

Políticas públicas e vulnerabilidades habitacionais face à pandemia COVID 19

Maria das Graças Silva

Mestranda em Cidades Inteligentes e Sustentáveis, Universidade Nove de Julho Uninove, Brasil
gracaprimea@gmail.com

Amarilis Lucia Castelli Figueiredo Gallardo

Professora do Programa de Mestrado em Cidades Inteligentes e Sustentáveis Universidade Nove de Julho – Uninove, Brasil
Professora Associada do Departamento de Engenharia Hidráulica e Ambiental da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo – USP, Brasil
amarilislcfgallardo@gmail.com

RESUMO

Na história da humanidade ocorreram episódios marcados pelo alastramento de doenças, vitimizando populações em escala global. Apesar do avanço do tempo e das tecnologias, repetem-se as situações de incerteza e insegurança, problemas de gestão e controle da situação pandêmica, associadas à corrida pela busca de suas causas e para obtenção de sua cura. A pandemia pode terminar, mas a vulnerabilidade e os problemas de saúde, bem estar e habitação persistirão, caso não ocorram avanços na governança e gestão das políticas públicas e setoriais, envolvendo o gerenciamento de serviços e infraestrutura urbana. Soma-se ao fato a morosidade para a efetivação de planos, projetos e programas nacionais, bem como das pactuações internacionais estabelecidas para a promoção da qualidade de vida. Esse trabalho analisa aspectos sobre políticas públicas, vulnerabilidades socioeconômicas e habitacionais considerando o contexto da pandemia COVID 19; por meio de pesquisa qualitativa de caráter explicativo.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas; Pandemia; vulnerabilidade; habitação.

INTRODUÇÃO

Em 2019 o planeta se viu assolado por mais uma pandemia que gerou uma corrida contra o tempo na busca do entendimento sobre o vírus causador e sua cura. Simultaneamente surgiram desafios para o enfrentamento de sua disseminação, frente ao descontrole sobre o número de infectados e mortos. Essa situação surreal foi agravada em vários países pela precariedade das condições de vida de cidadãos vulnerabilizados.

Os vazios assistenciais de saúde e assistência sanitária, habitacionais e sociais, evidenciaram vulnerabilidades que dificultam o cumprimento dos protocolos de prevenção instaurados pelos órgãos governamentais, como higienização pessoal e isolamento social. A desigualdade é parte do sistema capitalista, e gera vulnerabilidades e riscos sociais. Esses riscos e vulnerabilidades devem ser considerados como resultados dessa desigualdade, demandando ações para além da esfera das políticas sociais. (SILVA; YASBEK; GIOVANNI, 2011).

No Brasil, o período pandêmico pode ter desnudado a limitação do poder público em lidar com as diversas desigualdades que desencadeiam essas vulnerabilidades, principalmente aquelas relacionadas à habitação e aspectos socioeconômicos, apesar da legislação que aborde o tema. Nesse contexto destaca-se a Lei Federal 1025/01 de 10 de julho de 2001 – Estatuto da Cidade, cujo Art. 2º - Item I, em que descreve “a garantia do direito a cidades sustentáveis, entendido como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações de modo a promover e assegurar infraestrutura para todos os cidadãos”.

A compreensão sobre os conceitos de vulnerabilidade, ocupação urbana e saúde é fundamental para fomentar, propor e embasar mudanças estruturais no planejamento e na gestão de recursos nos territórios, regiões e municípios, impulsionando ações para o alcance de melhor qualidade de vida à população. Promover cidades saudáveis aos seus moradores é um desafio complexo que demanda esforço multidisciplinar, que extrapola as competências atualmente atribuídas ao setor de saúde no Brasil. (FAZERSTAJN; VERAS; SALDIVA, 2016). Portanto, o enfrentamento aos problemas de saúde pública envolve aspectos de intersetorialidade de políticas públicas, principalmente as habitacionais e suas respectivas situações de vulnerabilidade e desigualdade socioeconômica.

Para a promoção do desenvolvimento, considerados os desafios da sustentabilidade é imperativo avaliar os impactos sobre os recursos naturais e à saúde, por todo o ciclo de vida das linhas de produção, serviços e produtos das empresas. Padrões produtivos mais sustentáveis e em harmonia com a proteção ambiental e o bem-estar social tem como pressuposto uma postura responsável do ponto de vista social. Nesse contexto espera-se que as partes interessadas, como

governo, acionista, comunidade, cliente, fornecedor e consumidor, deem relevância ao desafio de conciliar desenvolvimento econômico e preservação do ambiente e da saúde humana, induzindo a conscientização do setor produtivo para que percebam a inviabilidade da abordagem dissociada das questões sociais, ambientais e econômicas. (BARBOSA; BARATA; HACON, 2012).

OBJETIVOS

Considerando o exposto, o presente estudo objetivou analisar aspectos sobre políticas públicas, intersetorialidade, vulnerabilidade e a ocupação territorial nas cidades, face ao grave problema de saúde pública, o fenômeno da pandemia COVID 19 em áreas urbanas no país; com ênfase na discussão de políticas públicas envolvidas no processo do acesso aos direitos do cidadão e consequente redução de riscos e vulnerabilidades.

METODOLOGIA/MÉTODO DE ANÁLISE

A pesquisa qualitativa visa à descrição, compreensão e interpretação do fenômeno em estudo. (GODOY, 1995). O presente estudo de caso analisa e interpreta a temática por meio de pesquisa qualitativa de caráter explicativo com ênfase e conformidade aos seguintes temas respectivamente: fundamentação teórica, ênfase na legislação vigente sobre o tema; políticas públicas e intersetorialidade entre as mesmas; discussão sobre a pandemia COVID 19, definições e histórico; habitação, vulnerabilidade considerando desigualdade e situação de risco; metodologia e gestão utilizada pelos órgãos governamentais durante a pandemia; finalizando com a conclusão, considerações finais.

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) promulgada em 1948: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. De acordo com Artigo XXV *dessa declaração*: “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”.

Esse artigo trata de eventos atuais, como a pandemia COVID 19, circunstância sob a qual não se tem efetivo controle; doença que afetou a economia mundial, aumentando os índices de desemprego, e requer estudos sobre suas causas, consequências e sobre a possibilidade de intervenção curativa e preventiva, por meio de vacinação e ainda sobre seu processo de cura.

Em 1992, a ONU firmou compromisso com vários países para o atendimento das necessidades básicas humanas, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). A discussão ambiental alça um papel de protagonista no processo de globalização, influenciando, inclusive a concepção do retrato da globalização planetária. (PÁDUA, 2010).

Compete destacar à luz da pandemia, a Agenda Global de 2015, com metas estabelecidas até 2030, por meio de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), lançados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Desses ODS, cabe mencionar especificamente a interface com o ODS número 3 – “Saúde e bem estar; assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” e o ODS número 11- “Cidade e Comunidades Sustentáveis; tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis”. Compete aos

governos de cada país por meio da administração, ações e políticas públicas assegurar os direitos e condições de vida as respectivas nações e o cumprimento dessas metas.

Em 2016 o Brasil enquanto signatário da ONU criou a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável com assessoria técnica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Segundo essa comissão, a proposta é de 2030 garantir à população acesso a moradia digna, adequada e a preço acessível aos serviços básicos com isso também urbanizar os assentamentos precários, em cumprimento das metas contidas no Plano Nacional de Habitação, com atenção especial para aqueles grupos em situação de vulnerabilidade.

A Constituição Federal de 1.988 é marco histórico de garantia de direitos e deveres do Estado. Conforme seu art.6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. Em seu desdobramento a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 destaca em: Art. 2º. ” A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; Art. 3º__ “A saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Nesse contexto também se destacam, quanto à promoção de qualidade de vida e bem estar de seus habitantes as normativas do Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental, implementado pelo Ministério da Saúde para ações de identificação de alterações e demais condições ou fatores para possível prevenção de riscos que possam interferir na saúde, e a Lei nº 10.257 de julho de 2001- Estatuto da Cidade que regulamenta a política urbana conforme os arts. 182º e 183º da Constituição Federal de 1988, considerando a ordenação e uso territorial, funções e interesses sociais da cidade e o equilíbrio ambiental. A associação entre o meio ambiente e o padrão de saúde de uma população estabelece área de conhecimento definida como “saúde ambiental” ou “saúde e ambiente” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1.998).

Conforme o Portal Institucional – CDHU 2020 em 1949, no Estado de São Paulo já havia a Companhia Estadual de Casas Populares – CECAP, depois denominada Companhia de Desenvolvimento Habitacional do Estado de São Paulo – CODES PAULO, Companhia de Desenvolvimento Habitacional – CDH e atual Companhia do Desenvolvimento Habitacional e Urbano – CDHU, para a aquisição de casas populares por famílias de baixa renda, restrita ao seu Estado de criação.

A política habitacional no Brasil foi fomentada em nível nacional à partir da criação do Banco Nacional de Habitação (BNH), em 1964, para financiar moradia por meio das Companhias Habitacionais (COHAB’s), sob gestão municipal, considerando critérios de renda, cujo aumento incorreu na falta de adesão ao processo e inadimplência de pagamentos, findando em 1986. A Caixa Econômica Federal financia a aquisição de imóveis, desde 2009 por meio do Programa Minha Casa Minha Vida com finalidade de atender a demanda de moradias por famílias de baixa renda.

A Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica da Assistência Social em seu Art. 1º destaca: “ - A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas compõe o

tripé da seguridade – saúde – educação e assistência social, por meio da qual é possível repasse financeiro para o cidadão nos casos de extrema pobreza e vulnerabilidade, à exemplo de recursos para pagamento de aluguéis sociais ou contratação de serviços de acolhimento e caso de desabrigoamento”.

RESULTADOS

Para compreender as relações entre saúde, bem estar e ambiente, demanda o entendimento da evolução das questões ambientais e o processo histórico das comunidades, buscando-se identificar em nível local aspectos positivos e negativos gerados entre as pessoas e o ambiente, bem como a introdução de políticas e esforços de situações de risco, e das ações desencadeadas para enfrentamento dessa complexa problemática urbana identificada (RADICCHI; LEMOS, 2009).

Como promover saúde num contexto configurado oficialmente como pandêmico, apresentando o espaço urbano, sérios problemas habitacionais, sanitários, considerando as desigualdades e vulnerabilidades socioeconômicas?

A problemática envolve políticas públicas e sua intersetorialidade, não podendo uma única área, como a saúde, concentrar e ser totalmente resolutive mediante a abrangência e complexidade das estruturas sociais e ambientais formados. A intersetorialidade remete à articulação entre as políticas públicas por meio de ações conjuntas e coordenadas destinadas à proteção social e inclusão. A qualidade de vida permeia necessariamente uma visão integrada dos problemas sociais. A ação intersetorial configura uma via para resolver problemas dessas características que incidem sobre uma população que ocupa determinado território (JUNQUEIRA, 2004).

Considerando que o Brasil é formado por 26 estados, do Distrito Federal e 5.570 municípios, maior país da América Latina e quinto maior do mundo em extensão territorial, a democratização da governança se torna peça fundamental para o combate a danos causados por uma doença viral de transmissibilidade rápida, com incógnitas sobre seu tratamento efetivo, requerendo ações articuladas entre as três esferas federativas. A proposição de políticas públicas remete ao estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos em ações que devem ser capazes de gerarem resultados efetivos em termos de mudanças sociais. (SOUZA, 2006)

Em relação à governança e gestão política da situação de crise, salvo os desentendimentos entre as esferas federativas, levadas a público, as medidas legais tais como Decretos e Portarias referentes à administração de recursos públicos objetivaram a superação de entraves burocráticos para liberação de recursos financeiros da União para Estados e Municípios. Essas ações permitiram a supressão de processos licitatórios e editais para o uso dos referidos recursos, agilizando a contratação de profissionais, aquisição e requisição de bens, produtos e serviços essenciais como medicamentos, insumos e equipamentos de proteção individual (EPI's) para profissionais de saúde.

Ainda sob o peso do diálogo acadêmico à governança pública, alguns princípios dialogam com todos os argumentos apresentados, exemplos desses princípios, a prestação de contas e a responsabilização dos agentes públicos; a transparência e a credibilidade de informações; as políticas, a gestão e as estruturas públicas eficientes, possibilitam legitimar as escolhas públicas e a atuação do gestor, bem como as instituições e os processos de construção da política pública que sejam conforme aos interesses públicos. (TEIXEIRA; GOMES, 2018).

Segundo a organização Mundial de Saúde (OMS), o cerne do que se constituiu evento de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), declarado em 30 de janeiro de 2020, foi a identificação do agente etiológico da Síndrome Respiratória Aguda Grave SARS-COV-2; após a notificação à OMS em 31 de dezembro de 2019, do surto de pneumonia na República Popular da China, província de Hubei, cidade de Wuhan, denominado OMS-Novel Coronavirus (2019-nCoV).

Em fevereiro de 2020 foi denominado COVID-19, em referência ao tipo de vírus e à data de sua identificação - Coronavirus disease 2019. A denominação “corona”, aparência de coroa; sendo semelhante aos coronavírus respiratórios humanos patogênicos – coronavírus, apresentando porém, síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e Coronavírus Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), o SARS-COV-2. (Folha Informativa – COVID 19, OPAS –2020).

No Brasil, foi publicado o Decreto 10.211 de 30 de janeiro de 2020, reativando o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII) coordenado pelo Ministério da Saúde, composto por representantes da Casa Civil, Ministério da Justiça e Segurança Pública, Ministério da Defesa, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Ministério do Desenvolvimento; Gabinete de Segurança Institucional, e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde OPAS (2020), a disseminação do vírus da COVID 19 ocorre pelo contato direto e indireto, superfícies contaminadas e por secreções respiratórias e saliva. As gotículas infecciosas podem adentrar pelo nariz, boca e olhos, por isso as orientações para a manutenção do distanciamento físico e do uso de máscara, como medidas protetivas. Em ambientes fechados identificou-se o vírus em aerossóis suspensos no ar, oportunizando contaminação por inalação, são necessários maiores estudos para conhecimento detalhado sobre sua transmissão.

Segundo a OPAS, os grupos de risco referiam-se a pessoas idosas com doenças não transmissíveis como cardíacas, cardiovasculares, respiratórias, diabetes e câncer, restringindo a classificação à questões clínicas de saúde, não mencionando pessoas expostas a situações de risco e vulnerabilidade; considerando as comorbidades pré-existentes devido à pobreza, insalubridade habitacional, residentes em espaços urbanos formados por comunidades com aglomerados; impossibilitando ou dificultando a prática dos protocolos de prevenção e tratamento como o isolamento recomendado pelas autoridades em caso de contaminação.

Em 3 de fevereiro de 2020 por meio da Portaria Ministerial nº 188/2020 em conformidade ao Decreto nº 7.616 de 17/11/2011, é declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) devido ao Coronavirus (2019-nCoV) possibilitando o estabelecimento do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/Ministério da Saúde) para gestão enquanto perdurasse a situação pandemia.

O primeiro caso confirmado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo, foi de pessoa do sexo masculino, 61 anos de idade, que havia regressado de viagem à Itália. Pouco depois, foram notificados casos suspeitos, ao que a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) estabeleceu e acionou Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional da OMS (PFN-RSI/OMS) e o Centro de Operações de Emergência (COE) do Ministério da Saúde, coordenado pela SVS/ MS.

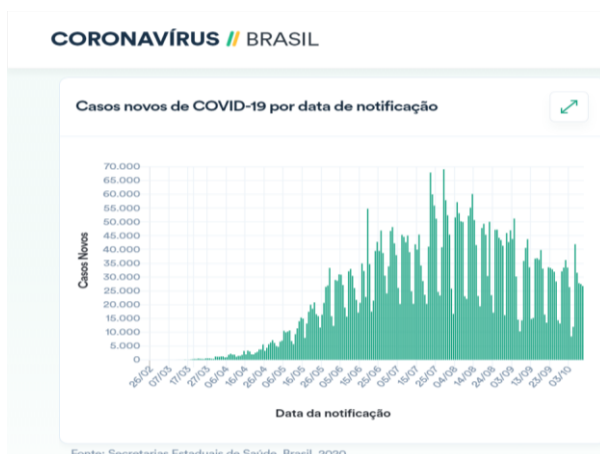
A saúde é um estado dinâmico na vida, sempre singular, que não necessariamente corresponde a ausência de doença. Ao contrário com nossa capacidade de enfrentar doenças e

expandir as condições de vida, mediante a interação do homem e o meio ambiente de modo harmonioso. (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

O Gráfico1, atualizado até 03 de outubro de 2020, ilustra a ocorrência casos novos de COVID 19 por data de notificação, conforme informação das Secretarias Estaduais de Saúde. Observa-se que para cada pico houve um decréscimo de registros. O ápice de notificações ocorreu entre 25 de julho e 04 de agosto de 2020, com queda nos meses seguintes.

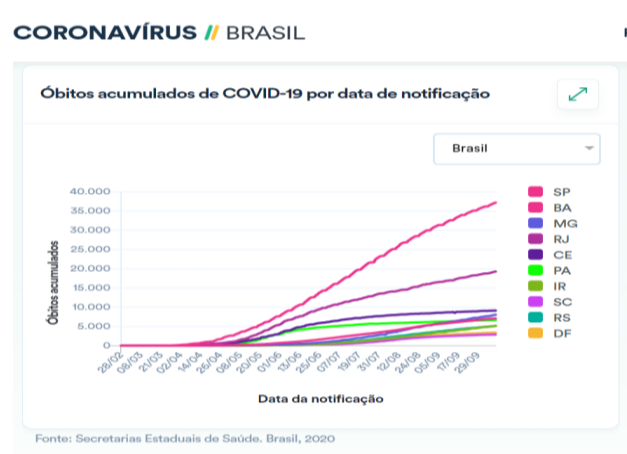
O Gráfico 2 apresenta dados da plataforma localiza SUS, indicando o número de óbitos acumulados no período de 28/02/2020 a 29/09/2020. Observa-se maior incidência de casos com óbitos nas regiões sudeste (São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro); nordeste (Bahia e Ceará), tratando-se das duas regiões mais populosas do país, seguidas pela região norte (Pará).

Gráfico 1: Casos novos de COVID 19 por data de notificação



Fonte: LOCALIZA SUS – COVID 19, 2020.

Gráfico 2: Óbitos acumulados de COVID 19 por data de notificação



Fonte: LOCALIZA SUS – COVID 19, 2020.

Cumpramos ressaltar a importância da tecnologia instrumento fundamental para a coleta de dados e informações; subsidiando estudos e pesquisas, direcionando políticas públicas para ações mais efetivas no atendimento de demandas emergentes, a exemplo da telemedicina, a qual ainda cabe normatização. A observância dos dados estatísticos definiu as fases de gerenciamento das cidades, quanto às medidas de isolamento determinadas pelos gestores estaduais e municipais.

O conceito de vulnerabilidade na saúde surge com força na década de 1980, devido à presença do vírus Human Immunodeficiency Virus (HIV) /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A vulnerabilidade está condicionada por processos sociais, dinâmicos e multigeracionais que remetem três dimensões: “a) exposição a trajetórias de riscos, b) capacidades internas e externas de reação e c) possibilidades de adaptação baseada tanto na intensidade do risco quanto na resiliência das pessoas.” (SCHUMANN; MOURA, 2015).

Para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura (UNESCO) vulnerabilidade social é o resultado negativo entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura para se ter oportunidades sociais, econômicas e culturais oriundas do Estado, do mercado e da sociedade.

Segundo o Ministério da Saúde, vulnerabilidade remete à exposição a riscos e danos para saúde, relacionada à intensidade do dano e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente e à probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por

esses, evidenciando por potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados aos indivíduos.

Em espaços territoriais mais vulneráveis os recursos tecnológicos configuram-se em indicadores de desigualdade e exclusão. Conforme o Relatório da Situação Mundial da Infância, de 2017, do Fundo Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a falta de acesso à Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC), aumentará as desigualdades entre os países mais desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento.

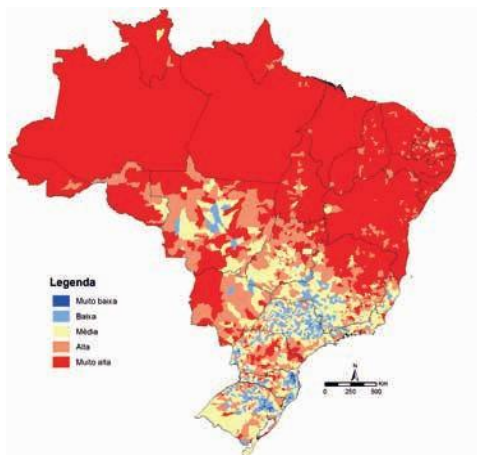
O não atendimento das demandas sociais, habitacionais e saneamento básico pelos entes federativos nos respectivos níveis de gestão, aumentam os déficits indicadores de distribuição de renda, desigualdade na educação e expectativa de vida, posicionando o Brasil na 7ª classificação de entre os países mais desiguais do mundo (coeficiente de Gini) e 79º entre 189 países segundo o relatório mundial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2019).

Esse relatório aponta cinco prerrogativas para análise da prevalência de desigualdades no desenvolvimento humano: “1. Permanência das desigualdades, apesar dos avanços em sua redução; 2. Surgimento de nova geração de desigualdades, a exemplo da desigualdade de acesso a recursos tecnológicos com divergência nas capacidades avançadas, apesar da convergência nas capacidades básicas; 3. Acúmulo das desigualdades ao longo do tempo, as desigualdades acabam tornando-se cumulativas, refletindo desequilíbrios de poder; 4. Avaliação e respostas às desigualdades, a qual requer mudanças nos modos de mensuração ou métricas; 5. Correção das desigualdades, o que exige ações imediatas, preventivas ao surgimento e consolidação de desequilíbrios econômicos” (PNUD 2019).

Considerando indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH), e as indicações de exclusão e vulnerabilidade social, em termos de infraestrutura urbana, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), identificou que o Brasil apresentou elevação significativa de 16% em 2000 para 2010, como observado nos mapas 1 e 2. O Mapa 1 ilustra os Municípios brasileiros em situação de vulnerabilidade social segundo faixas do IVS (2000) e Mapa 2. Municípios brasileiros: vulnerabilidade social segundo faixas do IVS (2010) havendo melhor progresso nos percentuais da população residente em áreas urbanas, com aumento dos percentuais dos serviços de coleta de lixo de 5,9%.

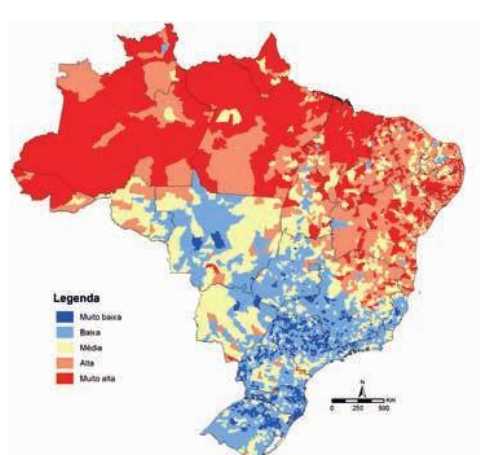
Conforme os Mapas 1 e 2 – Municípios brasileiros: vulnerabilidade social segundo faixas do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) 2000 e 2020, a proporção de municípios em situação de maior vulnerabilidade concentra-se nas regiões norte e nordeste, com diminuição expressiva nas regiões centro-oeste, sul e sudeste, mantendo-se, porém, os bolsões de desigualdade macrorregionais. O adensamento expressivo nas áreas caracterizadas por precária infraestrutura tem conduzido a baixa qualidade de vida dessa população com sua conseqüente periferização. Além de sofrer com a precariedade em infraestrutura, moradia, propriedade e qualidade ambiental, essa população ainda tem o estigma de ser periferizada, marcando desagregação social (KOWARICK, 2003).

Mapa 1 (2000)



Fonte: IPEA, 2015.

Mapa 2 (2010)



Fonte: IPEA, 2015.

Com base na identificação das desigualdades entre as capitais brasileiras em 2020, cujos dados foram obtidos mediante consulta do IBGE: Mapa da desigualdade entre as capitais brasileiras ; Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2017; Diretoria de Pesquisas; Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2018; Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018 e Sistema de Estimativas de Emissões e Remoções de Gases de Efeito Estufa (SEEG) / Observatório do Clima, 2018, o contexto pré-pandêmico no Brasil de 2017 a 2018 se apresentava conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Contexto pré-pandêmico 2017 – 2018

Esperança de vida ao nascer (2017)	Tempo médio de estudo (2018)	Percentual de domicílios com ligação a rede geral ou fossa ligada à rede de esgoto (2018)	Proporção de pessoas abaixo da linha de pobreza – Renda inferior a US\$ 5,5/dia (2018)	Rendimento médio mensal domiciliar per capita (2018)	Toneladas de CO ² e emissão de gases de efeito estufa (2018)
76 anos	9,3 anos	64,3%	25,3%	R\$ 1.337,00	1,9 bilhão

Fonte: ELABORAÇÃO PRÓPRIA, 2019.

Segundo Giacola e Silva (2004), a concentração geográfica em certas áreas provoca distinção em termos socioeconômicos entre os indivíduos, associando a periferia àqueles de menor custo e as centrais para àqueles com melhor poder aquisitivo. Como sabidos no Brasil, “a pobreza decorre em grande parte, de um quadro de extrema desigualdade, marcado por profunda concentração de renda, que faz parte do processo histórico de urbanização”, o que coloca o Brasil entre os países de maior concentração de renda do mundo. (SILVA, 2017).

O processo histórico do país é marcado pela influência da sociedade mercantilista e escravagista europeia que escravizava as populações africanas, invadia territórios indígenas, explorava irracionalmente seus recursos naturais e mão de obra, que resultou na marginalização social e limitação de oportunidades para determinados grupos sociais. O Brasil como colônia, inaugurou um projeto de cidadania etnicamente excludente revelando grupos dominados, formados por africanos, índios e mestiços; que ainda que fossem maioria, eram impedidos de ascender social e

economicamente, ou ainda de representar e participar da estruturação do novo país que se formava. Em meio à violência urbana, esses cidadãos eram considerados pessoas violentas e, por consequência, sujeitas ao controle repressivo-penal. (GIACOLA; SILVA, 2004).

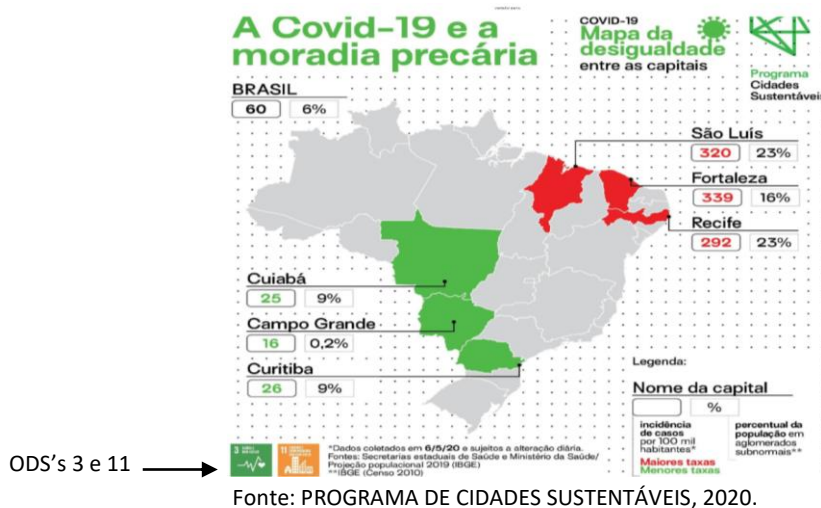
A questão social consolidada no final do século XVIII, no período da Revolução Industrial, marca uma nova caracterização da pobreza que se instaurava com o capitalismo. A classe trabalhadora marcada pelo massivo aprofundamento da pobreza, ao mesmo tempo em que se dava a acumulação da riqueza pelas classes dominantes, são características que sobressaíam da questão social, assentadas na exploração presente na relação capital/trabalho. (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020). O processo de urbanização no Brasil, intensificado a partir do século XX ampliou a desigualdade social marcada pela distribuição de renda irregular, com evidentes sinais do sistema capitalista. Esse processo definiu a criação de espaços de exclusão, promovendo o surgimento de termos como exclusão social, inclusão precária, segregação territorial e ambiental, ilegalidade e informalidade. (SANTOS, 2009).

A migração ocorre pela busca de melhores oportunidades de vida, gerando concentração de renda em determinadas regiões e adensamento populacional desordenado condicionou o número de óbitos e contaminados pelo COVID 19; com prevalência de casos na região sudeste.

Os obstáculos remetem à histórica distância entre o discurso (a legislação) e a prática (a aplicação das leis) no país cuja síntese está no território urbano que se constitui pela cidade formal (de exceção e excessivamente regulada) em contrapartida à cidade informal (a regra, a terra de ninguém); também marcado pela burocracia excessiva; na governabilidade; e também na ausência da aplicação dos instrumentos urbanos, quanto de sua concretização e territorialização. (LEITE; ACOSTA; HADDAD; SUTTI, 2018).

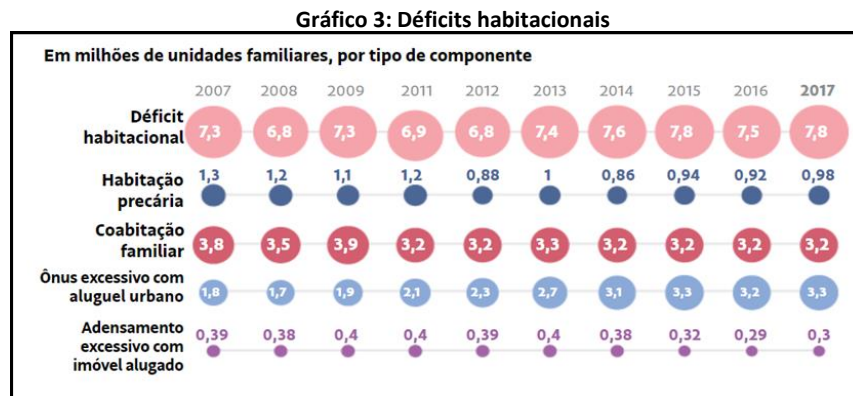
O Mapa 3 aponta a desigualdade entre as capitais, maiores taxas/incidência de casos na região nordeste com maior percentual de população em aglomerados subnormais. Comparativamente ao Gráfico 2, o nordeste foi a segunda região a apresentar maior número de óbitos pela COVID 19. A região sudeste, que não figura entre as regiões com estados com menores índices de moradia precária, apresentou a maioria de óbitos, o que pode ser justificado pelo adensamento urbano e bolsões de pobreza.

Mapa 3 – Mapa da desigualdade entre as capitais - 2020



Segundo Silva (2017), as carências sociais habitacionais condicionam a formação de adensamentos e de estruturas sociais vulnerabilizantes, conceituados pelo IBGE por aglomerados subnormais, generalizando os assentamentos habitacionais pois considera irregulares as favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros.

Decorridos 10 anos entre 2007 e 2017 e apesar dos programas Bolsa Família e Minha Casa Minha Vida ainda permanecem déficits habitacionais, conforme o Gráfico 3.



Fonte: FOLHA INFORMATIVA - MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2020.

A classificação por indicadores de saúde para determinar os níveis de risco é processo metodológico baseado em critérios numéricos de quantificação como contaminação ou número de infectados e de óbitos (notificações de hospitalizações por SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave, para investigação/confirmação ou não de COVID 19), considerando a capacidade instalada de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das taxas de ocupação de leitos clínicos, de terapia intensiva (UTI) e de isolamento da população. Utiliza-se a categorização por meio de cores, como a classificação de Triagem – Escala de Manchester Figura 1; cujo protocolo ou Sistema de Classificação de Risco (SCR) apresenta 52 entradas ou fluxos ou algoritmos que classificam a gravidade conforme identificação e agrupamento de sinais, sintomas ou síndromes apresentados.

Figura 1: Escala de Manchester

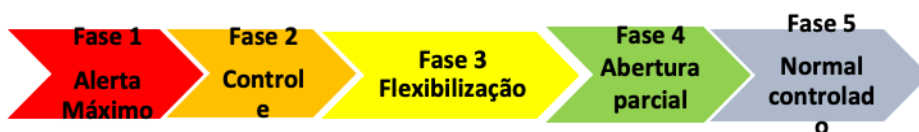


Fonte: PORTAL DA ENFERMAGEM – SÉRGIO LUIS, SET.2020.

Durante a pandemia adotou-se classificação para cada uma das fases, também chamadas “bandeiras” e para cada território (estado, região ou município) a exemplo das Figuras 2 e 3 cuja escala foi adotada pelo Estado de São Paulo, conforme o Plano de São Paulo.

Essa metodologia corrobora nos processos decisórios e estratégias de gestão, na tentativa de controlar e monitorar os índices ascendentes ou descendentes de expansão da pandemia (disseminação, contaminação e óbitos); assumindo caráter regulatório, por meio de legislação pertinente (decretos, normativas, portarias, protocolos e outros específicos); determinando níveis para retomada de atividades ou não, dos diversos setores da sociedade como os econômicos, indústria, comércio, educação e demais existentes; havendo autonomia dos entes federados para definição e autorização sobre o avanço ou retrocesso entre as fases.

Figura 2: Planejamento Estratégico – Fases Classificação das fases da pandemia



Fonte: Plano <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/> SP-apresentação

Figura 3: Classificação das zonas por nível de risco



Fonte: Plano <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/> SP-apresentação

CONCLUSÃO

O estado de pobreza causa enfraquecimento físico, moral, pessoal, social e coletivo, adoecimento e expõe a riscos, vulnerabiliza, marginaliza. O seu enfrentamento requer inclusão social e acesso à moradia enquanto direito humano e civil. Vulnerabilidade não significa fraqueza, mas sim, um fator que põe em risco e à suscetibilidade o equilíbrio do estado de bem estar, cabendo ação preventiva por meio de planejamento, inserção de políticas setoriais na construção das políticas públicas. Vulnerabilidades, desigualdades, situação sócio-econômica, saúde e saúde ambiental e habitação estão sob a mesma perspectiva da necessidade do estabelecimento e efetividade de políticas setoriais e políticas públicas eficazes, com vistas à garantia de melhores condições de enfrentamento a situações cotidianas e as extraordinárias, como as geradas pela pandemia COVID 19.

A prevenção a eventos adversos por meio de políticas setoriais (micro contexto) pode auxiliar na governança política de contextos como o da pandemia COVID 19 (macro contexto). Com planejamento e recursos públicos é possível atender demandas populacionais, diminuir as desigualdades sociais e habitacionais, propulsoras de vulnerabilidades sociais, econômicas e habitacionais.

Planejamento e a urbanização remetem oportunidade para atenuar os efeitos de diversas vulnerabilidades, por meio de transformações estruturais promovidas no espaço urbano e o fortalecimento da ordenação da posse e uso do território, garantindo o direito à habitação com dignidade. Tais ações são transversais a outras áreas e políticas públicas, compondo uma rede de atenção e cuidado às demandas ocasionadas pelo adensamento urbano. O funcionamento das cidades condicionam a saúde de seus moradores. Para tanto esse é um grande desafio metodológico, em função das inúmeras variáveis associadas a um sistema complexo como uma cidade. (FAJERSZTAJN; VERAS; SALDIVA, 2016).

O uso da tecnologia e da discussão de alternativas para a construção de moradias, adequando custos às demandas da população; vislumbrando a sustentabilidade no setor habitacional, à exemplo do uso e reuso de materiais de construção civil e diminuição do consumo de energia, compõem soluções para esse sistema complexo.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha respondido na atenção e cuidados para com a população, denotando governança na situação pandêmica, na chamada “primeira onda de contágio”, passadas as etapas críticas, retorna-se a problemáticas anteriores como o adoecimento devido a problemas ambientais (poluição do ar, água e solo), falta de condições sanitárias e de habitações adequadas.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir para um processo reflexivo, dialético para a construção de cidades inteligentes e sustentáveis, no entendimento de que para se alcançar bem estar e qualidade de vida é preciso atenção e ações efetivas ao processo de desenvolvimento urbano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, Eduardo Macedo; BARATA, Matha Macedo de Lima; HACON, Sandra de Souza. **A saúde no licenciamento ambiental: uma proposta metodológica para a avaliação dos impactos da indústria de petróleo e gás.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 2, p. 299-310, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV)**, 2020a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio**, 2020b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil, 2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliações de ações em saúde**, 2010.

_____. Decreto nº 10.211 de 30 de Janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional - GEI- ESPII. Brasília, 2020.

DIAS, N., S., OLIVEIRA, P.T.R. Qual a relação entre a saúde e a doença? UFPA, 2013.

FAJERSZTAJN, Laís; VERAS, Mariana; SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento. **Como as cidades podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde de seus moradores?** Estudos Avançados, v. 30, n. 86, p. 7-27, 2016.

FOLHA INFORMATIVA COVID 19. **Escritório da OPAS e da OMS no Brasil – 2020**.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Revista de Administração de empresas, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995a.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. RAE-revista de administração de empresas, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Censo Demográfico**. 2010.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

KOWARICK, Lúcio. **Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil: Estados Unidos, França e Brasil**. Revista brasileira de ciências sociais, v. 18, n. 51, p. 61-86, 2003.

_____. Lei Federal n.8.080 de 19 de setembro de 1.990. Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, 1990.

_____. Lei Federal n. 9.782 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, 1999.

_____. Lei Federal n. 10.257 de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal estabelece diretrizes gerais da política urbana. Brasília, 2001.

_____. Lei Federal n. 10.257 de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal estabelece diretrizes gerais da política urbana. Brasília 2001.

LEITE, C., ACOSTA, C., HADDAD, F., SUTTI, W. **Urbanismo Social em São Paulo**, 2018.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. **MAPA DA DESIGUALDADE: As capitais brasileiras e os impactos da COVID 19**. 2020.

MONTEIRO, Adriana Roseno; VERAS, Antonio Tolrino de Rezende. **A questão habitacional no Brasil**. Mercator (Fortaleza), v. 16, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **A complexa dinâmica da divulgação científica: o caso da Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 2007.

PÁDUA, José Augusto. **As bases teóricas da história ambiental**. Estudos avançados, v. 24, n. 68, p. 81-101, 2010.

PITOMBEIRA, Darlene Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. **Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1699-1708, 2020.

_____. Portaria Ministerial nº 188/2020. Dispõe sobre Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) devido ao Coronavírus (2019-nCoV) possibilitando o estabelecimento do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV), Brasília 2020.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO) [PNUD]. **Desenvolvimento Humano e IDH**. PNUD Brasil. 2019.

RADICCHI, Antônio Leite Alves; LEMOS, Alysso Feliciano. **Saúde Ambiental**. Nescon/UFMG. Coopemed, 2009.

_____. Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - Institui a Política Nacional de Saúde (PNVS) Define e norteia a ações de vigilância nas 3 esferas de governo. Brasília, 2018.

SCHUMANN, Livia Rejane Miguel Amaral; MOURA, Leides Baroso Azevedo. **Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 2105-2120, 2015.

SILVA, Allan Gustavo Freire et al. **A relação entre Estado e políticas públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro**. Revista Debates, v. 11, n. 1, p. 25-42, 2017.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, n. 16, p. 20-45, 2006.

TAMBELLINI, A.T. **A Relação Produção/Ambiente/Saúde Vista do Ângulo da Saúde Coletiva**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

TEIXEIRA, Alex Fabiane; GOMES, Ricardo Corrêa. **Governança pública: uma revisão conceitual**. Revista do Serviço Público, v. 70, n. 4, p. 519-550, 2019.

YASBECK, M.C. **Sistema de Proteção Social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais**. In: A Intersetorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014.