

O Dia em que a Terra Parou: a vida nas metrópoles em tempos de isolamento e distanciamento social

The Day the Earth Stopped: life in the metropolis in times of isolation and social distance

El Día que la Tierra se Detuvo: vida en la metrópoli en tiempos de aislamiento y distancia social

Douglas Gallo

Professor Mestre, IFSP, Brasil
Doutorando em Urbanismo, FAU/PROURB/UFRJ, Brasil
douglas.luciano@yahoo.com.br

Wanderson da Silva Augusto

Administrador, INESP, Brasil
Tecnólogo em Gestão de Recursos Humanos, Brasil
wsacontatos@gmail.com

Valéria Cristina Lopes Gallo

Enfermeira CHC/UFPR, Brasil
Mestranda em Enfermagem (profissional), UFPR, Brasil.
valeria.gallo@hotmail.com



RESUMO

O objetivo deste artigo foi refletir sobre as implicações urbanas e para o planejamento das cidades da pandemia COVID-19. O mundo vê emergir uma pandemia como não observada na última geração. A grande mobilidade atual disseminou o vírus rapidamente e as medidas para tentar conter o contágio têm causado fortes impactos econômicos e sociais, mas também ambientais, políticos e urbanos. A sociedade humana é fundamental e predominantemente urbana, e as projeções apontam para uma acentuação da urbanização e suas consequências. O texto faz uma discussão sobre a relação das epidemias e as cidades, discutindo questões de densidade, infraestrutura urbana e vulnerabilidades no enfrentamento de crises sanitárias. Foram abordadas implicações urbanas e problemas novos ou agravados com a emergência sanitária, tais como: moradia, espaços públicos urbanos, trabalho e ensino a distância, infraestrutura urbana, adaptabilidade humana e repercussões ambientais. Finalizamos com uma reflexão sobre os impactos humanos no planeta e como o distanciamento e isolamento social tem evidenciado e questionado a própria condição humana.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento urbano. Covid-19. Saúde urbana.

ABSTRACT

This study aimed to reflect on the urban implications and the implications for city planning in the COVID-19 pandemic. The world sees a pandemic emerging as not seen in the last generation. The current great mobility spread the virus quickly and the measures to try to contain the contagion have caused strong economic and social impacts, but also environmental, political and urban impacts. Human society is fundamentally and predominantly urban society, and projections show an increase in urbanization and its consequences. The text discusses the relationship between epidemics and cities, discussing issues of density, urban infrastructure and vulnerabilities in facing health crises. Urban implications and new or aggravated problems with the sanitary emergency were addressed, such as: housing, urban public spaces, distance work and learning, human adaptability and environmental repercussions. We end with a reflection on the human impacts on the planet and how the social distancing and social isolation has highlighted and questioned the human condition itself.

KEYWORDS: Urban Planning. Covid-19. Urban health.

RESUMEN

El propósito de este artículo era reflexionar sobre las implicaciones urbanas y la para la planificación de las ciudades de la pandemia COVID-19. El mundo ve emerger una pandemia que no se vio en la última generación. La gran movilidad actual propagó el virus rápidamente y las medidas para tratar de contener el contagio han causado fuertes impactos económicos y sociales, pero también impactos ambientales, políticos y urbanos. La sociedad humana es fundamental y predominantemente urbana, y las proyecciones apuntan a un aumento de la urbanización y sus consecuencias. El texto discute la relación entre epidemias y ciudades, discute temas de densidad, infraestructura urbana y vulnerabilidades para enfrentar crisis de salud. Se abordaron las implicaciones urbanas y los problemas nuevos o agravados con la emergencia sanitaria, tales como: vivienda, espacios públicos urbanos, trabajo y educación a distancia, infraestructura urbana, adaptabilidad humana y repercusiones ambientales. Concluimos con una reflexión sobre los impactos humanos en el planeta y como la distancia y el aislamiento social han resaltado y cuestionado la propia condición humana.

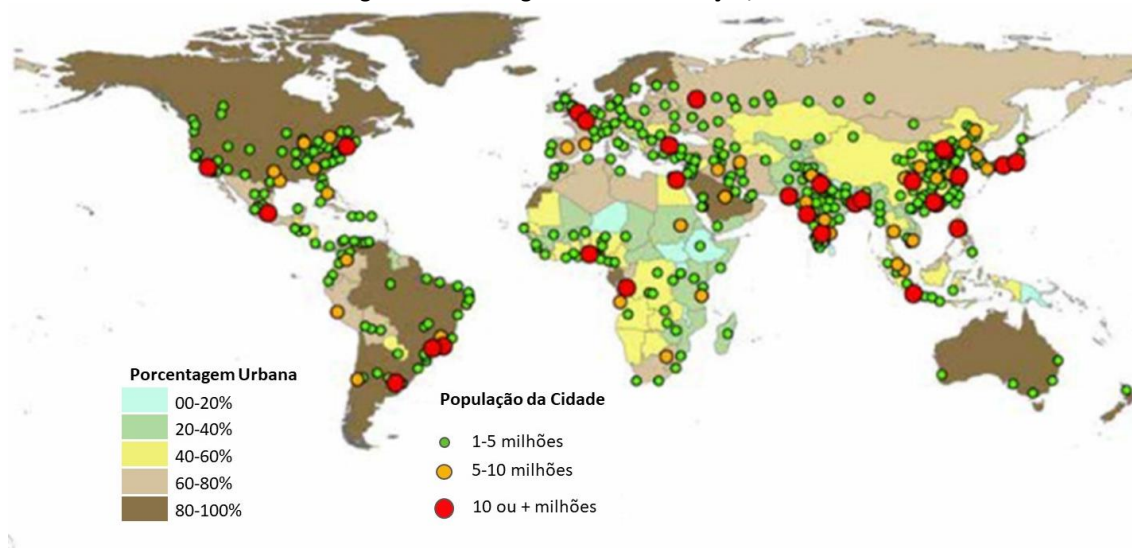
PALABRAS CLAVE: Planificación urbana. Covid-19. Salud urbana.

INTRODUÇÃO

No início de 2020, o mundo se viu confrontado com a pandemia COVID-19, uma infecção respiratória aguda potencialmente grave causada pelo vírus SARS-CoV-2. Esta pandemia vem desencadeando impactos inéditos na história humana, especialmente pela velocidade de disseminação e alcance global. Os impactos, de médio e longo alcance, não têm sido apenas de ordem sanitária e epidemiológica, mas na sociedade como um todo, envolvendo setores como educação, economia, política e cultura, e impactando diretamente nas cidades. A declaração oficial de pandemia ocorreu em 11 de março de 2020, pela OMS (BEECHING, FLETCHER e FOWLER, 2020). A indagação que nos orienta é sobre o impacto que a pandemia COVID-19 pode ter sobre o planejamento e a gestão urbanas.

A urbanização é um fenômeno global e irreversível (Figura 1), de acordo com especialistas, em 23 de maio de 2007, a população mundial urbana ultrapassou a rural, calculava-se que 3.303.992.253 encontravam-se em cidades, contra 3.303.866.404 vivendo no campo. Em 2018, 55% da população mundial (4,2 bilhões de pessoas) já viviam em centros urbanos e até 2050, estima-se que mais 2,5 bilhões de pessoas terão fixado residência em cidades, quase duplicando a população urbana, tornando a urbanização uma das maiores tendências do século XXI (UN-Habitat, 2019).

Figura 1: Padrões globais de urbanização, 2015



Fonte: UN-Habitat, 2016

Viver na cidade é uma realidade complexa e rica em experiências e encontros, encontro com o diferente, o diverso, o estranho (SENNETT, 2014). Com o aumento da urbanização e advento da vida metropolitana (grandes cidades), como padrão da modernidade, diferentes autores refletiram sobre os reflexos dessa urbanidade na vida humana, como a figura do *flâneur*



(BAUDELAIRE, 1996) e a atitude *blasé* (SIMMEL, 1967). O grande diferencial desta vida urbana, especialmente nas grandes cidades, é o anonimato e a diversidade, de pessoas e culturas. A concentração e densidade urbana são características essenciais para a vitalidade e urbanidade, porém, em tempos de pandemia, traz questionamentos importantes.

O urbano, como realidade e objeto de estudo, em sua dimensão e complexidade, tem sua discussão ampliada e enriquecida com as contribuições de diferentes áreas, para além da disciplina do urbanismo (LEME, 2003). Diversas leituras podem ser feitas da cidade: como um discurso pela semiologia (SANTAELLA, 2016); como manifestação de práticas culturais e mercadológicas (SARLO, 2014; HERCE, 2015); como processo histórico (ARGAN, 2015; BRESCIANI, 2018); como espaço de produção e reprodução capitalista (CARLOS et al, 2015; HARVEY, 2005); ou como palco para conflitos sociais e sociabilidades (HARVEY, 2014; FRÚGOLI JUNIOR, 2007). A multiplicidade de olhares enriquece e valoriza as análises do fenômeno urbano (BRESCIANI, 2018), a estas abordagens, há a necessidade de adicionar a discussão sobre a dimensão humana das cidades (JACOBS, 2009; GEHL, 2012, 2018).

Dentro dessa realidade urbana, complexa e irreversível e em meio a uma crise sanitária mundial, o presente artigo objetiva refletir sobre as implicações que a pandemia COVID-19 têm sobre as cidades, especialmente considerando os espaços públicos e planejamento urbano.

1. PANDEMIAS E CIDADES

Grandes cidades, densas, interativas e conectadas parecem ser o campo perfeito para a disseminação de epidemias ou pandemias. A proximidade social presente nos ambientes urbanos ao mesmo tempo que facilita a disseminação de doenças infectocontagiosas, também dificultam seu enfrentamento e resposta (LING, 2020).

De acordo com Li, Richmond e Roehner (2018), não há apenas uma relação entre a escala da densidade populacional e o tamanho de epidemias de influenza, por exemplo, mas também um profundo impacto na evolução das epidemias e na recuperação pós surtos, em aglomerações urbanas, quanto maior sua densidade. Os dados sugerem que quanto maior a densidade populacional, tanto maior será a gravidade da epidemia e sua mortalidade (mesmo que a correlação no estudo tenha sido fraca, foi claramente definida). A falta de imunidade nas populações, aliada a uma alta densidade populacional são responsáveis por picos de casos grandes e estreitos, levando ao colapso dos sistemas de saúde.

Alguns estudos sugerem que a densidade não teria muito efeito, porém são realizados comparando países e não cidades, o que pode mascarar diferenças importantes, uma vez que o território de um país abrange diferenças enormes de densidade populacional, entre cidades, e territórios urbanos e rurais. A densidade em si não determina a facilidade com que uma infecção se espalha, os problemas surgem quando as populações se tornam tão densas a ponto de causar superlotação. A superlotação está normalmente relacionada a reduções na qualidade de vida e precariedade de saneamento básico, elevando a taxa de transmissão nestas áreas.

Ao estudar o sarampo, Tarwater (1999) demonstrou resultados que sustentam a ideia de que o número de novos casos infecciosos estaria relacionado à distribuição de contatos suscetíveis, demonstrando grandes diferenças em populações com densidades diferentes. O termo “contato com indivíduos suscetíveis” significa um contato suficiente entre duas pessoas para que a doença passe de uma pessoa infecciosa para uma pessoa suscetível. Ao explorar a relação entre a densidade populacional, dada uma taxa de imunidade de rebanho¹ na população, considerando os contatos suscetíveis, o estudo mostrou grandes diferenças nas medidas epidêmicas entre populações com densidades diferentes.

As relações entre urbanismo e cidades são conhecidas de longa data (GALLO e BESSA, 2018), e em diversos momentos históricos as cidades se viram flageladas por epidemias (Quadro 1), especialmente na Europa Medieval, mas também no período pós-industrial, desenvolvendo-se um tipo de urbanismo reformista, chamado de sanitarista (GONÇALVES, 2014; MELLO, 2014). No Brasil, diversos planos urbanos surgiram para melhorar a salubridade do espaços urbano (Figura 2), destacando-se neste cenário a reforma urbana realizada no Rio de Janeiro por Pereira Passos e o Plano de Avenidas para São Paulo, de Prestes Maia, além de diversos planos e projetos do engenheiro Saturnino de Brito (ANELLI, 2007; MÜLLER, 2002; BERTONI, 2015; TOCHETTO, 2015).

Quadro 1: Grandes epidemias urbanas

Epidemia	Data	Vítimas fatais
Peste de Justiniano	Séc. VI (541)	25 a 50 milhões
Peste Negra (Bulbônica)	Séc. XIV (1343)	75 a 200 milhões
Peste Russa	Séc. XIX (1889)	1,5 milhão
Gripe Espanhola	Séc. XX (1918)	50 a 100 milhões
Gripe Asiática	Séc. XX (1957)	2 milhões
Gripe de Hong Kong	Séc. XX (1968)	3 milhões
SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave)	Séc. XXI (2003)	774
Gripe Aviária*	Séc. XXI (2004)	300
Gripe H1N1 (Gripe Suína)	Séc. XXI (2009)	284 mil
MERS (Síndrome Respiratória do Oriente Médio)	Séc. XXI (2012)	858
Covid-19**	Séc. XXI (2020)	320 mil

* O número de óbitos foi muito inferior aos demais surtos, mas mesmo assim, para frear a proliferação foram mortos 1,5 milhão de aves

** número de mortes aproximado até o fechamento do artigo.

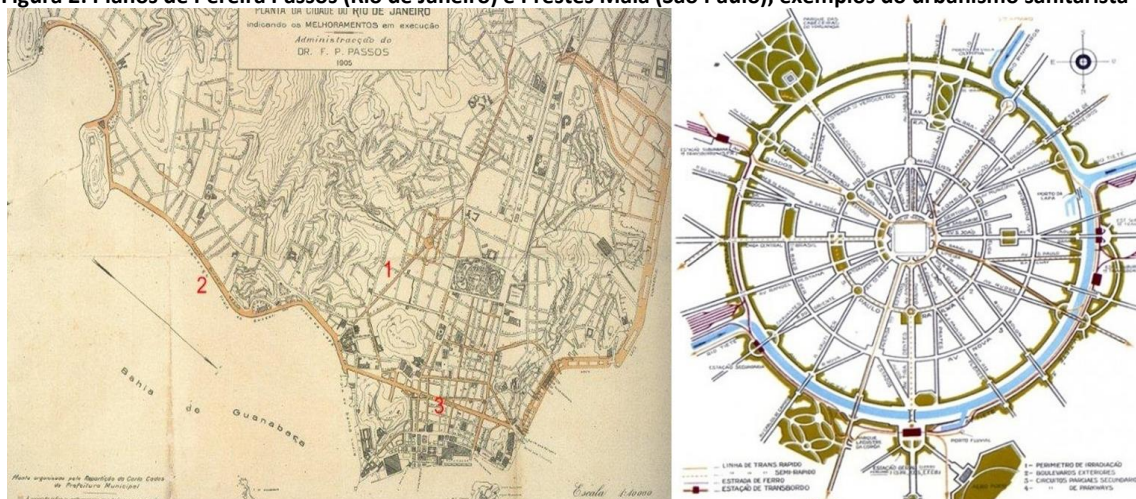
A disseminação de epidemias no espaço urbano, em territórios densos como assentamentos informais (favelas) e moradias coletivas, como os cortiços, podem justificar políticas de eliminação desses espaços e retiradas de populações carentes de seu habitat e de áreas valorizadas da cidade. Durante a primeira metade do século XIX violentas epidemias de cólera e febre amarela flagelaram o Novo e o Velho Mundo, enquanto o Brasil ostentava a reputação de salubridade, ficando livre das duas epidemias mais aterrorizantes da História. Porém, no verão

¹ Imunidade de rebanho ou imunidade coletiva é a resistência de um grupo ou população à introdução e disseminação de um agente infeccioso. Isso ocorre quando existir na população uma elevada proporção de pessoas vacinadas.



de 1849-1850 a febre amarela é reintroduzida no Brasil, reaparecendo regularmente, até que no final do século são exterminados os cortiços na cidade do Rio de Janeiro, com o propósito de promover a salubridade urbana (BENCHIMOL, 1994; CHALHOUB, 2017).

Figura 2: Planos de Pereira Passos (Rio de Janeiro) e Prestes Maia (São Paulo), exemplos do urbanismo sanitartista



Fonte: Portal Arquitetonico, 2018; Anelli, 2007

Assentamentos informais, como as favelas nos países do sul global, como o Brasil, tem uma vulnerabilidade econômica muito grande, o que torna qualquer resposta a pandemias, como a COVID-19, um desafio ao reconhecimento da sobrevivência desses segmentos da população urbana (CORBURN *et al*, 2020).

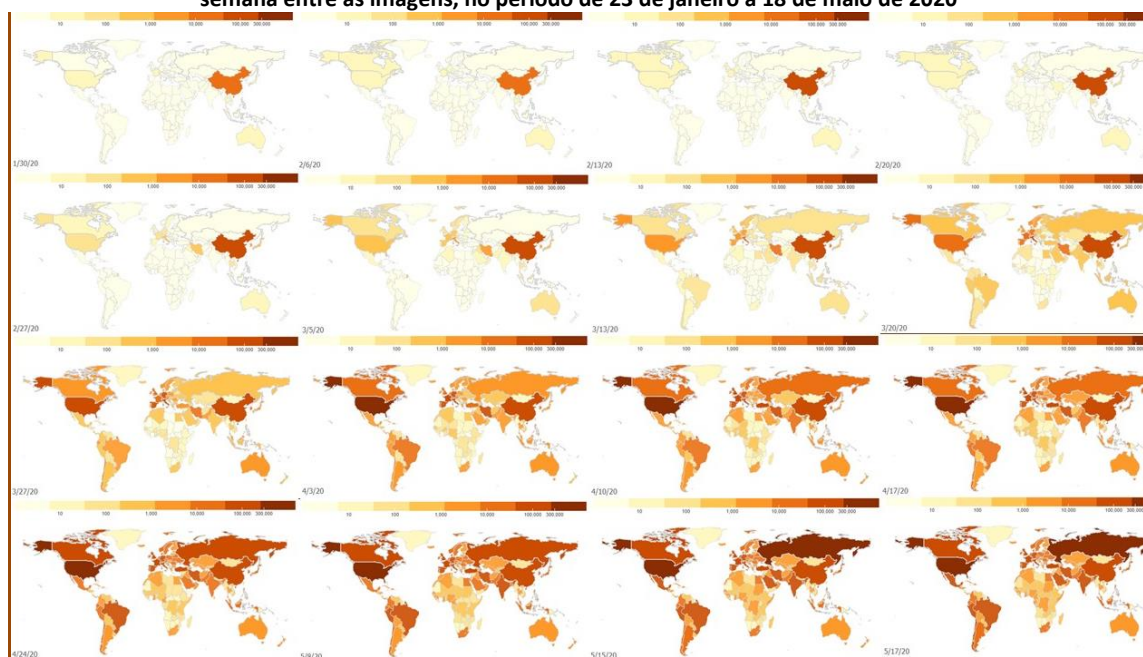
2. COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada de 44 casos de pneumonia de etiologia microbiana desconhecida associada à cidade de Wuhan, província de Hubei/China, em 31 de dezembro de 2019. A maioria dos pacientes relatou uma ligação com um grande mercado de frutos do mar e animais vivos (Mercado de frutos do mar da China do Huanan). A OMS anunciou que um novo coronavírus havia sido detectado em amostras colhidas nesses pacientes, já em 07 de janeiro de 2020 as autoridades chinesas o identificaram, e os testes de laboratório descartaram ser o coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV), da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS)-CoV, da influenza, da influenza aviária e outros patógenos respiratórios comuns. Quando sua sequência genética foi desvendada, observou-se 70% de semelhança com o agente causador do SARS – Síndrome Respiratória aguda Grave – (SARS-CoV), porém menos letal, embora com um contágio maior.

Desde então, o surto aumentou rapidamente, com a OMS declarando uma emergência de saúde pública de interesse internacional em 30 de janeiro de 2020 e depois declarando-a, formalmente como uma pandemia em 11 de março de 2020 (Figura 3). O surto se espalhou rapidamente de uma única cidade na China para toda a região e para todo o país em apenas 30 dias. O número de casos e mortes superou o número de casos registrados no surto de 2002-2003 de síndromes

respiratórias agudas graves (SARS). Para efeito de comparação a SARS, considerada até então a mais séria doença contagiosa dos últimos tempos, havia matado 774 pessoas e contaminado 8.096 pessoas globalmente. A COVID-19 havia apresentado 118.326 casos, quando a pandemia foi relatada, em 11 de março de 2020.

Figura 3: Evolução do número total de casos por país, casos cumulativos apresentados com intervalo de uma semana entre as imagens, no período de 23 de janeiro a 18 de maio de 2020



Fonte: Johns Hopkins University, 2020

Obs.: quanto mais escuro maior a concentração de casos notificados

Atualmente², dois meses e uma semana após a declaração da pandemia, e quatro meses e 20 dias após os primeiros casos notificados³ à OMS, o mundo contabiliza pouco mais de 4.893.000 casos confirmados e quase 323 mil mortes registradas (Figura 4). Estima-se que os números sejam bem maiores, tendo em vista a dificuldade de testagem em larga escala da população e as subnotificações, especialmente em países com sistemas de saúde menos estruturados. Mesmo em países mais desenvolvidos ocorrem subnotificações, como nos países que contabilizam apenas as mortes ocorridas em hospitais, em outros há a dificuldade de conseguir os testes para realizar a testagem em massa, ou apresentam problemas de logística e interpretação de testes, evidenciando fragilidades e vulnerabilidades em seus sistemas de saúde frente a uma emergência e crise sanitária como esta.

² Dados atualizados para 19 de maio de 2020, para entrega do artigo, de acordo com o prazo do evento.

³ No momento dessa escrita, se investiga que o vírus já estivesse circulando pelo menos desde outubro ou novembro de 2019.

No Brasil, de acordo com o Conasems e Conass (2020), o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro, um homem de 61 anos, residente em São Paulo e que contraiu o coronavírus em viagem à Itália. O primeiro óbito ocorreu 20 dias depois, em 17 de março, vítima também do sexo masculino, com 62 anos e comorbidades (diabetes e hipertensão), que estava internado na UTI de um hospital particular da capital paulistana, este, sem histórico de viagem ao exterior, confirmando a transmissão comunitária. Após sessenta e dois dias do primeiro óbito, o país já registrava aproximadamente 18 mil vítimas fatais e mais de 270 mil casos confirmados⁴ (Figura 5 e 6). Não se pode perder de vista que o país é um dos que menos testam, restringindo-se a testar os pacientes hospitalizados e os mais graves (RODRIGUEZ-MORALES *et al*, 2020). A partir de então, novos casos são divulgados diariamente em todos os estados brasileiros, diversas cidades vêm adotando medidas restritivas para tentar garantir o distanciamento social e diminuir a contaminação, achatando, assim, a curva epidêmica e procurando ganhar tempo para estruturar seu sistema de saúde, evitando o colapso.

Figura 4: Representação cartográfica da de COVI-19: casos confirmados acumulados, casos ativos, taxa de incidência e taxa de mortalidade

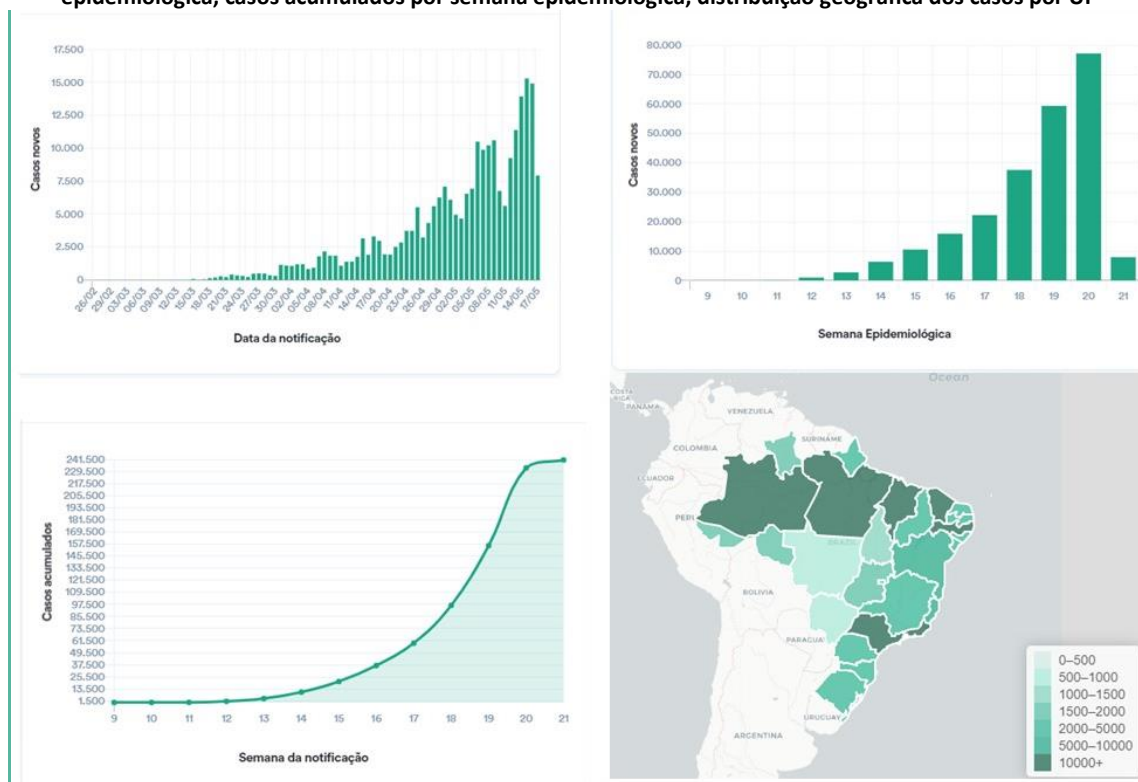


Fonte: Johns Hopkins University, 2020

Obs.: Vermelho – total de casos confirmados; Salmão – Total de casos ativos; Amarelo – taxa de incidência; Branco – Taxa de mortalidade

⁴ Dados consolidados até 19 de maio de 2020.

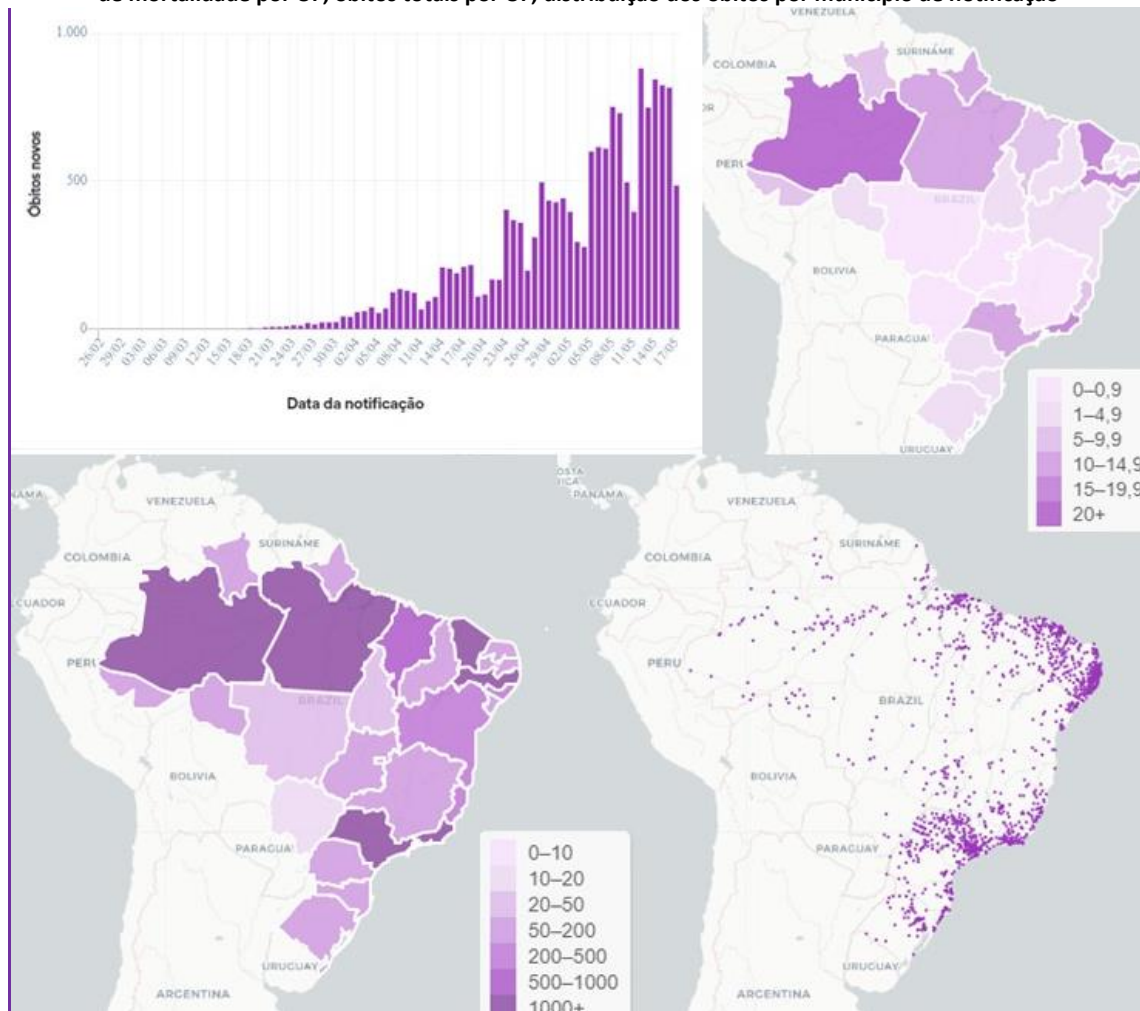
Figura 5: Evolução dos casos confirmados de COVID-19: casos novos por data; casos novos por semana epidemiológica; casos acumulados por semana epidemiológica; distribuição geográfica dos casos por UF



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2020

A OMS recomenda, insistentemente, a adoção de medidas preventivas, em especial a higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social e para as pessoas contaminadas pelo vírus, orienta-se o isolamento social, a fim de reduzir a taxa de infecção e o número de casos graves que precisam de intervenção hospitalar. Estas medidas auxiliam na redução do aumento rápido de casos, permitindo a possibilidade de preparo para enfrentamento pelos sistemas de saúde (BEECHING, FLETCHER e FOWLER, 2020).

Figura 6: Evolução temporal dos óbitos por COVID-19 – mortalidade: óbitos por data de notificação; coeficiente de mortalidade por UF; óbitos totais por UF; distribuição dos óbitos por município de notificação



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2020

3. VULNERABILIDADES URBANAS

Em países com grandes desigualdades sociais, como no caso brasileiro (Quadro 2), e diversos outros países do sul global, os impactos de uma pandemia como a COVID-19 e das medidas instituídas de isolamento e quarentena, somam-se as iniquidades sanitárias já instituídas historicamente, fragilizando ainda mais a população em situação de vulnerabilidade (CORBURN *et al*, 2020; BARATA, 2001; OPAS, 2008).

Estas desigualdades se refletem também no aumento da vulnerabilidade das populações. De acordo com Porto (2012), o tema da vulnerabilidade e a chave para uma análise integrada e contextualizada dos riscos, por ser um conceito polissêmico e amplamente conhecido e utilizado em diferentes disciplinas e áreas de conhecimento, tem o potencial de desenvolver uma

perspectiva transdisciplinar. A vulnerabilidade e os processos de vulnerabilização compreende que sob contextos vulneráveis, determinados territórios e populações possuem ciclos de perigo intensificados. A Figura 7, sintetiza um estudo da Fiocruz, apresentando as regiões com maior vulnerabilidade durante a pandemia COVID-19.

Quadro 2: Relação das nações mais desiguais do mundo, segundo o coeficiente de Gini e IDH, 2017

	País	Continente	Coeficiente Gini	IDH	Posição IDH
1º	África do Sul	África	63,0	0,705	113º
2º	Namíbia	África	59,1	0,645	130º
3º	Zâmbia	África	57,1	0,591	143º
4º	República Centro-Africana	África	56,2	0,381	188º
5º	Lesoto	África	54,2	0,518	164º
6º	Moçambique	África	54,0	0,446	180º
7º	Brasil	América do Sul	53,3	0,761	79º
8º	Botsuana	África	53,4	0,728	94º
9º	Suazilândia	África	51,5	0,608	138º
10º	Santa Lúcia	América Central	51,2	0,745	89º

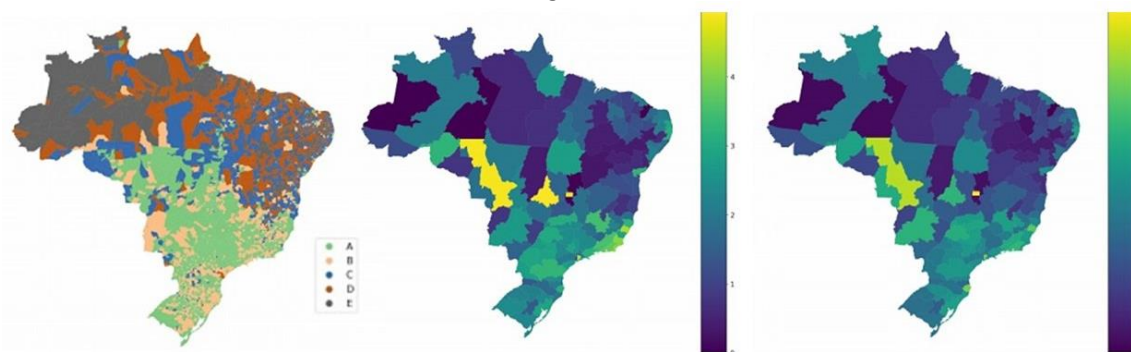
Moradias irregulares, assentamentos informais, famílias inteiras vivendo em espaços reduzidos, sem saneamento básico e infraestrutura mínima para uma moradia digna, é a realidade de grande parte da população brasileira. No Brasil os assentamentos irregulares recebem diversos nomes: favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, loteamentos irregulares, mocambos, palafitas etc. Segundo o IBGE, 6% da população brasileira reside em favelas, num total de 6.329 aglomerados subnormais espalhados por 323 municípios. Embora 6% possa parecer um número baixo, equivale a 11.425.644 pessoas, equivalendo a 5,5% do total de municípios brasileiros, ou 3.224.529 de residências (IBGE, 2016). Importante ressaltar que estas são partes da cidade, territórios que demandam políticas públicas especiais.

4. IMPLICAÇÕES URBANAS

Um das implicações mais imediatas e preocupantes de uma crise sanitária e econômica como a que se vive com a COVID-19 está relacionada às moradias precárias (Figura 8). Corburn *et al* (2020), reconhecem que em favelas urbanas, a atividade econômica informal e as microempresas são fontes econômicas importantes e que qualquer resposta à COVID-19 deveria equilibrar o bem-estar econômico e a mitigação da epidemia. Os moradores de assentamentos urbanos informais, normalmente dependem de fortes conexões sociais para sobreviver, dependendo do trabalho diário para a própria alimentação, utilização de crédito de um vendedor local ou prestadores de cuidados infantis confiáveis, apenas para citar alguns. Desta forma, medidas de auxílio a esta população vulnerável deveriam ser adotadas pelos governos. Outro aspecto relevante é o do distanciamento social, em residências com espaços mínimos, sem ventilação e condições ambientais mínimas de conforto, como essa população poderia fazer um isolamento e distanciamento adequado? Nestes assentamentos, como o espaço intradomiciliar muitas vezes é limitado e densamente ocupado, o “espaço público” torna-se

fortemente ocupado, servindo de área de lazer e estar, dificultando ainda mais o distanciamento necessário. Em áreas mais carentes e densas, doenças infectocontagiosas tendem a proliferar de forma mais rápida (PEREIRA *et al*, 2018; LI, RICHMOND e ROEHNER, 2018; LING, 2020; TARWATER, 1999).

Figura 7: Classificação da vulnerabilidade de municípios brasileiros à COVID-19: Classes de vulnerabilidade social; indicador do número de leitos de UTI; e indicador do número de respiradores por 10.000 habitantes em cada macrorregião de saúde



Fonte: FIOCRUZ, 2020

Figura 8: Assentamentos informais e condições de vida precárias no Sul Global



Fonte: UN-HABITAT, 2020

No entanto, devemos tomar cuidado com discursos e narrativas que fortalecem estereótipos desses territórios, pois muitas vezes são utilizados para legitimar políticas públicas discriminatórias, de afastamento e desterritorialização dos mais pobres e/ou vulneráveis, ou mesmo como forma correta de saneamento físico e moral (MARICATO, 2011; CHALHOUB, 2017). Um aspecto particular que merece atenção é a relação dos habitantes das cidades com os espaços públicos. Há tempo que observava-se um esvaziamento desses espaços nas cidades contemporâneas, decorrentes do medo e insegurança, do fechamento e enclausuramento dos espaços, mas também de uma privatização desses espaços, sendo a esfera pública colonizada pela privada (SILVA, 2011).

As cidades e seus espaços públicos esvaziados, os parques fechados em muitas cidades, a proibição de aglomerações e eventos públicos, são situações que provocam sentimentos, angústias, desolamento. A característica mais marcante das cidades, como espaço de encontro,

civilidade e urbanidade, tem sido questionada (SENNETT, 2014; BAUMAN, 2001; CALLIARI, 2018; GEHL, 2013).

Militamos por espaços urbanos mais humanos, vivos, afeitos aos encontros, e neste momento os pouco que existem, as calçadas e praças, parques e largos, esvaziados (Figura 8) nos mostram como o importante nas cidades é a dimensão humana (GEHL, 2013, 2018). Cenas que nos remetem ao filme “Ensaio sobre a cegueira”, dirigido por Fernando Meirelles em 2008, e ao romance homônimo de Jose Saramago, de 1995.

Figura 9: Imagens das vias esvaziadas em São Paulo, Brasil, relembram cenas do filme "Ensaio sobre a Cegueira", primeira imagem



Fonte: Google images, 2020

Um problema recorrente no Brasil, mas que também se evidencia em outros países, é a politização da pandemia, uma questão sanitária, global e que deveria conglomerar todos os esforços em prol de uma solução comum, tem sido objeto de disputas com fins eleitorais, polarizando ainda mais a opinião e as políticas públicas.

Por outro lado, evidenciou-se a incrível capacidade de adaptação dos seres humanos, o “*home office*” a educação à distância, e todas as desafios que trouxeram, de ordem social, econômica e tecnológica, evidenciaram grande adaptabilidade da população. Porém, novamente os mais vulneráveis são os mais prejudicados, evidencia-se as desigualdades históricas. Como trabalhar ou estudar em casa, quando a moradia muitas vezes não oferece condições minimamente dignas (BRASIL, 2013). Quando há diversos membros da família dividindo o mesmo espaço, quando a infraestrutura é precária, não se tem acesso à internet, ou a banda larga não suporta a sobrecarga de todos utilizando ao mesmo tempo? Se falta computador para realizar essas tarefas e o número de brasileiros com acesso a internet corresponde a menos da metade da população, 49,8% ou 102,1 milhões de pessoas (IBGE, 2016).

Outros aspectos positivos foram, a solidariedade e o resgate da humanidade, que pode ser sentida e observada em ações sociais e no sentimento de falta de contato social, ainda que existam pessoas mal intencionadas, empresas subindo o preço de gêneros de primeira necessidade, como higiene e alimentação. Em relação à questão ambiental, as cidades apresentaram queda na poluição atmosférica, e diminuição dos engarrafamentos, os famosos canais de Veneza, na Itália, sem turistas ficaram com águas mais claras e nítida.

Em São Paulo, por exemplo, dados mostram que a concentração máxima de monóxido de carbono foi de 1,0 ppm (partes por milhão) na estação de aferição da Marginal Tietê – Ponte dos Remédios, contra padrão de 9 ppm. Em Calcutá, Índia, um estudo encontrou variação

significativa nos níveis de dióxido de carbono pré-pandemia e durante o bloqueio realizado na cidade com fechamento completo de indústrias, transportes, mercados, shoppings, obras etc. (MITRA *et al*, 2020). Não é novidade que as ações antrópicas e a forma como o ser humano tem modificado seu habitat são responsáveis por diversas alterações climáticas e ambientais, o que o isolamento social e a quarentena instituída em tantas cidades nos faz pensar, é quão bom para o planeta pode ser um distanciamento do humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Questionamo-nos: “será que a sociedade como a conhecemos não é a origem das crises sanitárias, sociais, ecológicas e econômicas?”

As crises que estão se instaurando na atualidade deve nos fazer refletir, especialmente sobre o modo como pensamos, projetamos e planejamos nossas cidades, afinal, é o nosso habitat por excelência. Falamos em crise pois o que se observa é primeiramente uma crise de saúde, e a preservação da vida, como primeiro e fundamental direito humano deve ser resguardada. Mas junto se instaura a crise econômica, decorrente da diminuição do PIB, mas que deve ser questionada, até que ponto o desenvolvimento deve estar atrelado sempre e exclusivamente ao crescimento? Nunca à redistribuição? Esse questionamento é importante, pois o discurso em voga atualmente é o da falácia do desenvolvimento sustentável, e dizemos falácia, porque o desenvolvimento, tal como é concebido hoje, baseado numa sociedade de consumidores e na acumulação sem fim, nunca será sustentável.

Podemos pensar em tantas outras crises, novas ou revividas com a pandemia, a crise laboral, com a diminuição e precarização do trabalho assalariado, está não é nova, mas tomará forte impulso. O trabalho e a educação a distância vêm tornar o trabalhado fiel “escravo” do serviço, disponível 24 horas, 7 dias na semana, pelo celular e pelas reuniões virtuais. A educação, especialmente a particular tornando-se cada vez mais uma mercadoria. A crise político-partidária, a crise ecológica e ambiental, a crise do homem público e da urbanidade, a crise da moradia e dos direitos urbanos, a crise existencial de uma sociedade que busca seu rumo, num mundo cada vez mais conectado, urbanizado, empilhado e entulhado (favelas, prisões), cada nova doença infecciosa que surge, salta para humanos (vulnerabilidades aumentam).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANELLI, R. Redes de mobilidade e urbanismo em São Paulo. Das radiais/perimetrais do Plano de Avenidas à malha direcional PUB. **Arquitextos**, 07(082.00), 2007. Disponível em: <<https://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/07.082/259>>, acesso em 15 abr. 2020.

ARGAN, G. C. **História da arte como história da cidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, 51: 138-145, 2001.

- BAUDELAIRE, C. O poeta da vida moderna. In: BAUDELAIRE, C. **Sobre a modernidade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1996.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001
- BEECHING, N. J.; FLETCHER, T. E.; FOWLER, R. **BMJ Best practice COVID-19: The right clinical information, right where it's needed**. Genebra: World Health Organization, 2020.
- BENCHIMOL, J. L. História da febre amarela no Brasil. **Hist. Cienc. Saúde-Mang.**, 1(1): 121-124, 1994.
- BERTONI, A. A engenharia sanitária a serviço do urbanismo: a contribuição de Saturnino de Brito e Victor da Silva Freire para a construção dos saberes urbanos. **RISCO – Rev. Pesq. Arq. Urb.**, 22: 74-83, 2015.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Direito à moradia adequada**. Brasília: Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2013.
- BRESCIANI, S. **Da cidade e do urbano: experiências, sensibilidades, projetos**. São Paulo: Alameda, 2018.
- CALLIARI, M. **Espaço público e urbanidade em São Paulo**. São Paulo: Bei Comunicação, 2018.
- CARLOS, A. F. A. et al. **A cidade como negócio**. São Paulo: Contexto, 2015.
- CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na rede de atenção à saúde**. Brasília: CONASEMS/CONASS, 2020.
- FRÚGOLI JUNIOR, H. **Sociabilidade urbana**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- GALLO, D.; BESSA, E.R.A.S. Saúde e espaço urbano: a promoção de cidades mais saudáveis e sustentáveis. **Rev. Nac. Ger. Cid.**, 6(38): 29-43, 2018.
- GEHL, J. **Cidades para pessoas**. São Paulo: Perspectivas, 2013.
- GEHL, J. **Vida nas cidades: como estudar**. São Paulo: Perspectivas, 2018.
- GONÇALVES, R. F. **Utopias, ficções e realidades na metrópole pós-industrial**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.
- HARVEY, D. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005.
- HARVEY, D. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
- HERCE, M. **O negócio da cidade: evolução e perspectivas da cidade contemporânea**. Rio de Janeiro: MauadX/Inverde, 2015.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- JACOBS, J. **Morte e vida de grandes cidades**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- LEME, M. C. S. Os desafios do urbanismo no Brasil: ensino e profissão. In: MACHADO, D. B. P.; PEREIRA, M. S.; SILVA, R. C. M. **Urbanismo em questão**. Rio de Janeiro: UFRJ/PROURB, 2003.

- LI, R.; RICHMOND, P.; ROEHNER, B. M. Effect of population density on epidemics. **Physica A**, 510: 713-724, 2018.
- LING, A. Epidemias: o fracasso das cidades? **Archdaily**. 2020. Disponível em:
<<https://www.archdaily.com.br/br/935986/epidemias-o-fracasso-das-cidades>>, acesso em 15 abr. 2020.
- MARICATO, E. **Brasil, cidades**: alternativas para a crise urbana. Petrópolis: Vozes, 2011.
- MELO, J. A. F. **Cidade&Saúde**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.
- MITRA, A. *et al.* Impact of COVID-19 related shutdown on atmospheric carbon dioxide level in the city of Kolkata. **PJSE**, 6(3): 84-92, 2020.
- MÜLLER, G. R. R. **A influência do urbanismo sanitário na transformação do espaço urbano em Florianópolis**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.
- OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil** – relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Brasília: OPAS/OMS, 2008.
- PORTO, M. F. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integramos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- RODRIGUEZ-MARALEZ, A. *et al.* COVID-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil. **Travel Med. Infect. Dis.**, 101613: s/p, 2020.
- SANTAELLA, L. **Cidades inteligentes**: por que, para quem? São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.
- SARLO, B. **A cidade vista**: mercadorias e cultura urbana. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
- SENNETT, R. **O declínio do homem público**: as tiranias da intimidade. Rio de Janeiro: Record, 2014.
- SILVA, F. F. A. **Novas subjetividades subalternas na cidade**: cultura, comunicação e espacialidade. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.
- SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio Guilherme (org.). **O fenômeno urbano**. Rio de Janeiro: 1967.
- TARWATER, P. M. The effects of population density on the spread of disease. **Texas Medical Center Dissertations**, 1999.
- TOCHETTO, D.; FERRAZ, C. O urbanismo de Saturnino de Brito e as ressonâncias provocadas. **RISCO – Rev. Pesq. Arq. Urb.**, 22: 84-101, 2015.
- UN-HABITAT. **Urbanization and development**: emerging futures. World cities report 2016. Nairobi: United Nations Settlements Programme, 2016.
- UN-HABITAT. **Nova agenda urbana**. Quito: Organização das Nações Unidas, 2019.