma absoluta? Deve-se dizer que a pop rua não é incluída como beneficiária de HIS tampouco considerada como parte da demanda habitacional. Sabemos do enorme déficit habitacional, que em SP ultrapassa 500 mil famílias, mas os programas dirigem-se basicamente a famílias e estão voltados para a provisão de habitação dentro do modelo de aquisição da casa própria.

Razões da ausência de políticas públicas de moradia para a pop rua

Preconceito e estigmatização

Uma dificuldade de inserção da pop rua em programas habitacionais é a de preconceito e a estigmatização da população em situação de rua, que está presente na sociedade civil e

mesmo em instituições públicas ligadas à habitação, Muitas vezes a população de rua é considerada não como parte da população pobre, mas como grupo desviante. Julga-se que a população em situação de rua é incapaz de adquirir e manter uma moradia seja por ausência de recursos financeiros, seja por falta de condições psicológicas ou problemas de comportamento social, o que resulta em não incluí-la como demanda habitacional. A idéia implícita é que este grupo social precisa ser tutelado e ser objeto de atenção exclusiva da assistência social. Os programas dirigidos a pop rua são basicamente assistenciais respondendo às necessidades imediatas para a reprodução da subsistência diária. A necessidade da moradia é atendida mediante programas de abrigo coletivo e provisório.

E quais as consequências deste modelo?

Ausência de “portas de saída” e ampliação de população institucionalizada.

A ausência de programas habitacionais que possibilitem o acesso à moradia para a população em situação de rua faz com que os usuários dos centros de acolhida tendam a permanecer na rede socioassistencial, muitos permanecem nos abrigos temporários, por falta de alternativas oferecidas pelo poder público, de acesso à habitação.

Quando conseguem sair da rede socioassistencial a obtenção de moradia depende exclusivamente do próprio sujeito que deve enfrentar as condições do mercado imobiliário.

Pesquisa realizada com ex-moradores de repúblicas mostrou que a principal solução de moradia para ex-usuários da República A Casa acolhe a rua no Glicierio foi alugar quartos em cortiços da área central, em condições extremamente precárias, pagando um aluguel de 600 a 900 reais.

Não há para estas pessoas oferta de programas habitacionais, como aluguel social, por exemplo, e nem mesmo mediação institucional para contratação de aluguel de imóveis com condições de habitabilidade adequadas e contratos regulares. Além disto, quando surgem problemas para manutenção da moradia conquistada, por perda de emprego, problemas de saúde, etc, a única opção oferecida pela rede de proteção é a volta aos centros de acolhida. Foi constatado na pesquisa que, vários ex-moradores de rua que viviam em quartos alugados, quando tiveram problemas de perda do trabalho não encontraram outra alternativa a não ser retornar para os centros de acolhida.

Nos alojamentos coletivos os usuários ficam submetidos a regras e padrões, que tendem a perpetuar sua permanência nessa condição de tutelados, fragilizando seus laços com sociedade, sem oferecer solução para seu problema principal, a ausência de moradia.

Experiências de vários países têm evidenciado que o acesso a moradia deve ser o eixo central em torno do qual se articulam e se formulam as políticas de atenção à população em

situação de rua, substituindo as formas tradicionais de abrigo. Análise de experiências de programas como housing first e outros de moradia apontam para o sucesso destas iniciativas.

No Brasil pouco se avançou na inclusão da população em situação de rua como beneficiária de habitação de interesse social ainda que em termos institucionais, a demanda de programas de moradia para a população em situação de rua esteja incluída na proposta de Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, na qual a moradia é entendida como um direito e como elemento fundamental no processo de saída da rua.

Uma pergunta que se coloca para a realidade brasileira é quais os parâmetros para a construção de uma política de atenção a pop rua que tenha como eixo a moradia?

Dois aspectos precisam ser considerados: a ação intersetorial e a diversidade da pop rua. A primeira coisa a dizer é que a situação de vulnerabilidade social e habitacional da população em situação de rua requer programas adequados às suas necessidades e que devem ser diferentes do padrão de HIS com projeto de aquisição de casa própria para famílias.

A vulnerabilidade destes grupos repercute tanto na formulação de propostas como na gestão de programas habitacionais, requerendo a presença de serviços de outras áreas como saúde, assistência e trabalho atuando de forma integrada.

2.2 Heterogeneidade interna da população em situação de rua

Alem disto é necessário lembrar que a população em situação de rua não é um todo homogêneo, mas compõe-se de diferentes subgrupos que possuem necessidades e condições de acesso a moradia diferenciadas: homens sós sem trabalho regular (o maior grupo), famílias com filhos, idosos, portadores de deficiência, pessoas com transtorno mental, dependentes químicos, pessoas sós com emprego registrado e renda regular, etc.

Programas habitacionais para a população em situação de rua exigem adaptações que respondam às necessidades dos diferentes subgrupos.

E em relação a estes a ação intersetorial pode assumir formas diferenciadas, dependendo do grau de vulnerabilidade do subgrupo considerado. Assim, moradia para pessoas com transtorno mental e que vivem sós requer uma presença muito mais direta do serviço de saúde, do que para jovens que saíram da rua, trabalham e mantêm uso controlado de substâncias, por exemplo.

No Brasil algumas experiências pontuais de moradia para a população em situação de rua vêm sendo desenvolvidas por organizações sociais, movimentos populares e governos municipais, como o projeto piloto de locação social desenvolvido pela prefeitura de São Paulo. Mas são ainda muito incipientes e iniciais.

Nesse momento emergencial do coronavírus, que agrava o risco de contaminação e de morte da população em situação de rua a necessidade da habitação se mostra de forma clara evidenciando os limites do atendimento da rede constituída e a necessidade de formulação de políticas públicas efetivas.

Surgem, neste momento, novas alternativas de acolhimento como a locação de vagas em hotéis, com apoio social, que se mostra a forma mais viável para assegurar de maneira imediata a proteção à saúde. A adaptação e ocupação de prédios ociosos aparecem como outra possibilidade de acolher com privacidade grupos sem moradia que necessitam de abrigo. No entanto a efetivação destas medidas ocorre de forma lenta e pouco expressiva. Matéria da Revista Exame mostra que o governo britânico exigiu que as prefeituras de toda a Inglaterra oferecessem acomodações em hotéis baratos para todas as pessoas em situação de rua. Segundo a matéria 90% da pop rua recebeu a oferta.

Queria concluir lembrando as consequências da pandemia extrapolam o âmbito da saúde. Temos diante de nós a instauração da grave crise econômica que certamente ampliará as desigualdades e a pobreza, com efeitos desastrosos para os grupos vulneráveis. Assim, se não houver medidas sociais protetivas – moradia, saúde, trabalho – poderemos ter uma catástrofe social com aumento incomensurável de pessoas em situação de rua. Neste sentido é essencial proteger quem está na situação de rua, mas também impedir que, em um futuro próximo, outros encontrem nas ruas e nos espaços públicos o único lugar de sobrevivência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta. *Democracia e Redução da Desigualdade Econômica no Brasil: A Inclusão Dos Outsiders*. In: **Rev. bras. Ci. Soc.** São Paulo: v. 33, n. 96, e339613, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092018000100508&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul 2020. Epub Jan 08, 2018. <https://doi.org/10.17666/339613/2018>.

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BORIN, Marisa do E.Santo. **Desigualdades e Rupturas Sociais na Metrópole: Os Moradores de Rua em São Paulo**. Tese de Doutorado defendida no Programa de Estudos Pós-Graduados, da PUCSP, 2003.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dez. de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de**

Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília/DF: dez, 2009.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dez. de 2016. **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.** Brasília/DF: dez, 2016.

BRASIL. Lei nº 14.023, de 8 de jul. de 2020. **Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.** Brasília/DF: dez, 2020.

COLIN, Denise. TAPAJÓS, Luziele Maria de Souza (orgs.). **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** Brasília: SNAS, Secretária Nacional de Assistência Social/ CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social/ MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf>. Acesso em: 21 jul 2020.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979).** Eduardo Brandão (tradução). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KOGA, Dirce. *Diagnóstico Socioterritorial: entre o chão e a gestão.* In: **Cadernos IHU Ideias.** São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos/ Instituto Humanitas Unisinos-IHU, Ano 14, v. 14, n. 243, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Dirce_Koga/publication/312557401_Diagnostico_o_Socioterritorial_entre_o_chao_e_a_gestao/links/5882095492851c21ff42d1c5/Diagnostico-Socioterritorial-entre-o-chao-e-a-gestao.pdf> . Acesso em: 21 jul 2020.

LANFRANCHI, Carolina Teixeira Nakagawa; FERREIRINHO, Viviane Canecchio. *Socialização e poder no campo das pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo.* **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.** Porto Alegre: v. 19, n. 1, p. 62-81, Apr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-60892019000100062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 July 2020. Epub Apr 08, 2019. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2019.1.30830>.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. *Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988.* In: **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro: v. 14, n. 3, p. 721-730, Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jun 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300008>.

MELITO, Leandro. *População de rua deve ficar fora do Censo 2020: IBGE diz que assunto está em estudo, mas ainda sem previsão.* **Agência Brasil,** Brasília, 22 de jul. de 2019. Direitos Humanos. Disponível em:

<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2018-09/populacao-de-rua-deve-ficar-fora-do-censo-2020>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. Nota Técnica nº 73. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais Brasília: Ipea, junho de 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

NETTO, Paulo Roberto Netto. VENCESLAU, Pedro. Promotoria pede a Covas 8 mil vagas para acolhimento de pessoas em situação de rua. **Estadão**. São Paulo, 20 de mai de 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/promotoria-pede-a-covas-8-mil-vagas-para-acolhimento-de-pessoas-em-situacao-de-rua/> Acesso em: 21 jul 2020.

PMSP, Município de São Paulo. Decreto nº59.283 de 16 de mar. de 2020. **Declara situação de emergência no Município de São Paulo e define outras medidas para o enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus**. São Paulo/SP: mar, 2020.

PMSP, Município de São Paulo. Lei nº12.316, de 16 de abr. de 1997. **Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo**. São Paulo/SP: abr., 1997.

PMSP, Município de São Paulo. Decreto nº40.232 de 2 de jan. de 2001. **Regulamenta a Lei nº 12.316, de 16 de abril de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Poder Público Municipal a prestar atendimento à população de rua da Cidade de São Paulo, e dá outras providências**. São Paulo/SP: abr., 2001.

SALVADOR, Evilásio da Silva. *O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal*. In: **Serv. Soc. Soc.** São Paulo: n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0426.pdf>>. Acesso em: 06 de Jun 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.117>.

SMADS, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Portaria nº 46, de 22 de dez. de 2010. **Dispõe sobre a tipificação da Rede Socioassistencial do município de São Paulo e a regulação de parceria operada por meio de convênios**. São Paulo/SP: dez, 2010.

SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão**. 7ed, 2. Impr. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2014.

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO. *MPDFT e IBGE debatem a inclusão da população em situação de rua no Censo 2020*. **MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS (MPDFT)**. Brasília, 10 de out. 2019.

Disponível em: <<https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2019/11335-mpdft-e-ibge-debatem-a-inclusao-da-populacao-em-situacao-de-rua-no-censo-2020>>. Acesso em: 17 jul 2020.

WEBB, Olivia. *Voiceless: The Construction of Homelessness Policies from 1980-2016*. In: DCC, The Andrea Mitchell Center for the Study of Democracy. **2017 - DCC Undergraduate Research Conference - Abstracts and Papers**. Philadelphia: University of Pennsylvania, 2017. Disponível em: <<https://www.sas.upenn.edu/andrea-mitchell-center/sites/www.sas.upenn.edu/andrea-mitchell-center/files/uploads/Webb%20Paper.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2018.

DUAS DÉCADAS DE CENSOS E PERFIS DA SITUAÇÃO DE RUA DA CIDADE DE SÃO PAULO (2000-2019)

*Viviane Canecchio Ferreirinho²³
Carolina Teixeira Nakagawa Lanfranchi²⁴*

As pesquisas censitárias e perfis amostrais da população em situação de rua já acumulam duas décadas de dados na cidade de São Paulo. Considerando os desafios da atualidade, tornados mais evidentes pelo contexto de pandemia, parece bastante oportuna uma revisita ao conhecimento acumulado neste período para apurar a capacidade crítica.

A série histórica permite manter a dimensão do volume, escala e espacialidade desse fenômeno. Diante deste acúmulo de conhecimento e dados, o presente artigo tem como objetivo apresentar o histórico dos resultados e dar visibilidade, dentro da série, ao último censo e perfil amostral realizado em 2019.

A Coordenação do Observatório da Vigilância Socioassistencial (Covs), dentro da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (Smads), é responsável por realizar o monitoramento e avaliação da política de assistência social no município. Segundo a definição dada pela NOB/SUAS (2012), em seu artigo 1º: a vigilância socioassistencial é uma função da política de assistência social, conjuntamente com a proteção social e a defesa de direitos.

Assim, induz o planejamento de ações preventivas e contribui para o aprimoramento das ações de restauração de direitos violados e interrupção de situações de violência. Portanto, objetiva o fortalecimento da gestão, qualificação dos serviços e ações de planejamento pelo desenvolvimento de capacidades e meios técnicos. Atuando para que gestores e profissionais conheçam a presença das formas de vulnerabilidade nos territórios pelos quais são responsáveis, investe na conformidade das capacidades às necessidades. É, por isso, considerada crucial para o amadurecimento da assistência social como política pública setorial.

Considerando essas premissas, Covs vem coordenando as pesquisas censitárias e de perfil amostral da população em situação de rua da cidade desde 2000. Diante disso, é

²³ Graduada em Ciências Sociais (USP), mestrado e doutorado em Educação: História Política, Sociedade (PUC-SP). Analista técnica na Coordenadoria do Observatório da Vigilância Socioassistencial (COVS) da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (SMADS) e pesquisadora da Rede Brasileira de Pesquisadores da População em Situação de Rua.

²⁴ Graduada em Ciências Sociais (PUC-SP), mestrado em Arquitetura e Urbanismo (USP) e doutorando em Ciências Sociais (PUC-SP). Docente de graduação em Psicologia e Serviço Social (UNIP-SP) e pesquisadora da Rede Brasileira de Pesquisadores da População em Situação de Rua e do Observatório das Metrôpoles de São Paulo.

possível afirmar que essas pesquisas já se consolidaram como um procedimento à cada nova gestão.

É preciso esclarecer que a metodologia utilizada tem sido mantida ao longo dos anos, possibilitando a manutenção de uma série histórica e, portanto, a comparabilidade dos resultados. Sem com isso prejudicar avanços e aprimoramentos que aprofundem a compreensão das especificidades e heterogeneidades desse segmento populacional a cada época.

Historicamente, esses olhares foram acolhidos na divisão da pesquisa em duas etapas: a contagem censitária e a pesquisa amostral do perfil socioeconômico e demográfico da população em situação de rua. Um outro aspecto metodológico é a divisão da cidade em 9 distritos censitários, respeitando a divisão administrativa de 96 distritos e 32 subprefeituras. Esses territórios são percorridos e os sujeitos da pesquisa abordados, deixando para última instância e em caso de recusa à abordagem a atribuição pelo entrevistador. Desde 2015 acresceu-se uma terceira etapa, a pesquisa de identificação de necessidades específicas. Trata-se da oportunidade de aprofundar questões ou perfis que são percebidos pelos profissionais que trabalham e que demandam comprovação, aprofundamento e/ou sustentação técnica.

Esse primeiro esforço, em 2015, resultou em maior visibilidade ao público LGBTQI+ validando sofrerem maior grau de violência tanto de agentes internos como externos, bem como o reconhecimento da insuficiência da proteção social para idosos que estão indo para as ruas já em idade avançada e também a ausência de perspectivas no mercado de trabalho para jovens em idade economicamente ativa. Em 2019, essa etapa da pesquisa esteve focada no serviço de República, permitindo aprofundarmos o debate crítico sobre o modelo de atenção aplicado à população em situação de rua, não só de São Paulo, mas de todo o território nacional.

Além disso, cabe mencionar que considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009). Diante desta definição são aplicadas as perguntas filtro – “Onde o sr(a) vai dormir hoje? Onde o sr(a) tem dormido nos últimos dias?” - como forma de garantir consistência das informações.

A política municipal de assistência social para a população em situação de rua na cidade de São Paulo tem como aspecto predominante a oferta de serviços de acolhimento institucional provisório com pernoite para indivíduos adultos de ambos os sexos e para grupos familiares com ou sem filhos, por meio de uma rede de serviços distribuídos nas diversas regiões da cidade.

A Tipificação Nacional (Brasil/MDS, 2009) denomina República serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em situação de abandono, de vulnerabilidade, risco pessoal e social e sem condições de moradia e autossustentação. A definição, portanto, confere ao perfil de usuários as circunstâncias vividas pelos sujeitos em situação de rua, alinhando-se a definição dada pela Política Nacional da População em Situação de Rua (Brasil, 2009).

Essa tipologia de serviço tem como particular, o seguinte aspecto:

[...] deve ser desenvolvido em sistema de autogestão ou co-gestão, possibilitando gradual autonomia e independência de seus moradores. Deve contar com equipe técnica de referência para contribuir com a gestão coletiva da moradia (administração financeira e funcionamento) e para acompanhamento psicossocial dos usuários e encaminhamento para outros serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial e das demais políticas públicas (BRASIL/MDS, 2009, p.36).

Os serviços de acolhimento institucional, tanto nas modalidades abrigo institucional como Casa de Passagem, diferem da República justamente pela perspectiva de “*autogestão e co-gestão*”. Ao contrário, o acolhimento institucional que prevê participação no estabelecimento das regras de convívio e gestão. Ou seja, possui como pressuposto uma hierarquia na cadeia de comando. É, neste sentido, uma diferença entre tutela e autonomia.

A pesquisa amostral do perfil das pessoas em situação de rua traz a informação de que a maioria, 26,4% das pessoas entrevistadas está em situação de rua há menos de um ano, e em oposição o segundo maior tempo é de mais de 10 anos, com 17,9%. Dessa forma, muitas pessoas que perdem os vínculos familiares e a moradia poderiam ter outras possibilidades de superar essa fase sem, necessariamente, passar pelo penoso período de dormir nas ruas ou em centros de acolhida. Para aqueles que estão nas ruas pela falta de emprego ou moradia e não por uma conjunção de problemas que envolvem a saúde física e psíquica, e que, portanto apresentam pouca autonomia, poderiam ser acolhidos diretamente numa República, sem passar pelo conhecido sistema de “escada” em que se tem que subir todos os degraus das ofertas de políticas de assistência social antes de chegar a um acolhimento mais autônomo, como o serviço de República.

O fenômeno não é exclusividade da cidade de São Paulo, mas é sem dúvida uma pioneira e importante referência para levantamentos dessa natureza bem como das

estratégias de atendimento. Nessas duas décadas, observou-se crescimento desse segmento populacional em extrema privação, vínculos fragilizados ou rompidos bem como sem moradia regular. Na última década houve o espraiamento para além do centro tradicional, surgindo também em regiões de centralidades de concentração de camadas médias e populares. Foi pensando nisso, que a amostra da pesquisa de perfil de 2019 considerou o levantamento para além do centro expandido.

Como fenômeno social, sua existência é sintomática das históricas formas de violência presentes na sociedade capitalista urbanizada que, pautada na desigualdade e na exploração, geram processos de desqualificação, desfiliação e desterramento. Por isso, ainda segue sendo válida a premissa: *“Todas as características violentas que se encontravam dentro de uma sociedade eram descarregadas sobre a vítima [...] e [...] eram conduzidas para fora da sociedade [...]. Quando uma sociedade se identifica com o seu deus da violência ou da guerra, ela própria se ergue agressiva e violenta”* (HAN, 2017, p.34-35).

Esse processo de construção do outro como refugio humano (Bauman, 2005) também está associado à constante negociação com agentes das políticas públicas na aceitação ou resistência do status social desqualificado que as circunstâncias lhes impõem. Também envolve a incorporação (ou não) de discursos institucionalizados e, simultaneamente, de conhecimentos das estratégias específicas para acesso aos recursos da sobrevivência como alimentação, higiene, vestimentas etc.

A presente análise supera o debate da exclusão social, uma vez que o a população em situação de rua não está apartada do sistema econômico e social, mas é produto dele e expõe a perversidade desse sistema quando conseguem se tornar visíveis, o que as pesquisas censitárias auxiliam revelar.

Rigorosamente falando não existe exclusão: existe contradição, existem vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes; existe o conflito pelo qual a vítima dos processos excludentes proclama seu inconformismo, seu mal-estar e sua reivindicação corrosiva. Estas reações, por não se tratarem de exclusão, não se dão fora dos sistemas econômicos e dos sistemas de poder. Elas constituem o imponderável de tais sistemas, fazem parte deles, ainda que os negando (Martins, 1997, p. 14).

É dentro deste escopo que os dados a seguir são analisados e devem ser lidos. Numa perspectiva democrática, no ato de descrever o fenômeno não podemos perder de vista a perspectiva de reconhecimento da condição humana universal e dos direitos básicos de cidadania. Nenhum sujeito vale mais ou menos, todos são dignos de respeito e de igual espaço de voz e vez na construção do consenso e das institucionalidades.

Série Histórica dos Censos (2000-2019)

A primeira parte da pesquisa envolve a realização da contagem da população. Assim, também o presente artigo. Considerarmos os levantamentos feitos por técnicos da pasta em anos anteriores, tem-se referência a identificação de 3.392 pessoas em situação de rua em 1991. Já o último Censo realizado em outubro de 2019, contou 24.344 pessoas em situação de rua, das quais, 12.651 (51,9% do total) foram contadas pernitando em ruas, praças e outros espaços públicos da cidade e 11.693 foram contadas pernitando nos centros de acolhida.

Considerando-se as duas décadas de pesquisas tem-se em 2015 a identificação de 15.905 pessoas em situação de rua, desses 7.335 pernitando nas ruas (46,1% do total), enquanto em 2009 eram 13.666 pessoas no total, dessas 6.587 nas ruas (48,2% do total) e em 2000 eram 8.706 pessoas, sendo 5.013 identificadas pernitando nas ruas (57,6% do total). Esses dados evidenciam o crescimento dessa população em extrema privação, como também a inversão da tendência da relação entre acolhidos e pernitando nas ruas.

A tendência de superação de acolhidos sobre os que pernitam nas ruas é importante indicador da capacidade de proteção social dirigida a este segmento. É possível identificar que nos primeiros 15 anos da série havia uma tendência de redução da participação de pessoas pernitando nas ruas em relação ao total. Já no último quinquênio, inicia-se uma inversão com o crescimento da proporção de pessoas pernitando nas ruas em relação ao total. A razão entre acolhidos e pernitando nas ruas variou de 0,74 em 2000, para 1,08 em 2009 e 1,17 em 2015, diminuiu para 0,92 em 2019. Ou seja, a capacidade de acolhimento seguiu crescendo em todo o período, porém no último censo retoma patamares iniciais da série, quando a quantidade de acolhida é inferior a quantidade pernitando nas ruas. Deste modo, entre 2000-2009 a taxa geométrica de crescimento que era de 3,1% a.a. pernitando nas ruas, passou para 1,8% a.a. entre 2009-2015, atingindo 14,6% a.a. entre 2015-2019.

Essa inversão é extremamente importante de ser investigada. Pensando nisso, quando analisadas as informações da Coordenadoria de Gestão de Parcerias (CGPar) é possível identificar que entre 2009 e 2020 a rede socioassistencial teve variação negativa de 7,9% nas unidades e 5,8% nas vagas. Ou seja, teve queda, com taxa negativa de crescimento geométrico de 0,7%a.a. nas unidades e de 0,5% a.a. na capacidade de atendimento.

Considerando todas as tipologias, passou de uma capacidade de acolhimento institucional de 18.539 vagas em 2009 para 17.068 vagas em 2020. A capacidade da rede

de acolhimento institucional passou de uma proporção de 57,44% das vagas em 2009 para 56,15% em 2020 em relação ao total da rede exclusiva para a população adulta em situação de rua. Isto significa uma redução também na proporção das vagas de acolhimento em relação à capacidade total de atendimento.

No período, a redução mais expressiva foi na capacidade de abordagem social nas ruas (passou de 10.440 vagas em 2009 para 9.440 vagas em 2020). Contudo, é oportuno observar a ampliação das vagas de atendimento diurno nos Núcleos de Convivência que passou de 2.822 vagas em 2009 para 3.172 vagas em 2020.

Soma-se, a identificação, de queda de 2009 até 2020 de 3,5% no total de recursos destinados à efetivação da rede socioassistencial no município de São Paulo. A redução foi ainda mais acentuada se considerados os repasses específicos para os serviços exclusivos da população adulta em situação de rua, com queda de 7,8% no período. Isto posto, em janeiro de 2020, 21,53% do orçamento da Smads era destinado à realização de serviços socioassistenciais para a população adulta em situação de rua (de abordagem social, de atendimento diurno e de acolhimento)²⁵, de um total de R\$ 81.490.028,36 de repasse mensal para a rede socioassistencial.

Comparado esses recursos com os outros períodos de Censos, temos em janeiro de 2016, um repasse mensal para a rede exclusiva da população de rua representando 18,55% do total de repasses (de R\$ 69.484.910,57). Antes, em janeiro de 2009, os repasses exclusivos representavam 22,56% do total destinado à rede socioassistencial (de R\$ 84.411.671,44).

Sobre os serviços exclusivos para a população adulta em situação de rua da rede socioassistencial, identifica-se que a rede totaliza 30.395 vagas distribuídas em 139

²⁵ Tipologia/modalidade de serviços exclusivos ao atendimento da população adulta em situação de rua (Coordenadoria de Gestão de Parcerias/Smads): **Bagageiro; Centro de Acolhida às Pessoas em Situação de Rua** (Para Adultos I Por 16 Horas; Adultos II Por 24 Horas; Adultos I por 16 horas para apoio à CAPE; Especial para Famílias; Família em Foco; Especial para Idosos; Especial para Mulheres; Especial para Mulheres Imigrantes, Especial para Mulheres Transsexuais; Especial para Pessoas em Período de Convalescença; Com Inserção Produtiva); **Centro de Acolhida para Catadores; para Gestantes, Mães e Bebês; Complexo de Serviços à População em Situação de Rua** (Arsenal da Esperança); **Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua; Espaço de Convivência para Adultos Em Situação De Rua** (Tenda); **República** (Para Adultos; para Jovens de 18 A 21 Anos; para Idosos); **Seas - Serviço Especializado de Abordagem Social às Pessoas em Situação de Rua** (Adultos, Crianças e Adolescentes; às Crianças e Adolescentes; à Adultos; à Pessoa em Situação de Rua e Apoio A Emergência; Que Fazem Uso Das Ruas para O Consumo Abusivo de Substâncias Psicoativas em Cenas de Uso); **Serviço de Acolhimento Institucional para Famílias e Indivíduos em Situação de Rua** (Autonomia em Foco); **Serviço de Inclusão Social e Produtiva; Centro de Capacitação Técnica para Adultos em Situação de Rua; Núcleo do Migrante; Projeto de Ações Integradas de Economia Solidária** (Modalidade: População de Rua). Não foram considerados os serviços para atendimento diurno e acolhimento de crianças e adolescentes (Serviço de Acolhimento Institucional; Espaço de Convivência – Tenda).

unidades em janeiro de 2020; antes era composta por 27.600 vagas em 135 unidades (2016) e previamente eram 32.273 vagas em 151 unidades (2009).

Diante desses dados, apesar das oscilações, em duas décadas testemunha-se a redução da capacidade de atendimento tanto no total de unidades, como no total de vagas e no orçamento destinado à rede de serviços exclusivos da população adulta em situação de rua. Portanto, no período de 2009 para 2019 enquanto houve crescimento desta população (variando 179,1%) se assiste à queda de 5,8% nas vagas e 7,9% das unidades. Como já mencionado, também houve queda no orçamento destinado exclusivamente à população adulta em situação de rua.

De forma completar, parece oportuna o olhar para os registros de abordagem, na medida em que revelam a relação entre os sujeitos e os agentes do campo. Considerando os dados de registro de abordagem realizadas durante o mês de dezembro de 2019 (SisRua - Sistema de Atendimento do Cidadão em Situação de Rua) identifica-se um total de 36.785 abordagens, dessas 43,1% tiveram recusa do encaminhamento. Em 2009 das abordagens durante o período de baixas temperaturas (de março a outubro) 41% resultaram em encaminhamento, essa proporção aumenta para 55% em 2016.

Em 2019, considerando este universo que recusou 7,7% estão relacionados à qualidade do serviço ou inadequação em relação ao perfil dos atendidos²⁶. De qualquer forma, usando as informações daqueles que não aceitaram o encaminhamento para acolhimento nos outros anos (2009 e 2015) percebe-se que a maioria está relacionada a tensão existente nessa relação do usuário com a rede socioassistencial de acolhimento.

Assim, tem-se em 2009 o principal motivo de haver ainda referência em residência de um familiar, seguida das regras dos serviços e não querer sair de onde está. Em 2015 o principal motivo era não gostar dos serviços sem especificar o que, seguido da ausência de vagas e depois não aceitar vaga de pernoite (ou seja, uma relação pontual com o serviço), a estrutura do serviço também é fator de recusa. Em 2019 tem-se como principal fator não querer sair de onde está, depois divergência com as regras dos serviços, seguido de não gostar sem especificar motivo e não aceitar pernoite.

²⁶ Motivos de recusa relacionados aos serviços: Sofreu maus tratos nos serviços; Possui animal; Por que o serviço é longe do local onde trabalha; Por problemas com outros usuários; Por não poder ficar com a família/amigos; Por falta de segurança nos serviços; O serviço não aceita suas condições; O serviço não aceita alcoolizados; Não tem vaga; Não gosta / Não tem interesse; Não aceita vaga de pernoite; Não aceita regras do serviço; Catador e não quer deixar o carrinho (1221 abordagens). Motivos outros: Tem vaga fixa num serviço; Tem residência e família; sente-se protegido pela comunidade local; Prefere ir espontaneamente para o serviço; Por utilizar drogas; Não tem documentos; Não quer sair do local onde está; Não conhece nenhum serviço (829 abordagens). Motivos relacionados à abordagem ou sem informação: Somente orientação; Não expressou o motivo de recusa; Evasão; Dormindo (13.571 abordagens).

Quando um agente social, apoiado pelo estado, procura afastar, seja pela força ou pelo convencimento, o sujeito da rua pela via da institucionalização, ele está expropriando seu modo de reprodução baseado no trabalho independente ou livre, também o conhecimento do campo e o habitus que reforçam a tomada de posição e criam a hierarquia de poder. Essa resistência é o que lhe resta querer, enquanto sujeito que ainda quer algo, estando e vivendo à margem do sistema. Não significa afirmar que seja bom estar em situação de rua, mas que o que é poder neste campo tem que ser compreendido pela análise do seu capital simbólico próprio (LANFRANCHI E FERREIRINHO, 2019, p. 74).

O que esses dados revelam é a necessidade de revisão das regras, formas de acesso e condições edilícias dos serviços que estejam alinhadas aos perfis e necessidades reais dessa população, não lhes sendo impostas condições contrárias e, portanto, violentas ou violadoras. No sentido geral, além disso, permite reconhecer que o processo de acolhimento requer a aceitação dos sujeitos das condições impostas pela própria situação de rua. O que, por sua vez, corroborando com a análise de Paugam (2003). Em seu estudo sobre a desqualificação social e a pobreza, afirma que a perda de emprego faz com que os sujeitos recorram às políticas de assistência social, ao ingressar nesta rede ocorre o processo de desqualificação social e sua identificação social como em estado de pobreza. Para o autor o último estágio da autoidentificação da pessoa como pobre é a ruptura, que acontece quando o sujeito recusa as ofertas das políticas sociais na tentativa de recuperar a dignidade e diz que isso é o que explica a recusa das pessoas em situação de rua aos centros de acolhimento. A recusa tem, portanto, duplo sentido: resistência à condição de rua e resistência à institucionalização na rua. Por isso, chama atenção para o fato de a relação dos usuários com os serviços serem pautadas pela negociação de status.

Trata-se de aceitação da condição de extrema privação, aceitação da institucionalidade, das condições das ofertas, das suas localidades, da imposição de renunciar às relações estabelecidas antes e na rua etc. Daí o fato de Stoffels reconhecer o papel mediador dos serviços quando estuda os mendigos de São Paulo. Apesar do termo há muito superado, segue sendo válida sua percepção de que “[...] *a instituição oficial, de caráter repressivo e assistencial, constituirá o local de mediação entre a macro-estrutura e a ideologia dominante, por um lado, e a prática e a ideologia dos mendigos por outro lado*” (STOFFELS, 1977, p. 14).

Para avançar na compreensão dos dados censitários outro aspecto é fundamental, a distribuição territorial dos serviços, em particular os de acolhimento. Por isso, abaixo a análise toma como ponto de partida a evolução da distribuição da população total, aqueles pernoitando nas ruas e a distribuição das unidades de acolhimento.

Antes de iniciar, ressalta-se que o território apropriado se insere na esfera de autonomia relativa das práticas e sua relação dialética com o sistema de proteção social. É a partir de características do ponto de concentração que a sobrevivência nas ruas se faz. É a partir do conhecimento das estratégias de sobrevivência, dos recursos (disponíveis e necessários) e das disputas que essa apropriação do espaço se dá. Por isso, os censos vêm identificando os pontos de concentração da população.

A partir de 2015 identificam-se inclusive aqueles com presença de soluções temporárias-precárias de moradia, como barracas, tendas, abrigos improvisados etc. Naquela oportunidade, foram identificados 332 pontos com barracas e em 2019 foram identificados 2.050.

Considerando a subprefeitura da Sé (centro), vemos que em 2000 concentravam-se nessa região 38,8% da população em situação de rua da cidade, em 2009 passou a abrigar 42,4% desses, depois 45,1% em 2015 e em 2019 abrigava 60%. O que comprova que a população em situação de rua segue preferencialmente concentrada no centro tradicional, contudo outras regiões da cidade apresentaram aumento.

Tomando o total da população em situação de rua como referência para a análise da evolução da distribuição territorial tem-se as maiores taxas de crescimento, entre 2000 e 2020, nas seguintes subprefeituras: Cidade Tiradentes (25,1%a.a.), Guaianases (20,1%a.a.), Casa Verde/Cachoeirinha (18,4%a.a.), Itaquera (17,5%a.a.), e Campo Limpo (16,9%a.a.). Considerando-se somente a população pernoitando nas ruas, as subprefeituras com maior taxa de crescimento entre 2000 e 2020 foram: Cidade Tiradentes (25%a.a.), Campo Limpo (16,5%a.a.), Itaquera (14,9%a.a.), Casa Verde/Cachoeirinha (14,8%a.a.) e Guaianases (13,4%a.a.). Esses dados permitem identificar que essas subprefeituras tiveram crescimento da população em situação de rua, principalmente pelo aumento da presença de pessoas pernoitando nas ruas. O que é reforçado quando olhamos para a rede socioassistencial instalada, pois Cidade Tiradentes e Campo Limpo seguiram sem vagas ou unidades de referência entre 2009 e 2020. Já as subprefeituras de Guaianases, Casa Verde/Cachoeirinha e Itaquera mantiveram a quantidade de vagas do que as presentes em 2009.

A macrorregião Leste 2 abrigava 1,2% em 2000 e a concentração cresceu para 3,6% em 2009, depois para 4,3% em 2015 e atingindo 7,1% da população em 2019. A Leste 1, por outro lado abrigava 35% em 2000, caindo para 31,9% em 2009, depois para 26,1% em 2015 até reduzir para 23,3% em 2019. A macrorregião Norte 2 concentrava 0,8% da população em 2000 e 2009, aumentando para 2,2% em 2015 e para 2,3% em 2019. A Norte 1 também apresentou queda da proporção de pessoas em situação de rua em relação ao

total, mas isso ocorreu com oscilação, pois inicia a década de 2000 concentrando 5,1% da população, depois cai para 3,8%, em seguida sobe para 8,3% em 2015 e novamente cai em 2019 para uma proporção de 6,4% em relação ao total. A região Sul 1 teve uma proporção relativamente estável com oscilação e pequena redução, pois em 2000 era de 4,7% para 5,8% em 2009, depois 4,1 em 2015, reduzindo para 3,9% em 2019. Já a Sul 2 teve aumento, passando de 4,6% em 2000, para 5,2% em 2009, depois 4,4% em 2015, para aumentar para 5,3% em 2019.

Nas duas décadas a subprefeitura da Sé segue concentrando a maioria da população, tendo ampliado a proporção de 38,8% em 2000 passando para 45,4% em 2019. Apesar de seguir concentrando proporção significativa, a subprefeitura da Mooca apresentou redução nessa proporção, passando de 31,8% da população em 2000 para 19,6% em 2019. Interessante notar que em terceiro lugar em 2000 tínhamos a subprefeitura de Pinheiros para 6º lugar em 2009 e ficando em 8º lugar em 2015 e 2019. A subprefeitura de Santana/Tucuruvi passou de 4º lugar em 2000 para 5º e 6º, para em 2019 estar em 3º lugar. A subprefeitura da Lapa teve algumas variações, mas manteve uma proporção de 3,6% entre 2000 e 2019.

É preciso ressaltar que o censo, ao focar na contagem, permite um olhar mais geral. Neste sentido, como esse segmento social se relaciona com o restante da sociedade, ou seja, sua condição social (Bourdieu, 2011). Para aprofundar a abordagem reconhecendo a heterogeneidade dos diferentes segmentos e suas particularidades, então é preciso ter como referência a pesquisa amostral, na medida em que essa busca a construção de perfis com variáveis mais detalhadas, inclusive do acesso às políticas e estratégias de sobrevivência como alimentação, atividades para auferir renda, entre outras. Neste caso, abordando como esse segmento social se distingue entre si no campo social, portanto, sua posição social (Bourdieu, 2011).

É dentro deste entendimento que a seguir são trabalhados os dados das pesquisas amostrais. A análise parte da seguinte questão: Quais seriam os perfis que foram se consolidando nos últimos 19 anos de acúmulo de dados? Quais foram as tendências mantidas e acrescidas? A partir desta problematização é possível a identificação de elementos para se efetivar a crítica ao modelo de atenção prestado à população nas ruas.

Principais Resultados dos Perfis Socioeconômicos da População em Situação de Rua (2000 e 2019).

Em duas décadas, considerando as variáveis demográficas as pesquisas amostrais dos perfis, observa-se uma constante maioria masculina (85,5% em 2019, 88,6% em 2015 e

86% em 2010, 84,8% em 2000), bem como maioria não-branca (71,9% em 2019, 71,5% em 2015, 64,3% em 2010 e 61,7% em 2000), mesma coisa em relação a idade média (variando de 42 e 40 anos). Em 1992 eram 90% homens e 53,4% brancos. Considerando os que pernoitam nas ruas, observa-se a média de idade passando de 38 anos em 2009 para 41 anos em 2015 e 39 anos de idade em 2019. Portanto, verifica-se a manutenção do perfil médio, pois a maioria segue sendo do sexo masculino, entre 30 e 50 anos de idade mantendo o perfil médio de ser uma população de maioria adulta em idade economicamente ativa e majoritariamente composta por não-brancos.

A faixa etária de maior representação segue sendo de 31 a 49 anos, ou seja, a parcela economicamente ativa. Isso revela a perversa associação entre condições vulnerabilidade social e questões de gênero e raça. É pensando nesse contexto que desde 2015 a pesquisa vem se preocupando com questões de diversidade de gênero. O segmento LGBTQ+ sofre mais violência, encontra maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho o que leva a realidade de atividades ilícitas ou prostituição. A pesquisa de 2019 seguiu avançando neste sentido, identificando que 19,5% dos entrevistados indicam terem sido impedidos de acessar um serviço da rede socioassistencial por ser LGBTQ+, sendo que esse número é ainda mais grave naqueles pernoitando nas ruas (29,1%).

Também, em 2019, é oportuno indicar que essa questão foi incluída na etapa do Censo, identificando que cerca de 1,6% fazem parte desse grupo. Por isso, é importante ressaltar que na pesquisa amostral indicam sofrerem violência na sociedade em geral e também dentro do campo da rua, haja visto ser composto por uma maioria heterossexual (87,7%) e cis gênero (95,8%).

Quando a questão é escolaridade verificamos que tem reduzido a quantidade de analfabetos na população em situação de rua (passando de 10,7% em 2000, para 9,6% em 2010, para 9,6% em 2015 e agora 8,4% em 2019). A mesma coisa é observada para os demais níveis de instrução, ampliada a proporção daqueles com fundamental (11% em 2000, para 12,9 em 2010, para 14,6% em 2015 atingindo 20,7% em 2019), médio (7,2% em 2000, para 9% em 2010, para 15,4% em 2015 atingindo 20,7% em 2019) ou superior completos (1,4% em 2000, para 1,9% em 2010, depois 4% em 2015 e hoje 4,1% em 2019). Isso reforça a percepção de que nos últimos 20 anos tivemos forte investimento em universalização da educação, mas, ao contrário do esperado, não representou maior capacidade de inserção no mercado de trabalho ou condições materiais.

Sobre processos migratórios é importante a identificação da ampliação de participação de estrangeiros no total da população em situação de rua (passando de 1,1% em 2000 para 3,4% em 2019). Em 2019, entre os 3,4% de imigrantes, 38,8% são de

venezuelanos, e a entrada dos imigrantes em território nacional, ocorreu principalmente através dos estados de Roraima 34,3%, e São Paulo 29,9%. Entre os que não nasceram na cidade de São Paulo, 63,9% estão na cidade há mais 5 anos. E 60,4% permanecem na mesma região da cidade que começaram a ficar em situação de rua. A proporção de emigrantes da região sudeste segue sendo a mais significativa, tendo ampliado a proporção (de 48,2% em 2000, para 57,7% em 2010, para 57,9% em 2015 e 65,1% em 2019), considerando que a grande maioria migra do próprio estado de São Paulo. Diferente do senso comum, a maioria da população não é composta por populações oriundas de outros estados da federação, ainda que tenha participação significativa da região nordeste.

A condição de rua é sem dúvida um fator importante para o rompimento de vínculos, na medida em que a maioria indica viver com companheiro-cônjuge, filhos ou outros parentes antes de ir para a rua (viviam sozinhos somente 25,9% em 2019, 19% em 2015, 16,3% em 2010). Uma vez nesta condição a massiva maioria indica viver sozinha (75% em 2000, para 66,9% em 2010, para 70% em 2015 e 74% em 2019).

Na difícil trajetória de sobrevivência na rua os serviços de acolhimento seguem representando a principal experiência, sendo que a proporção daqueles que indicam já terem dormido em "albergue" ter diminuído nas últimas duas décadas (passando de 79,1% em 2010, para 77,1% em 2015 e atingindo 75,2% em 2019). No outro extremo, identifica-se um pequeno aumento na proporção daqueles que nunca dormiram na rua (passando de 18,1 em 2015 para 19,2% em 2019). Daí a necessidade de fortalecer a compreensão da importância desses serviços para a condição de rua ao mesmo tempo em que há espaço para a crítica ao modelo focado no acolhimento em modalidades mais tradicionais de serviços de acolhimento institucional no lugar de serviços com maior autonomia como é o caso das Repúblicas. Esses que nunca experimentaram a rua, não precisariam passar pelo acolhimento em centro de acolhida, pois ainda possuem os capitais e estratégias que não tem a referência na rua. Neste sentido, estão sendo forçados a adquirir esse capital e a aceitar a imposição de discursos institucionalizados ou de tutela do indivíduo.

Outro dado que reforça esse entendimento é o tempo de rua, pois a proporção que está na rua há menos de 1 ano cresceu significativamente, passando de 28,6% em 2010, para 29,1% em 2015 e hoje representa 40,3% do total da população em 2019. No outro extremo, vemos a redução daqueles que indicam estar na rua há mais de 5 anos, passando de 40,1% em 2010, para 37,3% em 2015 atingindo 26,4% em 2019. Também é oportuno reconhecer que nos últimos 10 anos a maioria ao perder a última casa buscou outras alternativas antes de encontrar a situação de rua, pois em 2010 eram 83,3% que foram

direto para a rua, reduzindo para 77,5% em 2015 e hoje, em 2019, são 60,9% aqueles que ao perderem foram direto para a rua.

A condição de rua esteve historicamente à capacidade de inserção no mercado de trabalho, inicialmente a centralidade do trabalho estava na responsabilização do sujeito, para depois compreender que se trata de resultado estrutural. Dito isto, o fenômeno é sintomático do processo de precarização que assistimos nos últimos anos, em especial diante do projeto neoliberal. Diferente da visão preconceituosa de que na rua estão aqueles que não querem trabalhar, a maioria realiza alguma atividade produtiva ainda que de maneira precária, rudimentar ou ilícita. As principais atividades exercidas tiveram alteração nas duas últimas décadas, especialmente a coleta de material reciclável, que em 2010 representava 62,1% do total, reduziu para 42,3% em 2015 e em 2019 atinge 19,9%. Isso pode ser resultado da ampliação de participação de empresas privadas nas atividades de coleta de material reciclável ou mesmo na redução dos valores de compra desses materiais. A mendicância também sofreu redução na proporção: passando de 30,2% em 2010, para 30,8% em 2015 e hoje é realizada por 9,4% em 2019. O que vemos de aumento foram nas atividades de ajudante geral, construção civil, comércio ambulante, o que reforça as pesquisas socioeconômicas com a população geral que identificam a precarização das condições e remunerações dos trabalhadores. Sugerindo, assim, que as remunerações dessas atividades são inferiores aos custos de vida, tornando a rua presente na realidade desses trabalhadores.

Neste tocante, é importante, por outro lado, reconhecer os avanços na proteção social dada pelas políticas públicas e implantação do SUAS. Pois, reduziu significativamente nas duas últimas décadas aqueles que apontam não receber nenhum tipo de benefício de transferência de renda (Bolsa Família, BPC, Aposentadoria etc.), na medida em que 94% indicavam não receber nenhuma em 2010, para 69,3% em 2015 atingindo 47% em 2019. Passou de 0,6% em 2010 para 24,8% em 2015 atingindo 45% em 2019 aqueles que indicam receber Bolsa família. Aqui é oportuno destacar o papel fundamental da Política Nacional que permitiu a construção de cadastro específico no CadÚnico para os sujeitos nessas condições. Os beneficiários do BPC (antigamente conhecido como benefício LOAS), passou de 0,8% em 2010 para 2,6% em 2015 e em 2019 passou para 3,9%.

Outra política pública que avançou na cobertura foi a política de saúde. Neste sentido a pesquisa amostral aponta para a mudança de procura de hospitais (alta complexidade) com a ampliação da cobertura de postos de saúde e de atendimento por agentes de saúde como consultório na rua (básica e média complexidade), pois a procura de postos de saúde passou de 21,6% em 2010, para 59,4% em 2015, atingindo 69% da população em 2019.

Mais expressiva foi a indicação de atendimento por agentes de saúde, que passou de 2,1% em 2010 para 12,9% em 2015 e em 2019 já são 18,2%.

Dentro da perspectiva de saúde, ocorreu na situação de rua o mesmo observado para o total da população: a ampliação do uso de álcool e outras drogas. No caso específico da população em situação de rua, passou de 74,4% em 2010 para 84,1% em 2015 para 82,3% em 2019 aqueles que indicam consumir alguma substância psicoativa. O importante da pesquisa amostral é comprovar que não é a rua que leva ao consumo de álcool ou outras drogas, mas é nela que são acolhidos neste consumo, dado que a proporção de consumo anterior à rua é superior do que a observada já na condição dela.

Dentre as principais substâncias psicoativas consumidas o álcool segue sendo a principal. Considerando as mais comuns tem-se: o consumo de maconha passou de 21% em 2010 para 32,7% em 2015 atingindo 28,9% em 2019; a cocaína passou de 11,8% em 2010 para 21,7% em 2015 atingindo 22,3% em 2019. Contudo o crack passou de 27,3% em 2010 para 37,5% em 2015 e em 2019 atinge 18,9% do total de entrevistados.

Em 2019, sobre o uso de drogas antes de morar nas ruas 68,9% declararam fazer uso de cigarro, 68,2% declararam fazer uso de bebidas alcólicas, 40,1% declararam fazer uso de maconha, 35,6% declararam fazer uso de cocaína, 23,9% declaram fazer uso de crack, 13,4% declararam fazer uso de inalantes, 2,4% declararam fazer uso de outras substâncias, e apenas 12,6% declararam não fazer uso de nenhum tipo de drogas.

Após estarem em situação de rua, em 2019 eram 65,0% os que declararam que faziam uso de cigarros, 56,1% declararam fazer uso de bebidas alcoólicas, 28,9% declararam fazer uso de maconha, 22,3% declararam fazer uso de cocaína, 18,9% declararam fazer uso de crack, 5,3% declararam fazer uso de inalantes, 0,9% declararam usar outras substâncias e 17,3% declararam que não faziam uso de nenhuma substância. Esta questão permitia mais de uma resposta. Observa-se que houve redução do uso de drogas em todas as categorias após a situação de rua.

Na perspectiva da cidadania são levantadas as informações sobre documentos pessoais. É surpreendente a redução dos indivíduos que indicam não possuir nenhum documento, passou de 42% em 2010 para 20,4% em 2015 para 18% em 2019. A grande maioria indica possuir RG (de 50,4% em 2010, para 72,3% em 2015 e 92,8% em 2019), seguido de CPF (passou de 36,9% em 2010, para 59,9% em 2015, para 85,3% em 2019), depois carteira de trabalho (passou de 33,2% em 2010 para 47,3% em 2015, para 67,2% em 2019), por fim, o título de eleitor (de 31,1% em 2010, para 41,5% em 2015, para 65,4% em 2019). Nesta dimensão é importante destacar a diferença entre acolhidos e em situação de rua, pois em 2000 eram 46,8% nas ruas que não possuíam qualquer documento, contra

5,9% dos acolhidos. Em 2015 20% nas ruas indicavam não possuir nenhum documento contra 2% dos acolhidos. E em 2019 29,4% nas ruas indicam não possuir nenhum documento contra 4,8% entre os acolhidos. Isso reforça o papel de acesso que os serviços socioassistenciais representam.

Outro aspecto importante diz respeito à trajetória de institucionalização. Passaram por internação 52,5% em 2010, para 65,2% em 2015 e 59% em 2019. Em 2010 e 2015 o sistema prisional era o principal indicado pelos entrevistados, já em 2019 vemos as clínicas de recuperação de dependência superando o sistema prisional. Além disso, em 2019, 31,9% declararam já terem sido internados em clínicas para tratamento de dependência química, 31,2% declararam já terem sido privados de liberdade em instituições do sistema prisional, 13,1% declararam já ter morado em serviços de acolhimento institucional como os abrigos, internatos e orfanatos, 12,8% declararam já ter passado por internação psiquiátrica, e 11,8% declararam ter passagem pelo sistema sócio educativo, Fundação Casa e extinta FEBEM.

Por fim, a pesquisa de 2019 permitiu reconhecer que os principais motivos apontados pelos entrevistados para estarem em situação de rua foram, conflitos familiares, com 40,3%, a dependência química com 33,3% (somados o uso de drogas lícitas e ilícitas), a perda de trabalho, com 23,1%, e a perda da moradia, com 12,9%.

Em 2019, foi aprofundadas as variáveis que permitem compreender as estratégias de sobrevivência e o conhecimento necessário para acesso à recursos nessas condições, tais como alimentação, água, absorvente etc.

Em 2000, as principais formas de acesso à água para tomar banho era em "comunidades, casas de convivência" (20,7%), seguido de entidades beneficentes (18,8%) e depois depósitos (11,2%), postos de gasolina (9,5%) e "canos, bicas, torneiras" (7,9%). Já em 2019 esses dados se diferenciam sobre a finalidade da água. Assim, 50,9% contam com estabelecimentos comerciais e postos de gasolina, seguido de 38,8% em centros de acolhida, 17,4% em serviços de atendimento diurno e 17,7% em estações de metrô, ônibus e trem para água de beber. Para lavar a roupa 61,7% indicam fazê-lo em serviços de acolhimento, 13,5% em serviços diurnos, 9,3% em postos de gasolina ou estabelecimentos comerciais. Chama atenção o fato de 3,3% indicar não costumar tomar banho e 0,1% que não consegue água para beber.

Em 2000 os locais principais locais onde realizam as necessidades fisiológicas são: logradouros (49%), bares e restaurantes (40,2%), seguido de banheiros públicos (11,4%) e entidades (8,4). Em 2019 43,5% indicam usar banheiro dos serviços de acolhimento para defecar, 34,6% banheiros públicos e 23,6% postos de gasolina ou estabelecimentos comerciais.

Foi possível identificar em 2019 que 49,8% se alimentam em serviços da rede socioassistencial, 22,7% ganha/pede a comida de restaurante/lanchonete/bar e 21,6% recebe de grupos que distribuem. Cabe mencionar os 2,7% que coleta/cata, revelando a insegurança alimentar que a rua impõe. Assim, uma informação importante sobre segurança alimentar revelou que 35,3% das pessoas entrevistadas passaram um dia inteiro sem comer nada nos últimos 7 dias. Em números absolutos isso significa que 8593 pessoas em situação de rua passaram pelo menos um dia inteiro sem se alimentar nos últimos 7 dias.

Nesta pesquisa quando perguntados onde conseguem roupas limpas 36% apontam receber doações de pedestres e 25,8% recebe nos serviços da rede socioassistencial e 15,7% compram em brechó. Infelizmente 2,8% indicam não usar roupas limpas. Sobre os calçados a maioria indica também a doação por pedestres (48,2%), compram (41,1%) e recebe dos serviços (16,8%). Esses dados são importantes para revelar que essa necessidade não tem sido garantida pelos serviços, até mesmo porque, os mesmos não possuem orçamento previsto para tal fim, conforme diretrizes da tipificação municipal. Diante destes fatos, é preciso rever a garantia dessas condições básicas depender exclusivamente de doações, pois mesmo nos serviços ela é resultado de ações dessa natureza.

Além dessas informações, foi levantada, pela primeira vez, dados sobre questões específicas da condição da mulher. Deste modo, 57,4% indicam que quando menstruadas usam absorventes. Também identificou que 36,1% pega em serviços da rede socioassistencial, 35,5% compram e 24% vivem de doações. Outro aspecto importante é a possibilidade de lazer. Identificou-se 27,1% não se diverte, 22,9% parques públicos, 22% atividades culturais, 14,2% consumir bebida alcoólica, 10% amigos e conhecidos e 9% shows públicos.

Neste tocante, cabe informar que os serviços especializados de atendimento diurno são importantes referências para as atividades diárias de higiene e alimentação. Foi identificado em 2009 que esses totalizavam 3.294 vagas, aumentando expressivamente para 5.444 vagas em 2016, e drasticamente reduzindo para 3.644 em 2020. Ou seja, ao longo das duas décadas houve um processo de desproteção social no período diurno que requer atenção.

República uma Tipologia que Merece Aprofundamento

Ao longo das duas décadas foi possível identificar os esforços de diversificação dos serviços visando resguardar a heterogeneidade dessa população, com a criação de acolhimento específico para LGBTQI+; gestantes, mães e bebês; pessoas em convalescência; idosos; famílias; catadores, imigrantes etc.

Em 2000, ano do primeiro Censo, existiam duas tipologias de atendimento à população, Casa de Convivência (com 14 unidades e 1.260 vagas) e Albergues (10 unidades com 2.826). Em 2009, existia uma maior diversidade de serviços de acolhimento para população adulta em situação de rua, com 50 unidades de atendimento e 8.593 vagas, constituídos em uma diversidade de cerca de 10 modalidades²⁷.

Já à época do Censo de 2015, verificam-se algumas alterações nessas modalidades por necessidade de enquadramento com a Tipificação Nacional e um refinamento para segmentos específicos da população. Além das modalidades já existentes em 2009, foram identificados os Centros de Acolhida Especial para Mulheres Transexuais, Centros de Acolhida para Pessoas em Período de Convalescença, Centros de Acolhida para Imigrantes, Projeto Autonomia em Foco e Projeto Família em foco. Em janeiro de 2016 eram 75 unidades com capacidade de 11.896 vagas de acolhimento institucional.

É oportuno indicar que a partir de 2012, passa a existir disponibilidade de repasse de recursos Federais para unidades de acolhimento, sendo incluso no Censo Suas anual com questionário específico. De maneira geral, poucas foram as alterações substanciais e o que ocorreu foi uma ampliação das unidades e vagas ofertadas, bem como o espraiamento para regiões mais distantes do centro tradicional e um enquadramento às diretrizes legais nacionais.

Considerando os dados municipais da rede de janeiro de 2020, o que se verifica é existência de 94 unidades de acolhimento com capacidade de 17.011 vagas. Deste modo surgem comparativamente, as modalidades Centro Transitório de Acolhimento (CTA), que totaliza 19 unidades com 4.780 vagas, e Atendimento Diário de Emergência (Atende), totalizando 4 unidades com 982 vagas, visa acolhimento em contêineres adaptados para *“atendimento de dependentes químicos, [... com] banho, alimentação, dormitório, cabeleireiro, barbeiro, oficinas de capacitação [...], encaminhamento de ex-usuários para o*

²⁷ Centro de Acolhida com Inserção Produtiva para Adultos II por 24 Horas (1 unidade e 160 vagas); Centro de Acolhida Especial e Atenção para Adultos em Situação de Rua (2 unidades e 93 vagas); Centro de Acolhida Especial para Famílias em Situação de Rua (1 unidade e 80 vagas); Centro de Acolhida Especial para Gestantes, Mães e Bebês (1 unidade e 100 vagas); Centro de Acolhida Especial para Idosos em Situação de Rua (3 unidades e 340 vagas); Centro de Acolhida para Adultos I por 16 Horas (8 unidades e 1.172 vagas); Centro de Acolhida para Adultos I por 16 Horas e Hotel Social (4 unidades e 948 vagas); Centro de Acolhida para Adultos II por 24 Horas (18 unidades e 3.410 vagas); Centro de Acolhida para Adultos II Por 24 Horas com Centro de Acolhida Especial Para Idosos em Situação de Rua e Lavanderia Social mais Restaurante (Nome Fantasia: “Oficina Boracéia” - 1 unidade e 380 vagas); Centro de Acolhida para Catadores por 24 Horas (1 unidade e 55 vagas); Centro de Referência do Migrante e Adultos em Situação de Rua (1 unidade e 85 vagas); Projeto Especial de Acolhida e Atenção à Pessoa em Situação de Rua (Nome fantasia: “Arsenal” - 1 unidade e 1400 vagas); República para Homens e Mulheres em Situação de Rua (4 unidades e 257 vagas); República para Homens em Situação de Rua (4 unidade e 113 vagas). (SMADS/COPS/CGEO, 2009).

programa Trabalho Novo [...] articulação de apoio familiar aos dependentes, em especial após o tratamento [...]” (SMADS, 2018).

As Repúblicas preveem um grau de autonomia que as diferenciam das tradicionais modalidades de acolhimento institucional. Por isso, se aproximam do modelo conhecido como “*housing-led*”, que vem sendo crescentemente utilizado em países europeus em substituição ao desgastado modelo “escada”.

The term ‘housing-led’ was developed by the jury of the European Consensus Conference on Homelessness in order to describe all policy responses to homelessness that increase access to permanent housing and increase capacity for both prevention and the provision of adequate floating support to people in their homes according to their needs. These approaches represent a significant departure from the ‘staircase’ or ‘continuum of care’ approach, which until recently has dominated responses to homelessness. According to the ‘staircase’ or ‘continuum of care’ approach, stable housing is the end goal in the reintegration process and homeless people, particularly those with complex support needs, move through various stages in different residential services before becoming ‘ready’ for re-housing (FEANTSA, 2011, p.6-7).

Como comprovado, ao longo das últimas duas décadas, de uma maneira geral, observou-se a diversificação particularmente nas modalidades de acolhimento especial, já a rede instalada vinha apresentando tendência de aumento até 2009, depois disso, passou a apresentar queda. De um lado, revela uma crescente e mais pertinente preocupação em atender as especificidades das pessoas em situações de rua. Contudo, do outro, há ênfase nas modalidades de acolhimento mais tradicionais, de maior tutela, na medida em que os serviços de acolhimento institucional representam mais de 98% da rede ao longo e todo o período estudado. Assim, o modelo vigente de evolução gradativa dos indivíduos no processo de institucionalização com vista à autonomia se revela antiquado e sem efetividade comprovada. Esse o sistema é denominado “escada” é se mostra insatisfatório.

Para avançar ainda mais, neste exercício de evidenciar o sistema de atenção traduzido nas ofertas²⁸. Temos uma redução das unidades de Centro de Acolhida I e II de 15.686 vagas em 2009 para 8.826 em 2020. Os projetos especiais passaram de 510 em

²⁸ A presente análise agrupa as diversas tipologias considerando modalidades distintas: 1) Abordagem Social –SEAS, atendimento social nas ruas com foco na busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual, situação de rua, etc.; 2) Serviço Especializado com atendimento diurno, compreendem espaços de convívio, núcleo de serviços, restaurantes populares, etc.; 3) Serviço de Acolhimento Institucional, se dividindo em: 3.1) Centro de Acolhida 16 e 24 horas – CA I e II, possui maior capacidade de atendimento, menor individualidade, considerável quadro de profissionais dada a maior tutela prevista, 3.2) Centro de Acolhida Especial - CAE, pois possui menor capacidade, maior possibilidade de privacidade, como também quadro de RH significativo com vistas à tutela do sujeito no serviço, 3.3) Projetos Especiais de Acolhimento Institucional - Família em Foco e Autonomia em foco e CTA e Atende; 4) Repúblicas, maior privacidade e autonomia dos sujeitos, refletindo em RH mais reduzido próximas à “housing-led”, junto com Hotel Social.

2009 e 2016 para 6.062 vagas em 2020. Os CAEs praticamente foram mantidos, pois passaram de 2.100 vagas em 2009 para 2.180 vagas em 2020. As Repúblicas foram praticamente mantidas, passaram de 243 vagas em 2009, aumentando para 284 em 2016 e reduzindo para novamente 243 vagas em 2020.

Quando consideradas as informações de repasses mensais é possível identificar que nas últimas duas décadas o custo médio de CA I e II fica em torno de R\$ 604,6 per capita mensal. Os CAEs custaram em média 1.322,7 per capita mensal. As Repúblicas apresentam um custo mensal per capita médio de R\$ 753,2. Curioso identificar queda no valor per capita mensal dos CA I e II e manutenção no CAEs. Cabe também indicar que os projetos especial Família e Autonomia em foco apresentaram um per capita mensal médio de R\$1.275,5, na medida em que se aproximam do modelo de acolhimento especial, em unidades menores, com maior privacidade e relativa autonomia dos moradores. Já os projetos especiais CTA e Atende tem como média mensal um valor de R\$ 666,62 per capita e se aproximam da modalidade CA I e II, com maior quantidade de vagas por unidade, um número significativo de profissionais, resultando em menor privacidade e maior tutela.

Compreendido o contexto geral das tipologias é preciso reconhecer as especificidades da República, por isso a terceira etapa da pesquisa de 2019 aprofunda o olhar sobre o perfil dos acolhidos nesta modalidade. Em síntese, a escolaridade do grupo de residentes nas repúblicas era superior à média geral da população em situação de rua, e não parece que o problema seja de baixa escolaridade já que 64,8% dos entrevistados tem ensino superior ao ensino médio.

Quando perguntados sobre os principais pontos positivos indicados pelos entrevistados em relação as Repúblicas, 41,8% indicaram a Autonomia e 32,7% a liberdade. Justamente aqueles aspectos que torna essa oferta mais próxima a “Housing-led” e as distanciam do acolhimento institucional (abrigo ou casa de passagem). Em se tratando do modelo escada é interessante ver que 89,1% estavam em centros de acolhida antes de estarem nas Repúblicas.

Na opinião deles, as principais ofertas para a saída das ruas são: Oportunidade de trabalho (51,8%) e local para moradia (20,9%), seguidos de tratamento para superar a dependência química (12,7%).

Sobre o acesso e permanência no trabalho, verificou-se que a oferta de formação profissional (37,3%) não vem representando inclusão ou acesso ao mercado de trabalho. Outro aspecto apontado, diz respeito ao fato de que a maior parte dos entrevistados considera que o mercado de trabalho não está pronto para recebê-los. Essa mesma percepção foi apresentada em 2015, quando cerca de 58% da população jovem de 18 a 35

anos afirmaram ter feito algum curso profissionalizante, porém enfrentaram as dificuldades postas para esse acesso. Entre as razões apontadas para não conseguir trabalho estão o preconceito dos empregadores, ausência de endereço fixo e problemas com álcool e outras drogas. Para conseguir trabalho, os autônomos mencionaram os caminhos que conhecem: procura de porta em porta/placas com ofertas de emprego, pergunta às pessoas do centro de acolhida ou conhecidos, vai ao CAT /sindicato/ONG/Igreja, procura em agências de emprego ou é recrutado no próprio serviço de acolhimento, ente outras.

A habitação, quando respeita individualidade, privacidade e sociabilidade desejada pelos sujeitos se torna elemento fundamental para a organização social e existencial do sujeito em situação de rua. Neste sentido, é oportuno registrar que em 2019 a maioria dos entrevistados (90,9%) não teriam para onde ir se saíssem das Repúblicas. Para 83,6% seus rendimentos não seriam suficientes para custear uma moradia em São Paulo. Apenas o aluguel médio indicado pelos entrevistados era de R\$ 633,30.

Segundo ele, do ponto de vista individual, a superação da situação de rua dependeria de conseguir um salário melhor (32,7%), ter um trabalho estável (28,2%) ou ter uma moradia (26,4%). A pesquisa aponta ainda que levariam os entrevistados a deixar as Repúblicas se tivessem casa própria (35,5%), um salário mais alto (28,2%) e emprego fixo (21,8%). No outro extremo, quando questionados sobre o que mais atrapalha para sair da situação de rua é justamente não ter trabalho fixo ou perder o trabalho (39,1%) e não ter moradia (35,5%). As principais recomendações para a formulação de políticas públicas seriam a oferta de trabalho (45,5%) e de alternativas de moradias (27,3%).

É dentro deste contexto que se dá a relevância do acolhimento em moradia subsidiada, que tem como premissa a autogestão ou co-gestão, contando com a mediação das atividades por profissionais especializados. Por isso mesmo, há a necessidade de aprofundamento deste modelo que se denomina República.

Essa abordagem se vê reforçada quando 30% dos conviventes das Repúblicas já haviam passado pela vida nas ruas, desses 87,9% deixaram a situação de rua e acabaram voltando. Isso porque, não foram acompanhados durante o tempo que estiveram fora da situação de rua e não encontraram políticas sociais de proteção social que dessem o suporte necessário para a superação da rua como habitat.

Considerações Finais

As informações apresentadas aqui acumulam duas décadas de dados da população em situação de rua na cidade de São Paulo, fato inédito no território nacional. A sua análise

permite dar visibilidade, ao mesmo tempo, subsidiar as lutas por formas de inclusão deste segmento populacional em contagens oficiais por todo o território nacional.

Em face desse quadro, pode-se aventar a hipótese de que o modelo de atenção à população em situação de rua na cidade de São Paulo se aproxima do modelo clássico conhecido como “escada”, amplamente utilizado em países europeus e nos Estados Unidos. Nesse modelo a pessoa em situação de rua se movimenta por vários estágios, em diferentes serviços, com o apoio de uma equipe técnica até estar preparado para a moradia regular, que corresponde à última etapa no processo de construção da autonomia e de integração social. Passando primeiramente pela aceitação à abordagem social, decorrente encaminhamento para serviços de convivência, para assim chegar ao acolhimento institucional, seja na condição de pernoite ou de vaga fixa.

Considerando a totalidade das capacidades das modalidades de acolhimento institucional (Centro de Acolhida, Centro de Acolhida Especial, República e Projetos Especiais) quando comparadas as duas primeiras, vemos a majoritária presença deste desde 2000 até o presente. Esses dados reforçam a centralidade dos modelos de acolhimento mais tradicionais, mesmo quando tratadas as especificidades dadas por segmento etário, composição, familiar etc. Assim, quase a totalidade das vagas ofertadas na rede socioassistencial está nos centros de acolhida, o que dá a dimensão da dificuldade de avaliar a eficácia dos programas quanto ao objetivo principal de conquista da autonomia pelos usuários.

É frequente a permanência de pessoas vivendo por vários anos nos serviços de acolhida, através do expediente de mudança de local, muitas vezes intercalando com períodos de permanência nas ruas. No modelo “escada” o atendimento em Repúblicas é complementar, na medida em que as pessoas são encaminhadas pelos centros de acolhida. Neste sentido, como já mencionado, se aproximam de modelos de moradia subsidiada com relativa autonomia e privacidade, ou experiências de “*housing-led*”.

Na primeira década havia um processo de expansão e diversificação, tendência esse que acabou invertida na segunda década da série histórica. Cabe mencionar que essas experiências supramencionadas resultaram na recente publicação do Plano Municipal de Habitação de São Paulo (2016), que pela primeira vez considerou prioritário o atendimento àqueles marcados pela “falta de moradia digna para parcela da população em situação de rua”. Na primeira linha programática prevê três modalidades específicas de atendimento a esse segmento populacional, sendo o acolhimento institucional intensivo; aluguel de imóveis privados para abrigamento transitório, locação social para serviço de moradia social e bolsa aluguel.

O programa De Braços Abertos também consiste num novo modelo de atenção às pessoas em situação de rua da área central da cidade, vivendo em condições de extrema vulnerabilidade decorrente, em parte, do consumo abusivo de álcool e outras drogas que recebem atendimento preferencialmente ambulatorial. Constitui também um programa na linha de “*housing-led*”, no qual a garantia de acesso à moradia estável e regular é acompanhada de outros serviços como alimentação, trabalho e renda, cuidados com a saúde e garantia de direitos. Diferente do projeto Redenção que encaminha para modalidade de acolhimento aos moldes dos centros de acolhida mais tradicionais, bem como pelo foco em internações, com intervenções referenciadas em hospitais psiquiátricos e residências terapêuticas.

Um aspecto que chama a atenção é a existência de outras tipologias de acolhimento institucional que não são destinadas exclusivamente à população em situação de rua e não são consideradas para a contagem censitária. São os Centros de Acolhida para Mulheres Vítimas de Violência, Instituição de Longa Permanência para Idosos e Residências Inclusivas para Jovens e Adultos com Deficiência. Esses serviços acolhem pessoas em situação de risco ou violência, ou oriundas de acolhimento institucional para crianças e adolescentes e que, caso não estivessem nesses serviços, estariam em situação de rua ou mesmo em situações extremas de risco. Neste sentido, podem ser considerados grupos em condição de extrema vulnerabilidade que sem a moradia subsidiada poderiam estar em situação de rua.

Para concluir, a partir da leitura dos programas, projetos e serviços ofertados para a população em situação de rua, pode-se afirmar que há uma clara intenção de prestar um atendimento aos acolhidos, na perspectiva de proteção social à vida e acompanhá-los em seu objetivo de alcançar a autonomia. Contudo, observa-se que na prática, ainda não estão presentes todas as condições necessárias para a superação da rua como habitat, em especial tendo como modelo de gradativa saída da rua, até que tenham condições de autonomia sem tutela do estado ou com relativo subsídio. Essa inadequação do modelo pode ser percebida tanto pela diversidade de trajetórias na rua, como os casos de resistência ao acolhimento nessas modalidades.

Os conhecimentos acumulados tornam o olhar mais crítico, o que dá outro sentido ao serviço de acolhimento em República, ao mesmo tempo que reconhece a centralidade da necessidade de superação da rua como habitat. Sem com isso aniquilar as subjetividades dos indivíduos nessas condições com a imposição de discursos e práticas institucionalizadas que anulam suas vozes. É tempo de consolidar e defender o SUAS e para isso é preciso reconhecer suas potencialidades e suas fragilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BAUMAN, Zygmunt. **Vidas desperdiçadas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dez. de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Brasília/DF: dez, 2009.

BRASIL. MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**, da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf. Acesso em: 19 de jun 2018.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. Mariza Corrêa (trad.). 11ed. Campinas/SP: Papirus, 2011.

CNAS, Conselho Nacional de Assistência Social. MDS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS**. Brasília/DF: dez. 2012.

FEANTSA, Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. **Housing-led policy approaches: Social innovation to end homelessness in Europe**. Brussels/Belgin: FEANTSA, nov. 2011. Disponível em: https://www.feantsa.org/download/14_11_2011_hf_position_paper_final_en2408443683520304907.pdf. Acesso em: 19 de Jun de 2018.

HAN, Byung-Chul. **Topologia da violência**. Enio Paulo Giachini (trad.). Petrópolis/RJ: Vozes, 2017.

MARTINS, José de Souza. **A exclusão e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

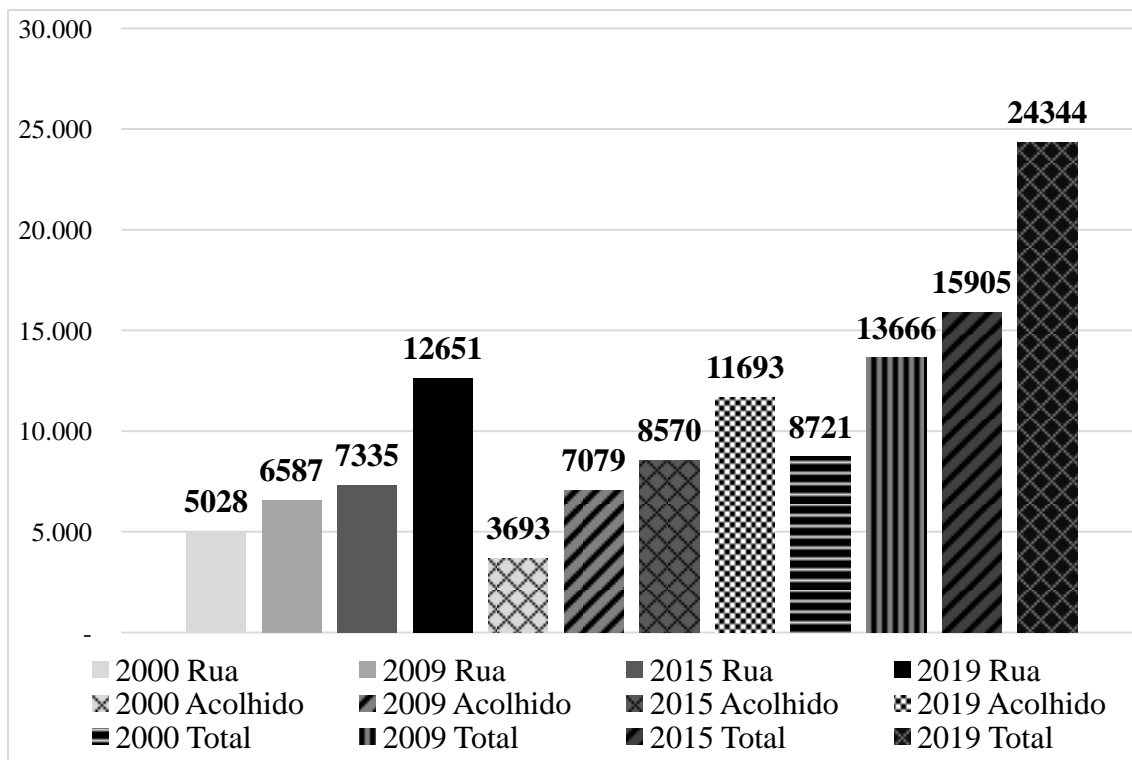
PAUGAM, Serge. **A desqualificação social. Ensaio sobre a nova pobreza**. São Paulo: Educ/Cortez, 2003.

SMADS, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. ATENDE - Atendimento Diário Emergencial. São Paulo: **SMADS, 2018b**. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/assistencia_social/index.php?p=248253. Acesso em: 19 Jun de 2018.

STOFFELS, Marie-Ghislaine. **Os mendigos na cidade de São Paulo: ensaio de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

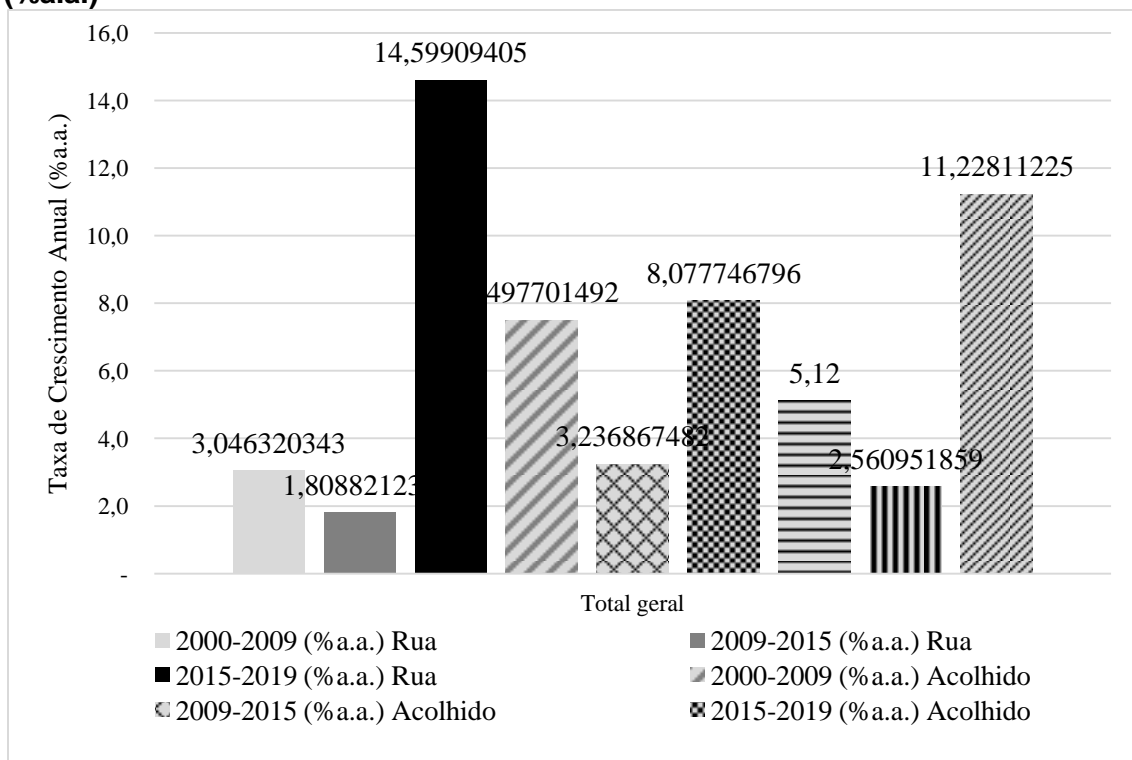
ANEXOS:

GRÁFICO 1 – Município de São Paulo: Distribuição Normal da População em Situação de rua (por acolhidos, nas ruas e total) em 2000, 2009, 2011 e 2015 (n.a.).



Fonte: CPMT-COVIS/SMADS, 2019.
Elaboração: Autoras.

GRÁFICO 2 – Município de São Paulo: Taxa Geométrica de Crescimento da População em situação de Rua, na Cidade de São Paulo, em 2000-2009, 2009-2015 e 2015-2019 (%a.a.)



Fonte: CPMT-COVIS/SMADS, 2019.
Elaboração: Autoras.



**OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES**
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia



FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA

*Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana,
apresenta*

AS METRÓPOLES E A COVID-19: DOSSIÊ NACIONAL

ANÁLISE DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA

Elaboração

Leticia Tabachi Silva
Pablo Medeiros Jabor
Lívia Albertassi Tulli

Coordenação

Latussa Laranja Monteiro
Pablo Silva Lira

Vitória
Julho de 2020



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
INTRODUÇÃO	5
A REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA - RMGV	6
COVID-19 NO ESPÍRITO SANTO E RMGV	7
LEVANTAMENTO DAS MEDIDAS DO PODER PÚBLICO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19	9
1 Medidas do Governo do Estado do ES	9
2. Medidas das Prefeituras Municipais da RMGV	14
Prefeitura de Cariacica	14
Medidas Prefeitura de Fundão	15
Medidas Prefeitura de Guarapari	16
Medidas Prefeitura de Serra	16
Medidas Prefeitura de Viana	18
Medidas Prefeitura de Vila Velha	18
Medidas Prefeitura de Vitória	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

APRESENTAÇÃO

Esse documento reúne as medidas de enfrentamento à COVID-19 tomadas pelo Governo do Estado do Espírito Santo e Prefeituras da Região Metropolitana da Grande Vitória para compor o Dossiê Nacional “As Metrôpoles e a COVID-19”. Este será um dossiê nacional, que conta com a participação de toda a rede do Observatório das Metrôpoles, e se constituirá em subsídio para o Fórum Nacional da Reforma Urbana - FNRU e para a Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais - Plataforma Dhesca. O dossiê nacional tem como objetivo o acompanhamento das ações do poder público na prevenção da Covid-19, a partir da vivência das comunidades e dos grupos vulneráveis, no intuito de dar visibilidade às omissões e/ou violações de direitos e seus impactos sobre os territórios populares.

O dossiê final terá como referência o documento nacional unificado elaborado por diversas redes e fóruns nacionais e será estruturado nas seguintes partes:

- a) diagnóstico das políticas do governo federal de enfrentamento da pandemia e denúncias de violações de direitos humanos;
- b) diagnóstico da situação nos territórios e das políticas dos governos estaduais e municipais de enfrentamento da pandemia e denúncias de violações de direitos humanos;
- c) ações alternativas de enfrentamento à pandemia nas periferias e favelas empreendidas pelos governos e pelas redes/articulações locais;
- d) propostas e estratégias de enfrentamento da pandemia nas periferias e favelas (fortalecimento do SUS, importância das políticas sociais, etc).

A rede de fóruns nacionais para organizar a formatação do dossiê nacional, estabeleceu que as medidas para enfrentamento da COVID-19 sejam organizadas em eixos:

- ✓ Planos de ação emergenciais específicos destinados às periferias urbanas e populações vulneráveis
- ✓ Espaços de Participação Social para acompanhar a pandemia
- ✓ Apoio Humanitário e Financeiro
- ✓ Acesso a informação / transparência
- ✓ Acesso a serviços básicos

- ✓ Condições de moradia e abrigo
- ✓ Condições de Mobilidade
- ✓ Acesso a Serviços de saúde e assistência social
- ✓ Militarização dos territórios
- ✓ Gênero e violência contra mulher

INTRODUÇÃO

O núcleo Vitória do Observatório da Metrôpoles, coordenado pelo Instituto Jones dos Santos Neves - IJSN, uma autarquia do Governo do Estado do Espírito Santo, vinculada à Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, realizou o levantamento visando atender parte do item “b” supracitado, que se refere ao diagnóstico da situação nos territórios e das políticas dos governos estaduais e municipais de enfrentamento da pandemia e denúncias de violações de direitos humanos.

O documento é composto por medidas de enfrentamento à pandemia a partir de dados disponíveis nos canais digitais oficiais do Governo do Estado e das Prefeituras da RMGV (Cariacica; Fundão; Guarapari; Serra; Viana; Vila Velha e Vitória), considerando que esse também pode ser o principal meio para a população acessar os serviços e informações relativas à pandemia.

No caso das informações do Governo do Estado, adicionalmente foi realizado levantamento das ações executadas no âmbito do Instituto Jones dos Santos Neves, que compõe o Centro de Comando e Controle para enfrentamento à pandemia, participando ativamente das medidas efetivadas pelo poder público estadual.

Conforme orientado pela rede de fóruns nacionais, buscou-se organizar todas as medidas levantadas para enfrentamento da pandemia nos eixos sugeridos, que foram citados anteriormente. É importante salientar que podem existir medidas que não foram encontradas nos sites, dessa forma, para um levantamento mais aprofundado seria necessário um levantamento direto nas Prefeituras e Secretarias do Governo do Estado.

Antes de entrar nas medidas especificamente será apresentada uma breve contextualização da Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV e da situação da pandemia no estado e região metropolitana.

A REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA - RMGV

A Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) foi oficialmente criada pela Lei Complementar nº 58 de 1995, integrando os municípios de Vitória, Cariacica, Serra, Viana e Vila Velha. Posteriormente, foram incorporados Guarapari (LC nº 159/1999) e Fundão (LC nº 204/2001). A RMGV ocupa, atualmente, a extensão de 2.331km² e abriga estimados 1.687.704 habitantes, o que corresponde a 48% da população estadual (IBGE, 2010) - apresentando uma taxa de crescimento de 1,61% (período 2000-2010), superior à média estadual de 1,27%, para o mesmo período. A atual configuração espacial da área metropolitana da Grande Vitória foi, em grande medida, conformada a partir dos anos 1960, quando o modelo tradicional agroexportador foi rapidamente substituído pelo padrão industrial-exportador, tipicamente urbano, em decorrência da política de erradicação dos cafezais, justificada por uma crise de superprodução. Os novos investimentos industriais, predominantemente urbanos e capitaneados pelo Governo Federal, concomitantes às transformações na estrutura produtiva do campo, deram início a um movimento migratório direcionado à Capital do Estado, que viu consolidado o seu papel não só de sede administrativa do Governo, mas, também, como núcleo de uma aglomeração urbana.

A RMGV é hoje uma metrópole organizada como centro portuário, de base industrial, com processo de concentração fortemente marcado pelas atividades direta e indiretamente relacionadas ao comércio exterior. Vem aprofundando suas funções urbanas, terciárias e industriais, relacionadas ao comércio externo, dinamizando o seu papel na área de influência imediata e ampliando sua abrangência, projetando-se para o interior do país. Possui um diversificado conjunto de vetores fundamentais que estruturam o seu desenvolvimento urbano, e sua área de influência engloba todo o território capixaba, projetando-se por amplas áreas limítrofes do território mineiro e baiano e por fração considerável do território fluminense. Por sediar complexos portuários e importantes plantas industriais, além de sua vocação ao comércio e serviços, a RMGV continua sendo o principal polo ativo do crescimento da economia capixaba, o qual se rebate positivamente sobre inúmeras comunidades do interior do Estado como demandadora de produtos e serviços nelas produzidos¹.

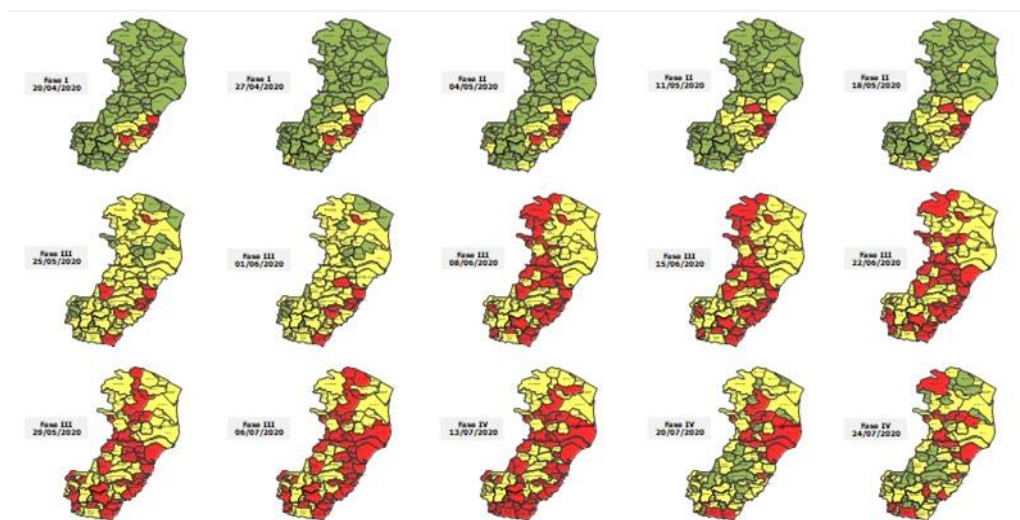
¹ Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da RMGV, vol. 2, Diagnóstico Integrado, Vitória, ES, 2018.

COVID-19 NO ESPÍRITO SANTO E RMGV

No dia 11 de março, a OMS declarou a existência da pandemia de COVID-19. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado no dia 26 de fevereiro. No Espírito Santo a RMGV foi lócus dos primeiros casos de COVID-19, sendo o primeiro caso confirmado e notificado em 29 de fevereiro, no município de Vila Velha. Conforme dados do Painel Covid-19² do Governo do Estado, o Espírito Santo registrou, até o dia 27 de julho, 78.180 casos confirmados, 60.040 casos curados e 2.437 mortes por Covid-19. O índice de letalidade da doença no Estado é de 3,12%, tendo sido realizados 163.961 testes. Na RMGV o número de casos confirmados chegou a 44.673, o número de curados 36.342 e o número de mortes a 1.608. O município com o maior número de casos confirmados é Vila Velha com 11.806, seguido de Vitória com 10.491 casos, Serra com 9.965 e Cariacica com 8.811 casos, todos municípios pertencentes a RMGV, evidenciando a concentração de casos na Região Metropolitana.

Para auxiliar na gestão da pandemia foi elaborado o mapa de gestão do risco (Figura 1) do estado do Espírito Santo, onde é avaliado o risco por município levando em consideração algumas ameaças e vulnerabilidades conforme descrito na Figura 2. Para cada grau de risco foram previstas as medidas restritivas descritas na Figura 3.

Figura 1- Comparativo semanal do Mapa de Gestão de Risco



Fonte: IJSN/Observatório Covid-19, julho 2020


² <https://coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es>. Acesso em 28 de julho de 2020.

Figura 2- Vulnerabilidades e ameaças consideradas no Mapa de Gestão de Risco

AMEAÇA	COEFICIENTE DE ATIVOS DO MUNICÍPIO (CAM) TAXA DE LETALIDADE (LET) ÍNDICE DE ISOLAMENTO (ISO) % DA POPULAÇÃO ACIMA DE 60 ANOS (P60)	EXTREMO CAM > 150% CAE LET ≥ 7% ISO < 25% P60 ≥ 25%	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO EXTREMO
		SEVERO 100% CAE < CAM ≤ 150% CAE LET ≥ 5% < 7% ISO ≥ 25% < 50% P60 ≥ 21% < 25%	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO	RISCO ALTO
		MODERADO 50% CAE < CAM ≤ 100% CAE LET ≥ 3% < 5% ISO ≥ 50% < 75% P60 ≥ 16% < 21%	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
		LEVE CAM ≤ 50% CAE LET < 3% ISO ≥ 75% P60 < 16%	RISCO BAIXO	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO MODERADO
		ADEQUADO (0 ≤ 50%)	ALERTA (> 50% ≤ 80%)	CRÍTICO (> 80 ≤ 90%)	PLANO DE CRISE (> 90%)	
TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS UTI - ESTADO						
VULNERABILIDADE						

Fonte: IJSN/Observatório Covid-19

Figura 3- Medidas restritivas segundo o grau de risco

		FUNCIONAMENTO DE COMÉRCIO E SERVIÇOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO Portaria SESA nº 080-R de 09 de maio de 2020	
RISCO BAIXO	MENOS DE 70.000 HAB	<ul style="list-style-type: none"> 1 cliente por 10 m², Obrigatoriedade de uso de máscaras para funcionários, Distanciamento social em filas, Funcionamento entre 10h e 16h 	Galerias, centros comerciais e shopping centers devem funcionar com 50% (cinquenta por cento) da ocupação (1 pessoa por 14 m ²).
	MAIS DE 70.000 HAB	<ul style="list-style-type: none"> 1 cliente por 10 m², Obrigatoriedade de uso de máscaras para funcionários, Distanciamento social em filas, Dois turnos de funcionamento (regulação municipal) 	
RISCO MODERADO	MENOS DE 70.000 HAB	<ul style="list-style-type: none"> 1 cliente por 10 m², Obrigatoriedade de uso de máscaras para funcionários e clientes Distanciamento social em filas, Funcionamento entre 10h e 16h 	Lojas em galerias, centros comerciais e shopping centers devem funcionar em apenas um turno (manhã ou tarde).
	MAIS DE 70.000 HAB	<ul style="list-style-type: none"> 1 cliente por 10 m², Obrigatoriedade de uso de máscaras para funcionários e clientes Distanciamento social em filas, Dois turnos de funcionamento (regulação municipal) 	
RISCO ALTO		<ul style="list-style-type: none"> 1 cliente por 10 m², Obrigatoriedade de uso de máscaras para funcionários e clientes Medidas de adaptação (art. 8º § 11 da Portaria), Funcionamento alternado (entre 10h e 16h) <ul style="list-style-type: none"> Lojas de produtos de consumo pessoal, tais como vestuário, calçados, cosméticos, perfumarias, acessórios, óticas, artigos esportivos e similares => DIAS PARES do calendário Lojas de produtos de consumo não pessoal, tais como eletrodomésticos e eletrônicos, materiais de construção, lojas de venda de peças automotivas, lojas de venda de veículos automotores, móveis, colchões, cama, mesa e banho, artigos de festas e decoração, artigos de informática, etc. => DIAS ÍMPARES do calendário Fixar ponto(s) de acesso, em local de destaque, os dias e o horário de funcionamento e a lotação máxima do estabelecimento (número absoluto) Possibilidade de comercialização remota, com a retirada pelo cliente de produtos em área externa do estabelecimento ou a entrega de produtos na modalidade <i>delivery</i> (sem limitação de horário nesse caso) Funcionamento em Shopping centers <ul style="list-style-type: none"> Com comercialização remota, Com a retirada pelo cliente de produtos em área externa do centro comercial por meio de veículo no sistema <i>drive thru</i>, Entrega de produtos na modalidade <i>delivery</i>, Não impede o funcionamento de lojas que tenham acesso externo e independente 	
Obs.: Os municípios possuem autonomia para editar normas suplementares com medidas mais restritivas		 Somando forças podemos mais	

Fonte: IJSN/Observatório Covid-19

LEVANTAMENTO DAS MEDIDAS DO PODER PÚBLICO PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19

1 Medidas do Governo do Estado do ES

Desde o anúncio dos primeiros casos suspeitos do Covid-19 no mundo, o Governo do Espírito Santo iniciou uma série de ações para controlar a disseminação da doença no Estado, bem como medidas para a realização de atendimentos a casos suspeitos e confirmados. A primeira medida adotada foi a ativação do Centro de Operações de Emergência (COE)³, coordenado pela Gerência de Vigilância em Saúde (GEVS), para gerenciar as ações de prevenção e controle do novo coronavírus, os membros se reúnem semanalmente para atualizar informações e medidas⁴.

Também foi criado, em 21 de março de 2020, o Centro de Comando e Controle - CCC para enfrentamento da pandemia no estado, sendo o principal meio de articulação do governo do Espírito Santo, onde os representantes dos órgãos, integrantes do CCC, se reúnem para debater políticas públicas que criem soluções para a pandemia.

Serão apresentadas uma série de medidas tomadas pelo governo do Estado do Espírito Santo:

1. Apoio Humanitário e financeiro:

a) Criação do Programa ES Solidário, por meio do Decreto nº 4618-R, de 01 de abril de 2020, tendo como objetivo direcionar as doações arrecadadas pelo Governo. O ES Solidário abriu o cadastro para que as organizações que desenvolvem projetos sociais em áreas vulneráveis e de maior possibilidade de propagação da Covid-19 possam se inscrever para receber as doações e assim repassá-las às famílias mapeadas.

b) Prorrogação de vencimento de contratos com o parcelamento de operações de crédito no Banco do Estado do Espírito Santo (Banestes) para até 180 dias.

c) Disponibilização, pelo Banco de Desenvolvimento do Espírito Santo (Bandes), de linha de crédito para empresas afetadas economicamente.

d) Isenção de juros em serviços de pagamentos de contas e cheque especial no Banestes com vencimento máximo para 30 dias.

e) Congelamento de R\$ 1 bilhão e corte de 15% das despesas do Estado com custeio e com pessoal, com a finalidade de reservar recursos para realizar medidas de combate ao coronavírus. Medida anunciada em 16 de março de 2020.

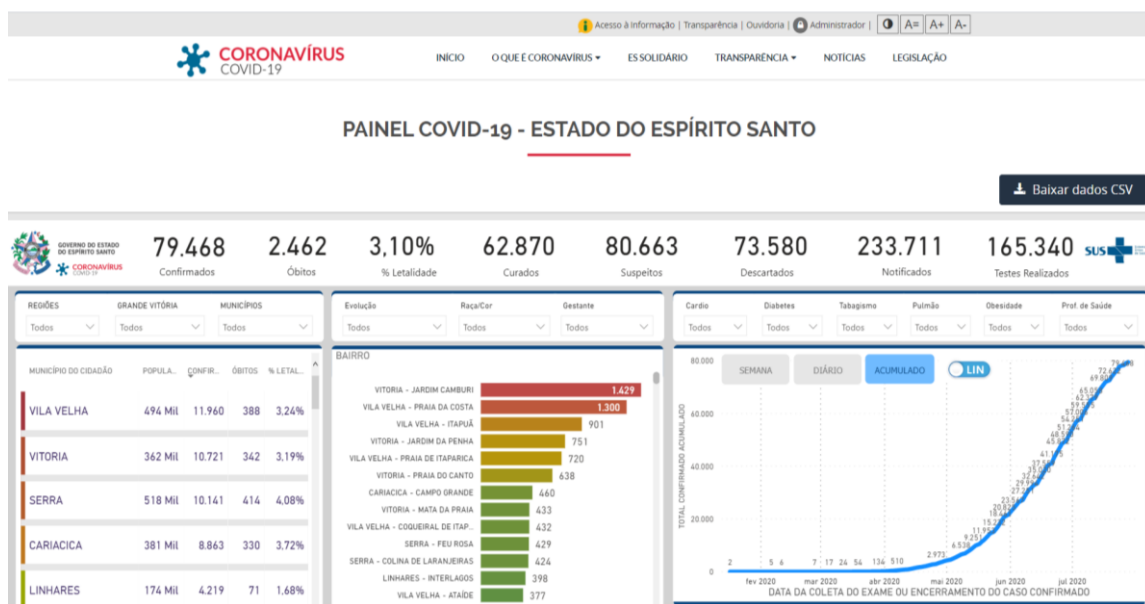
³ Portaria nº 028-R, de 02 de março de 2020.

⁴ <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/governo-decreta-estado-de-emergencia-em-saude-publica-no-espírito-santo>

2. Acesso à informação e transparência:

- a) Publicação do Plano Estadual de Prevenção e Controle do Novo Coronavírus⁵;
- b) Elaboração de Plataforma Digital/Site, Figura 4, para divulgação dos dados da pandemia⁶, contendo, entre outros:
 - b.1. Painel com informações sobre a epidemia no Espírito Santo como os casos notificados, casos descartados, casos em investigação e casos confirmados por município e bairros.
 - b.2. Mapeamento Estadual de risco, instituído pelo Decreto nº 4636-R, de 19 de abril de 2020, na forma da Portaria nº 093-R, de 23 de maio de 2020;
 - b.3. Cartilha contendo estratégias de mapeamento de risco e medidas qualificadas para todo o estado⁷;
 - b.4. Realização e divulgação dos resultados do Inquérito sorológico;
 - b.5. Ocupação de leitos no estado;
 - b.6 Painel público com os dados do índice de isolamento social em cada município do Espírito Santo.

Figura 4- Painel COVID-19 do ES



Fonte: IJSN/Observatório Covid-19

⁵ <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Plano%20Estadual%20de%20Prevencao%20e%20Controle%20da%20COVID-19.27.6.2020.pdf>

⁶ <https://coronavirus.es.gov.br/>

⁷ <https://coronavirus.es.gov.br/Media/Coronavirus/Downloads/Cartilha-COVID19%2025.05.2020.pdf>

c) Criação do Observatório COVID-19⁸ para congregar estudos e pesquisas sobre o tema da situação pandêmica instalada no Espírito Santo, Brasil e mundo, incluindo notas técnicas sobre fluxo de registro dos casos, propagação e projeção da pandemia no Espírito Santo. São elas:

- Boletim Covid-19 Seguro desemprego – Dados da de abril de 2020;
- Boletim Covid-19 Seguro desemprego – Dados da 1º quinzena de maio de 2020;
- Boletim Covid-19 Seguro desemprego – Dados da 2º quinzena de maio de 2020;
- Boletim PNAD COVID-19;
- Nota Técnica NEE nº 01/2020 – Impactos da Covid -19 no mercado de trabalho capixaba;
- Nota Técnica NIEE nº 01/2020 Análise da propagação da pandemia de COVID-19 no estado do Espírito Santo e na conurbação da Grande Vitória a partir de modelos matemáticos;
- Nota Técnica NIEE nº 02/2020 Aplicação de modelos matemáticos no estudo de padrões e tendências da COVID-19 no estado do Espírito Santo e conurbação da Grande Vitória;
- Nota Técnica NIEE nº 03/2020 - Fluxo de registro dos casos do novo coronavírus (COVID-19): considerações sobre métodos matemáticos que amenizam o efeito do *delay* de registros de casos no Espírito Santo;
- Nota Técnica NIEE - nº 04/2020 - Metodologia utilizada para o cálculo do número básico de reprodução do SARS-CoV-2 no estado do Espírito Santo;
- Nota Técnica NIEE - nº 05/2020 Estimativas de casos confirmados e óbitos pela COVID-19 e taxa de transmissão calculada a partir dos resultados da 3ª etapa do inquérito sorológico;
- Nota Técnica NIEE - nº 06/2020 - Metodologia utilizada para estimar o número de casos ativos de Covid-19 no Estado do Espírito Santo.

d) Instituição, por meio do Decreto Nº 4679-R, de 18 de junho de 2020, do Núcleo Interinstitucional de Estudos Epidemiológicos (NIEE) para subsidiar as decisões do poder executivo estadual nas medidas de enfrentamento de emergências em saúde pública. O NIEE é composto pela Secretaria de Estado de Saúde (Sesa), Corpo de Bombeiro da Militar do Espírito Santo (CBMES), Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN) e Laboratório de Epidemiologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob coordenação do IJSN.

3. Acesso a serviços básicos:

a) Isenção do pagamento das contas de água para 25 mil famílias no Espírito Santo para clientes da Cesan enquadrados na categoria “Residencial Social”.

b) Instalação de lavatórios públicos em áreas externas de prédios públicos para reforçar prevenção contra o Covid-19, possibilitando a higienização das pessoas que passam pela região, e também para se apoiar a população em situação de rua, que na maioria das vezes não tem condições de lavar as mãos corretamente.

⁸ <http://www.ijsn.es.gov.br/observatorio-covid-19>

4. Condições de mobilidade:

a) Publicação do Decreto Nº 4631-R, de 16 de abril de 2020, que adota as seguintes medidas na gestão do Transcol, entre outras:

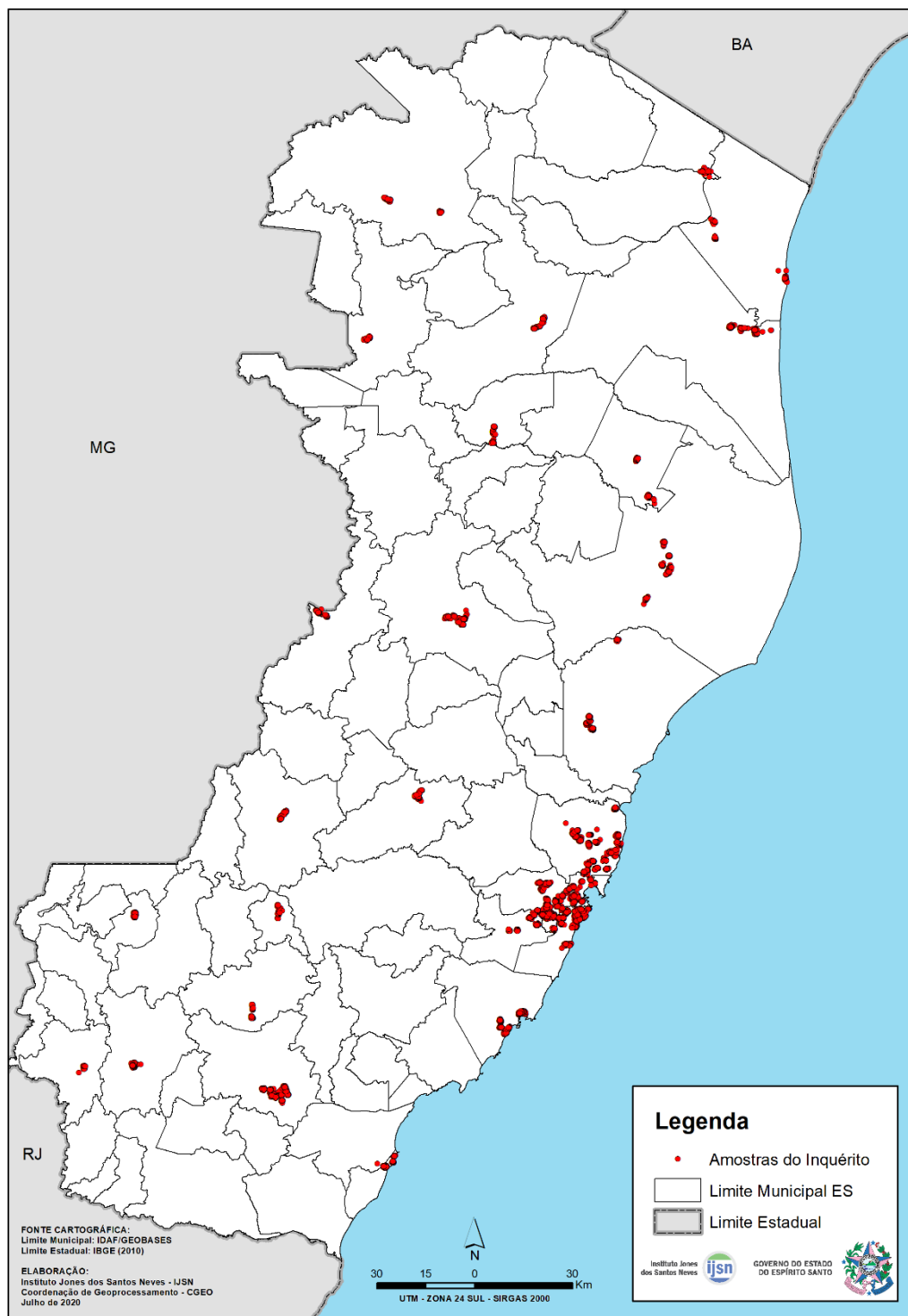
- a.1. Retirada de circulação da frota de ônibus com ar-condicionado do sistema Transcol;
- a.2. Suspensão da utilização do Passe-escolar, em todas suas formas;
- a.3. Prorrogação automática do período de isenção das gratuidades às pessoas com deficiência, por período de 90 (noventa dias) dias;
- a.4. Instalação e manutenção de dispensadores de sabonete líquido nos banheiros dos Terminais de integração do sistema Transcol;
- a.5. Intensificação da limpeza interna dos ônibus do sistema Transcol.

b) Publicação do Decreto Nº 4648-R, de 08 de maio de 2020, que determina a utilização obrigatória de máscaras como medida para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus, para passageiros e tripulação do Serviço Público de Transporte Coletivo Urbano Municipal de Passageiros de Cariacica, Serra e Viana e Intermunicipal Metropolitano de Passageiros da Região Metropolitana da Grande Vitória - Transcol. O uso de máscara é fiscalizado pelas concessionárias do serviço público na saída dos ônibus dos terminais do Transcol, sendo vedado o início da viagem sem que todos os passageiros e a tripulação estejam de máscara. Os Municípios não alcançados pelo disposto deverão adotar providências para exigir o uso obrigatório de máscaras por passageiros e tripulação do serviço público de transporte coletivo urbano.

5. Acesso a serviços de saúde e assistência social

- a) Distribuição de testes rápidos para os 78 municípios do Estado;
- b) Ampliação da capacidade de realização de testes do Laboratório Central de Saúde Pública do ES – LACEN, de 40 para até 1000 testes por dia;
- c) Compra de 50 mil testes da China;
- d) Homologação de laboratórios particulares para realização de diagnóstico de Covid-19;
- e) Contratualização de 452 leitos em hospitais privados – Portaria nº 071-R, de 28 de abril de 2020;
- f) Realização de inquérito de base populacional em 4 etapas, com amostragem realizada em municípios sentinelas com as maiores populações urbanas, e municípios vizinhos, totalizando 27 municípios. Foram realizados mais de 22 mil testes (Figura 5).

Figura 5 Mapa da localização dos domicílios amostrados no inquérito de base populacional do Espírito Santo



Fonte: IJSN/CGEO

6. Militarização de territórios:

- a) Implementação de quatro pontos de fiscalização (barreiras sanitárias) nas principais divisas do Espírito Santo com Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro, em 25 de março de 2020⁹;
- b) Equipes do Corpo de Bombeiros Militar, da Polícia Militar, Guardas Municipais e agentes de fiscalização das Prefeituras da Grande Vitória realizaram ações intensas de fiscalização e conscientização da população em praias, calçadões e áreas comerciais de diversos municípios do Estado, com objetivo de evitar pontos de aglomeração de pessoas e funcionamento irregular de estabelecimentos, durante a pandemia do novo Coronavírus (Covid-19).

7. Gênero (violência contra a mulher):

- a) A Subsecretaria de Políticas para Mulheres reuniu uma lista dos principais canais de serviços de atendimento, dos municípios do estado do ES, em casos de violência e denúncias e disponibilizou no *site* da Secretaria de Estado de Direitos Humanos¹⁰.

2. Medidas das Prefeituras Municipais da RMGV

Prefeitura de Cariacica

1. Planos de ação emergenciais específicos destinados às periferias urbanas e populações vulneráveis

- a) Criação do Comitê de Monitoramento das Ações de Prevenção e Enfrentamento aos Efeitos do Coronavírus (Compecov). Com o objetivo de definir ações para mitigar a possibilidade de proliferação do vírus no município.

2. Apoio humanitário e financeiro

- a) Distribuição dos kits de merenda aos alunos beneficiários do programa Bolsa Família para mais de 21 mil estudantes da rede municipal de ensino de Cariacica que dependem da merenda escolar como parte das refeições diárias¹¹.
- b) Criação da Central de Assistência Social para melhor atender às famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e tiveram a condição agravada em função da pandemia do novo coronavírus (covid-19). Um canal direto com o cidadão para requerer cesta básica emergencial. Com capacidade de atender cerca de 300 ligações por dia¹².

⁹ <https://idaf.es.gov.br/Not%C3%ADcia/idaf-apoia-aco-es-de-controle-sanitario-nas-divisas-do-espírito-santo>

¹⁰ <https://sedh.es.gov.br/Not%C3%ADcia/sedh-lista-servicos-de-atendimento-publico-para-auxiliar-casos-de-violencia-contra-mulher>

¹¹ <https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/68126/coronavirus-prefeitura-inicia-distribuicao-de-mais-de-21-mil-kits-de-merenda-escolar>

¹² <https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/68135/cariacica-cria-central-de-assistencia-social>

3. Acesso à informação / transparência

- a) Disponibilização em *site* de informações detalhadas, em tempo real, de todas as aquisições e contratações realizadas para o enfrentamento da pandemia de novo coronavírus¹³.

4. Acesso a serviços básicos

- a) Limpeza especial reforçada em bairros com casos de coronavírus, em vias em que concentram o comércio, supermercados e farmácias, respectivamente e em praças¹⁴.

5. Condições de mobilidade

- a) Elaboração de folder com Medidas de Redução de Circulação e Aglomeração de Pessoas, com o objetivo de fornecer orientações para prevenção e cuidados em hipermercados, supermercados, minimercados, hortifrúteis, padarias e lojas de conveniência, em decorrência da Covid – 19¹⁵.

6. Acesso a Serviços de saúde e assistência social

- a) Criação de Central de Atendimento, via telefone específico, para os moradores de Cariacica tirarem suas dúvidas sobre a Covid-19¹⁶.

Medidas Prefeitura de Fundão

1. Apoio humanitário e financeiro

- a) Garantia de cesta básica às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, durante o período de situação de emergência decretado no município devido ao novo Coronavírus, atendendo cerca de 100 famílias por semana.¹⁷

2. Acesso a serviços básicos

- a) Higienização de locais públicos, ruas, parada de ônibus, praças, prédios e espaços públicos de maior circulação de pessoas, onde funcionários, protegidos com trajas específicos como luvas, botas e máscaras, pulverizam uma solução de água sanitária, acondicionada em um trator mecanizado.¹⁸

¹³ <https://coronavirus.cariacica.es.gov.br/d/WjBI2l6Wk/painel-covid-cariacica?orgId=1>

¹⁴ <https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/68130/limpeza-especial-reforcada-em-bairros-com-casos-de-coronavirus>

¹⁵ <https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/68054/central-de-atendimento-vai-tirar-duvidas-dos-moradores-sobre-o-coronavirus>

¹⁶ <https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/68054/central-de-atendimento-vai-tirar-duvidas-dos-moradores-sobre-o-coronavirus>

¹⁷ <http://www3.fundao.es.gov.br/Noticia.aspx?id=1170>

¹⁸ <http://www3.fundao.es.gov.br/Noticia.aspx?id=1168>

3. Acesso a serviços de saúde e assistência social

- a) Enquete promovida pela Secretaria Municipal de Saúde de Fundão para que pessoas em sofrimento psíquico nesse momento de isolamento social possam entrar em contato e obter apoio psicológico¹⁹.

Medidas Prefeitura de Guarapari

1. Apoio humanitário e financeiro

- a) Cadastramento, via telefone, de famílias para entrega de cestas básicas para beneficiar aqueles em situação de vulnerabilidade social, em decorrência da pandemia do novo coronavírus²⁰.

2. Acesso à informação / transparência

- a) Disponibilização de Informações oficiais e gerais sobre o coronavírus no município²¹.

3. Acesso a serviços básicos

- a) Desinfecção de locais públicos, tais como pontos de ônibus, praças, bancos, casas lotéricas, unidades de saúde, UPA, HIFA, Delegacia de Polícia Civil, Batalhão Policia Militar entre outros locais com grande circulação de pessoas²².

4. Acesso a serviços de saúde e assistência social

- a) Ação de higiene e orientação a pessoas em situação de rua, com o objetivo de ampliar o alcance de um serviço já oferecido no Centro POP. Esta ação visa oportunizar, com maior regularidade e amplitude, a higienização de pessoas que se encontram em situação de rua estão²³.

Medidas Prefeitura de Serra

1. Apoio humanitário e financeiro

- a) Distribuição de mais de 380 mil kits e cestas de alimentos para a população do município. Esse número representa a soma dos kits contendo máscaras e produtos de

¹⁹ <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc4BYQs8eUeGVal-9IEQ0AVvKupYwI6iDiKVUGmKEJZMTShQ/viewform>

²⁰ <https://www.guarapari.es.gov.br/noticia/ler/591/prefeitura-inicia-novo-cadastramento-para-recebimento-de-cestas-basicas-fique-atento-aos-novos-requisitos-e-os-novos-telefones-de-cada-cras>

²¹ <https://www.guarapari.es.gov.br/pagina/ler/2145/coronavirus-covid-19>

²² <https://www.guarapari.es.gov.br/noticia/ler/615/locais-publicos-de-guarapari-recebem-aco-es-de-desinfeccao>

²³ <https://www.guarapari.es.gov.br/noticia/ler/543/coronavirus-prefeitura-de-guarapari-promove-acao-de-higiene-e-orientacao-a-pessoas-em-situacao-de-rua>

higiene e limpeza, kits de merenda escolar e cestas básicas de alimentos, equipamentos de proteção individual, entre outros itens²⁴.

- b) Auxílio para as pessoas em situação de rua se cadastrarem para receber o auxílio emergencial do Governo Federal, realizado por meio da Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas)²⁵.
- c) Distribuição de 20 mil kits merenda a estudantes matriculados na rede municipal de ensino pertencentes a famílias de baixa renda inscritas no Programa Bolsa Família, do Governo Federal, por meio do Cadastro Único (CadÚnico)²⁶.
- d) Distribuição de máscaras e kits de limpeza para a população.

2. Acesso à informação / transparência

- a) Disponibilização de canal de informação sobre a COVID-19 junto ao *site* da prefeitura. O canal garante notícias e espaço para o cidadão entrar em contato.²⁷

3. Acesso a serviços básicos

- a) Ação de limpeza de ruas e no entorno das Unidades de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (Upas), supermercados, farmácias e postos de combustível.²⁸
- b) Instalação de túneis de desinfecção para a população em vários pontos da cidade contra o novo coronavírus. O pequeno túnel possui um sensor de presença que aciona borrifadores em seu interior e libera uma substância desinfetante chamada Atomic 70. São sete túneis na cidade: três nas UPAs, três nos terminais de ônibus, além de uma unidade itinerante que circula nos bairros²⁹.

4. Condições de moradia e abrigo

- a) Hospedagem solidária em hotel, um acolhimento feito pelo município para idosos e pessoas com deficiência para atender pessoas com 60 anos ou mais, ou com algum tipo de deficiência, que se encontram em vulnerabilidade domiciliar e que testaram positivo para o novo coronavírus. Cerca de 300 pessoas poderão ser beneficiadas com o serviço ao longo de seis meses. Inicialmente são disponibilizadas 30 vagas para o isolamento social no hotel, com a possibilidade de ampliação do serviço³⁰.

5. Condições de mobilidade

- a) Instalação de túneis de desinfecção nos terminais de ônibus.

²⁴ <http://www.serra.es.gov.br:8080/site/publicacao/prefeitura-da-serra-distribui-mais-de-100-mil-kits-no-combate-o-coronavirus>

²⁵ <http://www.serra.es.gov.br:8080/site/publicacao/80-acolhidos-nos-abrigos-do-municipio-ja-receberam-o-auxilio-emergencial-apos-orientacao-da-prefeitura>

²⁶ <http://www.serra.es.gov.br:8080/site/publicacao/prefeitura-da-serra-distribui-mais-de-100-mil-kits-no-combate-o-coronavirus>

²⁷ <http://www.serra.es.gov.br:8080/site/publicacao/prefeitura-da-serra-distribui-mais-de-100-mil-kits-no-combate-o-coronavirus/secretaria/COVID-19>

²⁸ <http://www.serra.es.gov.br/noticias/serra-inicia-lavagem-das-ruas-para-combater-o-coronavirus>

²⁹ <http://www.serra.es.gov.br/noticias/prefeitura-da-serra-instala-tuneis-de-desinfeccao>

³⁰ <http://www.serra.es.gov.br:8080/site/publicacao/serra-vai-acolher-idosos-em-hotel-durante-a-quarentena>

5.6. Acesso a Serviços de saúde e assistência social

- a) Realização de testes rápidos para cuidadores de asilos, além de kits de higiene e limpeza.

Medidas Prefeitura de Viana

1. Apoio humanitário e financeiro

- a) Entrega de cestas básicas para as famílias em situação de pobreza e aquelas acompanhadas nos Centros de Referência Social (CRAS)³¹.
- b) A realização de compra da produção da agricultura familiar, que era restrita à merenda escolar, foi ampliada para compra de cestas básicas destinadas às famílias mais carentes da cidade. O objetivo da Compra Direta de Alimentos é fortalecer a agricultura familiar municipal e atender as demandas das famílias vulneráveis³².
- c) Distribuição de kits de alimentação da Educação para atender as 3.880 famílias cadastradas no programa Bolsa Família em Viana e que possui filhos matriculados na rede de ensino. Os kits são produzidos parte com recursos do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e parte de doações de empresas da cidade.

2. Acesso a serviços básicos

- a) Realização de limpeza das ruas que recebem as feiras municipais, ruas das unidades de saúde e abrigos de ônibus, com o objetivo de combater o novo coronavírus³³.

Medidas Prefeitura de Vila Velha

1. Apoio humanitário e financeiro

- a) Ação de distribuição de cestas básicas para ajudar famílias dos alunos do Programa Forças no Esporte a enfrentar a pandemia³⁴.
- b) Distribuição de alimentos aos alunos que dependem da merenda escolar, como principal fonte de alimentação, com o objetivo de garantir que estes não fiquem desassistidos durante o período de isolamento social recomendado³⁵.
- c) Entrega de cestas básicas a famílias em situação de vulnerabilidade social³⁶

³¹ <http://www.viana.es.gov.br/site/publicacao/assistencia-realiza-entrega-de-cestas-basicas-para-familias-em-vulnerabilidade-social>

³² <http://www.viana.es.gov.br/site/publicacao/com-suspensao-das-aulas-prefeitura-garante-compra-da-producao-da-agricultura-familiar-para-familias-carentes>

³³ <http://www.viana.es.gov.br/site/publicacao/prefeitura-inicia-desinfeccao-das-ruas-que-recebem-as-feiras-municipais>

³⁴ <https://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2020/04/programa-forcas-no-esporte-da-marinha-distribui-165-cestas-basicas-2974>

³⁵ <https://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2020/03/coronavirus-prefeitura-distribuiu-merenda-para-20-mil-alunos-de-baixa-renda-29602>

2. Acesso à informação / transparência

- a) Disponibilização de Central de informações e orientações sobre o Covid-19³⁷.

3. Acesso a serviços básicos

- a) Combate a Covid-19 por meio das desinfecções de ruas, avenidas e equipamentos públicos³⁸.
- b) Instalação de pias portáteis em feiras livres para feirantes e comerciantes³⁹.

4. Condições de mobilidade

- a) Estabelecimento de medidas a serem adotadas por funcionários da empresa concessionária de transporte público, tais como afastamento obrigatório do grupo de risco, para o auto-confinamento e cuidados médicos. Proibição da utilização do passe escolar no período em que as aulas estão suspensas. Circulação dos ônibus com passageiros, de preferência, sentados, além de observar para que as janelas estejam sempre abertas ao longo das viagens. Outro item importante a ser monitorado, se refere aos cuidados com a higiene pessoal dos operadores e pessoal de garagem, bem como a limpeza e desinfecção dos veículos. O objetivo das recomendações é garantir a preservação da saúde dos usuários e dos operadores do Sistema Municipal de Transporte Coletivo de Vila Velha, bem como dos funcionários da empresa concessionária direta e indiretamente envolvidos na operação⁴⁰.

5. Acesso a serviços de saúde e assistência social

- a) Orienta as pessoas em situação de rua na prevenção do Covid-19, além do atendimento no Centro Especializado (Centro Pop)⁴¹.

6. Gênero (violência contra mulher):

- a) Atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica via telefone⁴²

³⁶ <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/coronavirus-secretaria-de-assistencia-social-distribui-mais-618-cestas-basicas-40558>

³⁷ <https://www.vilavelha.es.gov.br/coronavirus>

³⁸ <https://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2020/06/ruas-calcadas-e-equipamentos-publicos-sao-lavados-e-recebem-desinfeccao-30904>

³⁹ <https://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2020/03/coronavirus-pias-portateis-sao-instaladas-pela-prefeitura-nas-feiras-livres-29551>

⁴⁰ <https://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2020/03/coronavirus-pmvv-notifica-empresa-de-onibus-sobre-prevencao-29553>

⁴¹ <https://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2020/03/coronavirus-pessoas-em-situacao-de-rua-sao-orientadas-sobre-prevencao-29577>

⁴² <https://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2020/04/coronavirus-atendimento-telefonico-a-mulheres-vitimas-de-violencia-29637>

Medidas Prefeitura de Vitória

1. Planos de ação emergenciais específicos destinados às periferias urbanas e populações vulneráveis
 - a) Elaboração de um plano com sistematização de todas as ações que estão sendo desenvolvidas no município de Vitória para a contenção da pandemia da COVID-19 e mitigação dos impactos socioeconômicos decorrentes dela⁴³.
2. Espaços de participação social para acompanhar a pandemia
3. Apoio humanitário e financeiro
4. Acesso à informação / transparência
 - a) Elaboração de hotsite com todas as informações referentes à pandemia, apresentando ações no combate a Covid-19, boletins epidemiológicos, campanhas, perguntas e respostas, transparência e medidas adotadas, além do acesso ao 156 Online⁴⁴.
 - b) Disponibilização, por meio do aplicativo WhatsApp, um canal de comunicação direta com os moradores da capital, de notícias e informações sobre as ações de combate e prevenção ao novo coronavírus⁴⁵.
 - c) Elaboração de vídeos e cartilhas com informações sobre Covid-19 disponibilizados no *site* da Prefeitura⁴⁶.
5. Acesso a serviços básicos
 - a) Intensificação de lavagens e de higienizações em vários pontos da cidade como a higienização em becos, escadarias e postos de saúde⁴⁷.
6. Condições de moradia e abrigo
 - a) Criação do Centro de Quarentena para abrigar pessoas, moradoras da cidade de Vitória, em situação de vulnerabilidade social, que estejam contaminadas com a Covid-19 e não conseguem fazer o isolamento social. Como idosos acamados que precisam de cuidados, população em situação de rua, pessoas com deficiência ou pessoas que vivem em domicílios com alta densidade de moradores⁴⁸.

⁴³ https://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20200529_planodeenfrentamentocovid.pdf?1592498035

⁴⁴ <https://www.vitoria.es.gov.br/coronavirus>

⁴⁵ <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/coronavirus-pmv-cria-whatsapp-para-divulgar-noticias-a-moradores-40956>

⁴⁶ <https://www.vitoria.es.gov.br/coronavirus/pecas-publicitaria>

⁴⁷ <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/coronavirus-trabalho-de-higienizacao-em-becos-escadarias-e-postos-de-saude-40698>

⁴⁸ <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/vitoria-tera-centro-de-quarentena-para-pessoas-em-vulnerabilidade-com-covid-19-40970>

7. Condições de mobilidade

a) Realização da higienização dos transportes públicos municipais⁴⁹.

8. Acesso a serviços de saúde e assistência social

a) Distribuição de máscaras e orientações as pessoas sobre isolamento social para conscientização sobre o perigo da contaminação ao Covid-19⁵⁰.

b) Adoção de novas estratégias aos trabalhos voltados à população de rua, tais como garantia de higienização, alimentação e prestação de orientação sobre os cuidados às pessoas em situação de rua⁵¹.

9. Gênero (violência contra mulher):

a) Campanha “#Conectadas e Protegidas”, que visa alertar a população sobre a importância de denunciar a violência contra a mulher, principalmente, neste período de isolamento social⁵².

⁴⁹ <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/coronavirus-vitoria-tem-reforco-na-higienizacao-dos-onibus-municipais-40153>

⁵⁰ <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/coronavirus-acao-de-distribuicao-de-mascaras-e-orientacao-para-ficar-em-casa-40916>

⁵¹ <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/coronavirus-novas-estrategias-para-atender-e-orientar-populacao-de-rua-40200>

⁵² <https://m.vitoria.es.gov.br/noticia/coronavirus-campanha-orienta-mulher-a-denunciar-violencia-e-buscar-apoio-40896>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste documento teve por objetivo elencar as medidas de enfrentamento à COVID-19 tomadas pelo Governo do Estado do Espírito Santo e Prefeituras da Região Metropolitana da Grande Vitória, ele se somará a outros levantamentos realizados por uma rede de fóruns nacionais para compor o Dossiê Nacional “As Metrôpoles e a COVID-19”. Este dossiê nacional dará visibilidade a todas as medidas tomadas e permitirá o seu acompanhamento, bem como identificará as possíveis omissões e/ou violações de direitos e seus impactos sobre os territórios populares.

No Espírito Santo, é notório que existem inúmeras medidas de prevenção à disseminação da Covid-19 realizadas pelo poder público, nas esferas estadual e municipal, para enfrentar esse momento novo e difícil para toda a humanidade. São ações que mobilizam os governos para ajudar a salvar vidas, abrangem desde a cooperação científica, transparência e gestão de risco, até fiscalização e apoio financeiro. Dessa forma, é esperado amenizar os impactos sociais e econômicos que a pandemia provoca no Estado do Espírito Santo e nos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória.

Contudo, as medidas aqui apresentadas restringiram-se àquelas disponíveis em sites das instituições de governo estadual e municipal podendo haver inúmeras outras aqui não identificadas, sendo necessária uma pesquisa junto aos órgãos de governo para ampliar e aprofundar as medidas que vêm sendo tomadas.

Ainda, considerando que a pandemia ainda está ativa, novas ações estão sendo gestadas, bem como segue o acompanhamento das medidas efetivadas até o momento presente. Desse modo, o presente relatório é um retrato, um relato instantâneo que pode sofrer alterações conforme o quadro da análise se modifica, ensejando novas respostas.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da RMGV, vol. 2, Diagnóstico Integrado, Vitória, ES, 2018.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. <https://sedh.es.gov.br>

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. <https://sesa.es.gov.br>

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA. <https://www.cariacica.es.gov.br>

PREFEITURA MUNICIPAL DE FUNDÃO. <http://www3.fundao.es.gov.br>

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAPARI. <https://www.guarapari.es.gov.br>

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA. <http://www.serra.es.gov.br>

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA. <http://www.viana.es.gov.br>

PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA. <https://www.vilavelha.es.gov.br>

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. <https://www.vitoria.es.gov.br>