AS METRÓPOLES E A COVID-19:

DOSSIÊ NACIONAL

VOLUME II

ORGANIZAÇÃO E COORDENAÇÃO

OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia

PARCERIA

FÓRUM NACIONAL DE
REFORMA URBANA

Habitat
para a Humanidade®
Brasil

Centro de Direitos Econômicos e Sociais
CDES
Direitos Humanos

COMITÊ GESTOR DO OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES

Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro – IPPUR/UFRJ (Coordenador)
Adauto Lucio Cardoso – IPPUR/UFRJ
Juciano Martins Rodrigues – IPPUR/UFRJ
Jupira Mendonça – UFMG
Livia Izabel Bezerra de Miranda – UFPB
Luciana Corrêa do Lago – IPPUR/UFRJ
Luciano Joel Fedozzi – UFRGS
Luís Renato Bezerra Pequeno – UFC
Maria do Livramento Clementino – UFRN
Marcelo Gomes Ribeiro – IPPUR/UFRJ
Orlando Alves dos Santos Junior – IPPUR/UFRJ

COORDENAÇÃO DO FÓRUM NACIONAL DE REFORMA URBANA

Actionaid Brasil
AGB - Associação dos Geógrafos Brasileiros -
Caritas Brasileira
CDES - Centro de Direitos Econômicos e Sociais
CENDHEC - Centro Dom Helder Câmara de Estudos e Ação Social
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
Cearah Periferia
CMP - Central de Movimentos Populares
CONAM - Confederação Nacional de Associações de Moradores
FASE - Solidariedade e Educação
FENAE - Federação Nacional das Associações de Empregados da Caixa Econômica
FISENGE - Federação Interestadual dos Sindicatos de Engenharia
FNA - Federação Nacional dos Arquitetos e Urbanistas
Habitat para a Humanidade Brasil
Instituto MDT - Associação Nacional de Transportes Públicos
MLB - Movimento de Lutas nos Bairros, Vilas e Favelas
MNLM - Movimento Nacional de Luta pela Moradia
Observatório das Metrópoles
PÓLIS - Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais
Terra de Direitos
UNMP - União Nacional por Moradia Popular

Organização: Lívia Izabel Bezerra de Miranda

Revisão: Aline Castilho Alves

Capa: Thais Velaco

Projeto Gráfico: Thais Velasco

Editoração: Tuanni Borba

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

As Metrópoles e a covid-19 [livro eletrônico] : dossiê nacional : volume II / organização Lívia Izabel Bezerra de Miranda. -- Rio de Janeiro : Observatório das Metrópoles, 2021.
PDF.

Vários autores.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-00-36767-6

1. Ciências sociais 2. COVID-19 - Pandemia 3. Direitos humanos 4. Periferias urbanas 5. Planejamento urbano 6. Saúde pública I. Miranda, Lívia Izabel Bezerra de.

21-95242 CDD-614.44

Índices para catálogo sistemático:

1. COVID-19 : Pandemia : Controle e prevenção : Saúde pública 614.44

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

ISBN: 978-65-00-36767-6

O QUE É O OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES

O Observatório das Metrópoles é um Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) que trabalha de forma sistemática e articulada com os desafios impostos ao desenvolvimento nacional, tendo como referência a compreensão das mudanças das relações entre sociedade, economia, Estado e os territórios conformados pelas grandes aglomerações urbanas brasileiras. Atualmente, a equipe do INCT Observatório das Metrópoles é composta por 380 pesquisadores vinculados a instituições de ensino superior, distribuídos pelos 16 núcleos regionais. Além do campo acadêmico, o Observatório reúne instituições e pesquisadores dos campos governamental e não governamental, sob a coordenação do professor Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro (IPPUR UFRJ). Por envolver grupos de pesquisas distribuídos em todas as cinco Grandes Regiões do país (Norte, Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul), as atividades de pesquisa que desenvolvemos permitem aprofundar o conhecimento da diversidade da realidade urbano-metropolitana do país e suas relações com as desigualdades regionais.

O QUE É O FÓRUM NACIONAL DE REFORMA URBANA

O Fórum Nacional de Reforma Urbana (FNRU) é uma articulação nacional que reúne movimentos populares e sociais, ONGs, associações de classe e instituições de pesquisa que lutam pelo direito à cidade para construir cidades justas e democráticas. O FNRU é uma importante frente de resistência e contestação contra as forças dominantes que têm determinado o atual modelo excludente de nossas cidades, construídas pelos interesses do mercado. A perspectiva é a construção de cidades que permitam vivências urbanas e acesso aos bens de maneira democrática.

COORDENAÇÃO | Lívia Miranda (UFCG)

COLABORADORES E AUTORES

Núcleo Belém do Pará

Thiago Alan Guedes Sabino (UNIFESSA PA)
Juliano Pamplona Ximenes Ponte (UFPA)
José Júlio Ferreira Lima (UFPA)
Ana Cláudia Duarte Cardoso (UFPA)
Raul da Silva Ventura Neto (UFPA)
Roberta Menezes Rodrigues (UFPA)
Danielle Saori Hantani (UFPA)
Nayara Sales Barros (UFPA)

Núcleo Belo Horizonte

Renata de Leorne Salles (PUC Minas)
Renato Barbosa Fontes (UFMG)
Jupira Gomes de Mendonça (UFMG)
Luciana Teixeira de Andrade (PUC Minas)
Marina Sanders Paolinelli (UFMG)

Núcleo Curitiba

Rosa Moura (Observatório das Metrópoles - IPEA)
Alessandro Lunelli de Paula (PRBSUL-PR, Ecotécnica Tecnologia e Consultoria LTDA, FMC)
Alice Dandara (UFPR)
Aline Sanches (UTFPR)
Amanda M. de Almeida (UNICENTRO)
Ana Carolina Rubini Trovão (UFPR)
Ana Claudia Antunes Brizola (UFPR)
Bruna Lourenso (UFPR)
Carolina Raiane Gama de Oliveira de Morais (UTFPR)
Daisy Ribeiro (Terra de Direitos)
Edivaldo Ramos de Oliveira (FIPE/FLACSO)
Emanoele Cristina da Costa (GEPR)
Isabela Amalfi (UFPR)
João Pedro Marques Curty Lage (UFPR)
Jonathan Seronato (UFPR)
Juliana Conceição dos Santos (UFPR)
Lívia Maria dos Santos (IFPR - Paranaguá)
Luiz Belmiro Teixeira (IFPR - Paranaguá)
Marcelo Nogueira de Souza (UFPR)
Maria Tarcisa Silva Bega (UFPR)
Marisete T. Hoffmann-Horochovski (UFPR)
Simone Aparecida Polli (UTFPR)
Tissiany Natalie do Prado (UFPR)

Núcleo Fortaleza

Maria Clélia Lustosa (UFC)
Eustógio Dantas (UFC)
Eduardo Gomes Machado (UNILAB)
Adriano Paulino de Almeida (UNILAB)
Liza Santos Oliveira (UFC)
Ruth Rios (UFC)
Carlos Lucas Souza da Silva (UFC)
Rebeca Oliveira (PMF)

Núcleo Goiânia

Celene Cunha Antunes Monteiro Barreira (UFG)
Débora Ferreira da Cunha (UFG)
Elcileni de Melo Borges (Governo de Goiás)
Elis Veloso Portela Araújo (UFG)
Juliana Gomes da Silva de Melo (UFG)
Lorena Cavalcante Brito (UFG)
Lúcia Maria Moraes (PUC Goiás)
Marcos Bittar Hadad (FANAP)
Roberta Silva Marques (UFG)
Yordana Dias das Neves Naciff (UFG)

Núcleo Maringá

Ricardo Luiz Töws (IFPR Campi Londrina/Astorga)
Celene Tonella (UEM)
Samanta Elisa Martinelli (Centro Universitário de Maringá)

Núcleo Natal

Ruth Maria da Costa Ataíde (UFRN)
Maria do Livramento Miranda Clementino (UFRN)
Brunno Costa do Nascimento Silva (UFRN)
Amíria Bezerra Brasil (UFRN)
Juliana Bacelar de Araújo (UFRN)
Lindijane de Souza Bento Almeida (UFRN)
Maria Dulce Picanço Bentes Sobrinha (UFRN)
Raquel Maria da Costa Silveira (UFRN)
Richardson Leonardi Moura da Câmara (UFRN)
Sara Raquel Fernandes Queiroz de Medeiros (UFRN)
Terezinha Cabral de Albuquerque Neta Barros (UFCG)
Beatriz Medeiros Fontenele (UFRN)
Érica Milena Carvalho Guimarães Leôncio (UFRN)
Flávia Duarte de Oliveira Cruz (UFRN)

Mariana Fernandes Freitas (UFRN)
Rodrigo Silva (UFRN)
João Victor Rocha de Queiroz (UFRN)
Larissa Kevinlyn Martins Marinho (UFRN)
Ana Beatriz de Paiva Sátiro (UFRN)
Bruna Cristiano Paulino Pereira (UFRN)
Esthefanny Emmanuelly Priscylla de Araújo Bezerra (UFRN)
Gabriela Queiroz Santos da Silva (UFRN)
Lucas Rodrigues Nascimento de Carvalho (UFRN)
Rayssa Bezerra de Souza (UFRN)
Vassilissa Mendes Barbosa da Silva (UFRN)

Núcleo Paraíba

Lívia Miranda (UFCG)
Demóstenes Moraes (UFCG)
Myrian Carvalho (Observatório das Metrópoles)

Núcleo Porto Alegre

Paulo Roberto Rodrigues Soares (UFRGS)
Adriano Gustavo Zerbielli (UFRGS)
Ana Clara Fernandes (UFRGS)
André Augustin (FEE)
Judite Sanson de Bem (UNILASALLE)
Lucimar Fátima Siqueira (UFRGS)
Heleniza Ávila Campos (UFRGS)
Geisa Zanini Rorato (UFRGS)
Mário Leal Lahorgue (UFRGS)
Moisés Waismann (UNILASALLE)
Nicole Leal de Almeida (UFRGS)
Pedro Azeredo de Ugalde (UFRGS)
Vanessa Marx (UFRGS)

Núcleo Recife

Maria Ângela de Souza (UFPE)
Rosa Cortês (UFPE)
Danielle Rocha (UFPE)
Fabiano Diniz (UFPE)
Ronald Vasconcelos (UFPE)
Alice Lancellotti (UFPE)
Talita Lima (UFPE)
Yasmin Albuquerque (UFPE)

Núcleo Rio de Janeiro

Juciano Martins Rodrigues (IPPUR UFRJ)
Paula Guedes (IPPUR UFRJ)
Ana Lucia Britto (PROURB UFRJ)
Suyá Quintslr (IPPUR UFRJ)
Mariana Dias (IPPUR UFRJ)
Adauto Cardoso (IPPUR UFRJ)
Luciana Ximenes (IPPUR UFRJ)
Orlando Santos Junior (IPPUR UFRJ)
Tarcyla Fidalgo (IPPUR UFRJ)
Fernanda Petrus (UFRJ)
Clara Polycarpo (Dicionário de Favelas Marielle Franco)
Caíque Azael (Dicionário de Favelas Marielle Franco)
Sonia Fleury (Dicionário de Favelas Marielle Franco)

Núcleo Salvador

Gilberto Corso Pereira (UFBA)
Inaiá Maria Moreira de Carvalho (UFBA e UCSAL)
Rafael de Aguiar Arantes (UFBA)
Carla Galvão Pereira (UFBA)
Claudia Monteiro Fernandes (UFBA)
José Lázaro de Carvalho Santos (UFBA)
Juan Pedro Moreno Delgado (UFBA)
Maria das Graças Borja Gondim dos Santos Pereira (UFBA)
Aparecida Netto Teixeira (UCSAL)
Laila Nazem Mourad (UCSAL)
Maina Pirajá Silva (UCSAL)
Pablo Vieira Florentino (IFBA)

Núcleo São Paulo

Lúcia Bógus (PUC SP)
Suzana Pasternak (USP)
João Marcus Pires Dias (Observatório das Metrópoles)
Luís Felipe Magalhães (PUC SP)
Camila Rodrigues da Silva (PUC SP)

Núcleo Vitória

Latussa Laranja Monteiro (IJSN ES)
Gilberto Daniel Lima Filgueiras (IJSN ES)
Ligia da Motta Silveira Borges (IJSN ES)
Pablo Medeiros Jabor (IJSN ES)
Clemir Pela Meneghel (IJSN ES)
Pablo Silva Lira (IJSN ES)

Os textos e opiniões expressas no dossiê “As Metrópoles e a COVID-19: Dossiê Nacional” são de responsabilidade de seus respectivos autores.

Os conteúdos e o teor das análises publicadas não necessariamente refletem a opinião de todos os colaboradores envolvidos na produção do Dossiê, bem como das instituições envolvidas nesta produção.

Licença Creative Commons. É permitido copiar, distribuir, exibir e executar a obra, e criar obras derivadas sob as seguintes condições: dar crédito ao autor original, da forma estabelecida pelo autor ou licenciante; não utilizar esta obra com finalidades comerciais; para alteração, transformação ou criação de outra obra com base nesta, a distribuição desta nova obra deverá estar sob uma licença idêntica a esta.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....10

REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM (PA).....16

REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE(MG).....41

REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (PR).....63

REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA (CE).....88

REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA (GO).....111

REGIÃO METROPOLITANA DE MARINGÁ(PR).....131

REGIÃO METROPOLITANA DE NATAL(RN).....152

REGIÃO METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE (PB) 183

REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE (RS).....207

REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE (PE).....226

REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO (RJ).....247

REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR (BA).....277

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO (SP).....298

REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA (ES).....323

INTRODUÇÃO

São inúmeras as análises que confirmam a necropolítica praticada pelo Governo Federal durante a pandemia da Covid-19 no Brasil, considerando a sua negligência em relação às medidas sanitárias e à vacinação que poderiam ter poupado grande parte das vidas que foram perdidas, além da propagação da desinformação, estabelecimento de protocolos de saúde pública contrários às indicações da Organização Mundial da Saúde e do investimento em medicamentos ineficazes. Pautado por uma perspectiva negacionista, o Governo Bolsonaro adotou um comportamento omisso e irresponsável no que concerne às medidas sociais e econômicas necessárias, principalmente para garantir condições de vida e de reprodução social aos segmentos vulnerabilizados. A inércia com a gestão da crise e o retardado processo de aquisição e administração das vacinas ajudaram a desenhar uma situação catastrófica de infecção que resultou em cerca de 22 milhões de casos e mais de 600 mil óbitos. Esses números colocam o país em uma das piores situações mundiais. Por outro lado, os estados e municípios tiveram atuações variadas, com a maioria implementando medidas sanitárias e de assistência social insuficientes e sem um alcance amplo e constante dos segmentos vulnerabilizados e dos territórios populares.

O país concentra mais de 10% das mortes mundiais por Covid-19 e uma média mundial de óbitos quase cinco vezes maior. O estudo Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil aponta que seria possível uma redução de 40% na transmissão da Covid-19 com a implantação de medidas mais restritivas e de controle baseadas em ações não farmacológicas. Dessa forma, estimou-se que cerca de 120 mil vidas poderiam ter sido evitadas no primeiro ano de pandemia. [1]

Fica evidente que o elevado número de mortes no Brasil poderia ter sido reduzido com políticas efetivas de controle (isolamento, distanciamento social, uso de máscaras, uso de álcool em gel etc.). No entanto, essas medidas não seriam suficientes para

1 WERNECK, G.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Mortes Evitáveis por Covid-19 no Brasil. Disponível. em: https://www.oxfam.org.br/especiais/mortes-evitaveis-por-covid-19-no-brasil/ Acesso em: 22 set. 21.

compensar as estruturais desigualdades socioespaciais, agravadas nesse contexto de crises sanitária, econômica e social. Nos territórios populares o risco de infecção se multiplica em função das inadequações, densidade nas habitações, precárias condições de salubridade pela ausência de serviços urbanos (água potável, saneamento básico, equipamentos de saúde, transporte público etc.). Nessas condições a imunização por meio das vacinas anticovid é a forma mais eficaz de garantir a vida. No entanto, não houve nenhum tipo de prioridade para esta população no que concerne às políticas de controle e à imunização. Consequentemente foram os vulnerabilizados historicamente que sofreram os maiores impactos da pandemia (pobres, negros, indígenas, populações de rua).

A campanha Despejo Zero[2], apoiada pelo FNRU, aponta que mais de 18 mil famílias foram removidas no país durante a pandemia e que ainda existem cerca de 100 mil ameaçadas por conflitos fundiários, apesar dos recentes avanços legislativos contra os despejos (como a Lei Federal 14.216/2021). Sem ter onde morar essas famílias ficam ainda mais expostas ao risco de contágio e adoecimento grave. Campanhas como a Despejo Zero têm sido fortalecidas pela recente aprovação de recomendações e legislações pela segurança da posse e contra os despejos. No entanto, as ameaças continuam e a população despejada, muitas vezes de forma violenta, continua sem uma alternativa habitacional. Além disso, cresce o número de homicídios nos territórios populares pela prática policial de confrontos violentos, alimentando a necropolítica.

Outro efeito perverso da pandemia da Covid-19 se expressa sobre as desigualdades de renda e aumento do desemprego. Grande parte da população brasileira sempre esteve submetida à pobreza e à informalidade no trabalho, sem acesso às redes de proteção social. Como mostraram os dados do Boletim Desigualdades nas Metrópoles,[3] a média

2 CAMPANHA Despejo Zero. Dados atualizados dos despejos no Brasil. Campanha Nacional Despejo Zero - Atualização até 30 de agosto de 2021. Disponível em: https://www.campanhadespejozero.org/. Acesso em: 20 out. 2021.

3 SALATA, A. R., RIBEIRO, M. G (2021). Boletim Desigualdade nas Metrópoles. Porto

da renda domiciliar per capita do trabalho diminuiu a partir do segundo trimestre de 2020, em função da pandemia de Covid-19, e foram as famílias mais pobres que sofreram proporcionalmente as maiores perdas. No primeiro trimestre de 2021 essas perdas chegaram a cerca de 22% do rendimento médio, e o percentual de pessoas vivendo em domicílios com renda per capita do trabalho menor que ¼ do salário-mínimo foi de 29,4%. Nesse contexto o auxílio emergencial disponibilizado pelo governo federal à população mais vulnerável produziu um efeito de melhorar o Índice de Gini (0,47) e a taxa de pobreza (16%), sem, contudo, melhorar as condições de vida dessa população.

O INCT Observatório das Metrópoles, em parceria com o FNRU, apresenta a atualização do **Dossiê Nacional** "**As Metrópoles e a COVID-19**" disponível no site do Observatório das Metrópoles. Como na primeira versão, o objetivo do dossiê é analisar as iniciativas empreendidas pelo poder público – nos âmbitos federal, estadual e municipal, visando ao enfrentamento da pandemia da COVID-19, além de denunciar eventuais situações de violações de direitos humanos e sociais, com foco nos territórios populares e grupos sociais vulneráveis, mas com dados e informações atuais.

Ampliada e atualizada, a segunda versão do dossiê apresenta um breve diagnóstico da situação nos territórios e das políticas dos governos estaduais e municipais de enfrentamento da pandemia, denúncias de violações de direitos humanos e Propostas e Estratégias de enfrentamento da pandemia nas periferias e favelas. Estas informações estão disponíveis para 15 capitais e Regiões Metropolitanas Brasileiras: Belém do Pará, Belo Horizonte, Campina Grande, Curitiba, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Maringá, Natal, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Vitória. Além deste volume, que contém a síntese dos relatórios locais, serão disponibilizados, nas próximas semanas, relatórios mais detalhados de cada

---

Alegre/RS, n. 05. . Disponível em: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/desigualdade-nas-metropoles-media-de-renda-continua-caindo-nas-metropoles-brasileiras/. Acesso em: 23 out. 2021.

metrópole, que poderão ser acessados nas páginas da web do Observatório das Metrópoles e do Fórum Nacional de Reforma Urbana.

Nas análises realizadas, mais uma vez ficou evidente que, na maioria dos casos, os governos municipais e estaduais pouco adotaram medidas específicas para os territórios populares ou para os grupos sociais vulnerabilizados. Mas também foi possível constatar várias ações solidárias realizadas por movimentos e entidades sociais voltadas a estes grupos. Essas ações evidenciam o importante papel que essas organizações e movimentos vêm cumprindo nos territórios populares. Distribuição de cestas básicas, materiais de higiene, implantação de pias comunitárias, campanhas de informação, adoção de medidas protetivas, entre outras ações, têm minimizado os impactos da pandemia nesses territórios, contribuindo com a garantia do direito à vida para aquelas populações mais afetadas no contexto de crises sanitária e econômica. Espera-se que o Dossiê possa fortalecer e subsidiar ações de incidência e exigibilidade de direitos, promovidas por organizações, movimentos sociais e instituições de proteção de direitos.

01

REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM (PA)

AUTORIA

Thiago Alan Guedes Sabino

Juliano Pamplona Ximenes Ponte

José Júlio Ferreira Lima

Ana Cláudia Duarte Cardoso

Raul da Silva Ventura Neto

Roberta Menezes Rodrigues

Danielle Saori Hantani

Nayara Sales Barros

INTRODUÇÃO

O vírus *SARS-CoV-2* (causador da Covid-19), como já bastante noticiado, surgiu na China, na província de Wuhan, no final do mês de dezembro de 2019. Dessa data, foi uma questão de tempo para se proliferar pelo mundo, deixando de ter característica de contágio local/regional, típico de epidemia, passando rapidamente a se disseminar por todo o mundo, configurando-se como uma pandemia. No Brasil, os primeiros casos, ainda no mês de fevereiro de 2020, tiveram como procedência a cidade de São Paulo, a partir de um turista que teria ido à região da Lombardia, na Itália. A essa altura, praticamente todos os países do mundo já estavam em alerta e tomando as estratégias necessárias para o enfrentamento da pandemia.

O estado do Pará teve seu primeiro caso registrado a praticamente um mês do inicial registrado no Brasil, na capital Belém, a partir de um turista que teria viajado para São Paulo e Rio de Janeiro. Ao mesmo tempo, o segundo caso foi registrado na cidade de Parauapebas, região sudeste paraense, local onde se encontra a maior mina de ferro do Brasil sob jurisdição da empresa Vale S.A. O mais interessante desses dois primeiros casos identificados no estado é que a origem foi proveniente de outras regiões e a chegada ocorreu justamente em cidades com fluxos verticais intensos. A primeira trata-se da metrópole com maior número de passageiros aéreos da região amazônica, a cidade de Belém do Pará. Já a segunda, é uma cidade-polo da extração do minério de ferro na região da Província Mineral de Carajás, sudeste paraense, com intensas articulações produtivas com a cidade de Belo Horizonte – MG.

Portanto, o Pará reproduz uma característica comum da proliferação do vírus da Covid-19, que foi a de proliferar-se pelas cidades mais articuladas nas redes geográficas da globalização. Para além da influência da presença dos múltiplos modais da rede de transporte, que obviamente influenciam no intenso deslocamento de pessoas e cargas, fator preponderante da proliferação do vírus, as metrópoles litorâneas brasileiras, incluindo nesse grupo Belém, foram justamente as cidades nas quais o vírus encontrou a situação perfeita, negativamente falando, para se proliferar mais rapidamente. Isso em função das nossas metrópoles litorâneas serem

extremamente desiguais, abrigando grande parte dos aglomerados subnormais e bolsões de pobrezas do país.

Nesse período inicial de pandemia no Brasil, apesar da concentração dos casos e óbitos ainda nas cidades do litoral, já era possível observar uma tímida interiorização, sobretudo nas cidades mais dinâmicas da economia atrelada às relações de exportação, como é o caso de Parauapebas e demais cidades da província mineral de Carajás, no estado do Pará. A Figura 1 mostra a prevalência da Covid-19 nas principais metrópoles brasileiras, ainda no mês de maio de 2020. No Pará, além de Belém e sua região metropolitana, a região do sudeste paraense, sobretudo os municípios de extração mineral da Vale S.A., destacou-se com elevado quantitativo de infectados.

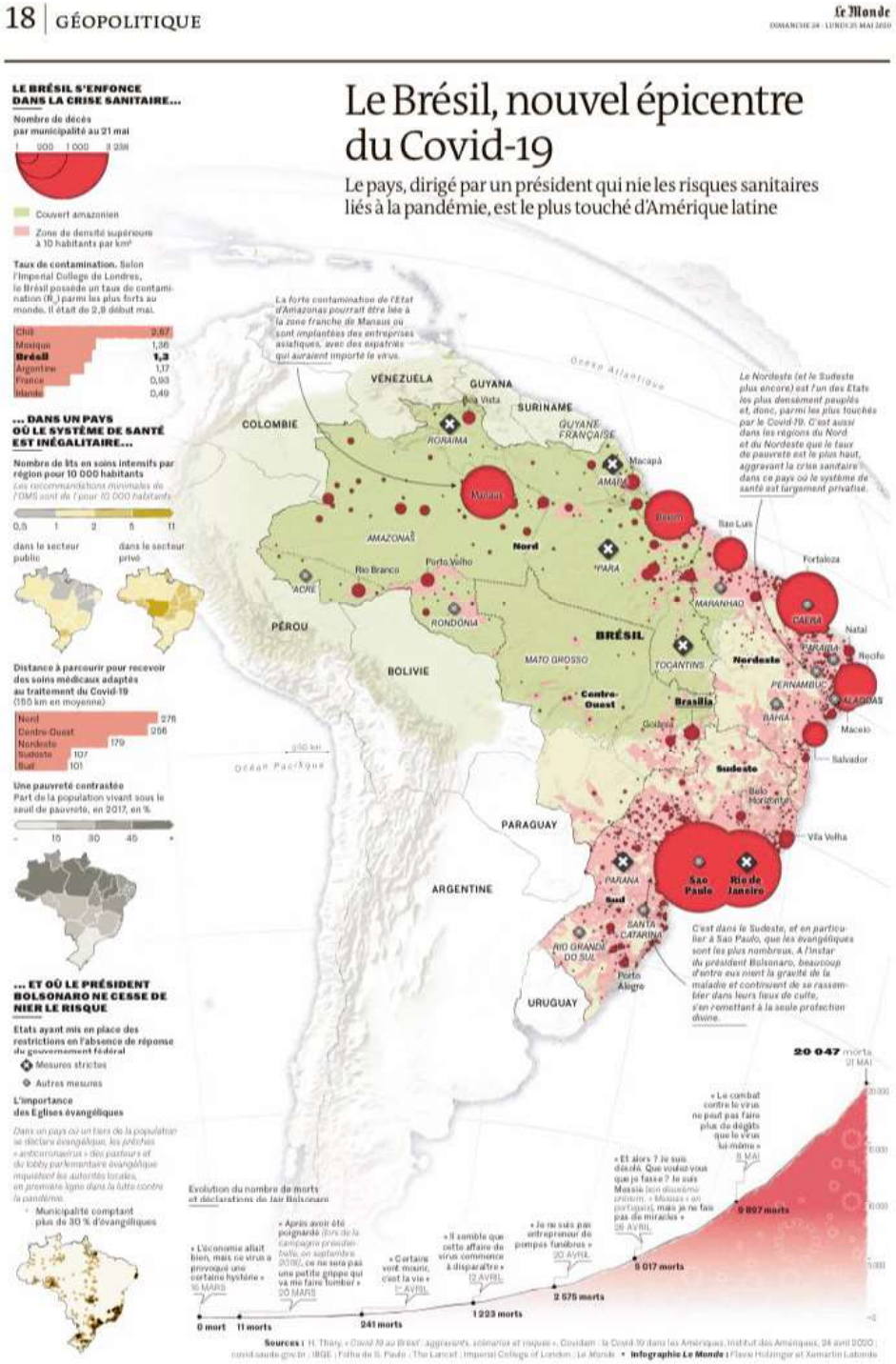
Apesar de evidenciar a dispersão geográfica do vírus no primeiro semestre do ano de 2020 no Brasil, a Figura 1 apresenta claramente o papel ativo que o espaço geográfico apresenta nessa dinâmica de proliferação do vírus, destacando-se nesse período analisado a influência das grandes e médias cidades como lócus de elevada transmissão do vírus, referentes ainda a primeira onda da Covid-19.

Todavia, a partir de novembro e dezembro de 2020, o Brasil voltaria a registrar a elevação de novos casos e óbitos, situação essa que comprometeu novamente a estrutura da saúde pública em várias cidades do país, inclusive da Região Metropolitana de Belém (RMB) e demais cidades do estado do Pará.

Com a finalidade de atualizar os dados referentes à primeira versão da publicação *As metrópoles e a Covid-19: dossiê nacional*, organizado pelo Observatório das Metrópoles, em parceria com o Fórum Nacional de Reforma Urbana, este relatório, sob realização do Observatório das Metrópoles Núcleo Belém, tem a finalidade de apresentar o comportamento da proliferação da pandemia da Covid-19 na RMB, sobretudo no período de outubro de 2020 a outubro de 2021, como também as políticas públicas de enfrentamento da mesma pelas esferas municipais e estaduais.

Figura 1 - Proliferação da pandemia da Covid-19 nas metrópoles brasileiras litorâneas até maio de 2020

Fonte: Géopolitique, 2020.



Este relatório adotou os seguintes procedimentos metodológicos: a) levantamento de dados secundários e informações nas agências públicas de acesso à informação dos entes públicos (municipais, estadual e federal), para obtenção das informações dos casos confirmados, número de óbitos, número de vacinados, valores de auxílios financeiros emergenciais, bem como acesso às leis e aos decretos públicos relacionados ao enfrentamento da pandemia; b) levantamento bibliográfico relacionado ao tema exposto; c) sistematização das informações e produção cartográfica, tabelas e gráficos.

No que se refere à estrutura do relatório, apresenta-se dividido em quatro partes: a primeira é a introdução, que apresenta a problemática a ser discutida a partir dos dados apresentados; a segunda parte mostrará, por meios dos dados (casos confirmados, número de óbitos, número de vacinados), o avanço e a dinâmica da pandemia da Covid-19 na RMB, buscando relacionar o avanço na imunização e a diminuição das taxas de transmissão e letalidade da Covid-19 na região. A terceira parte dá ênfase aos problemas metropolitanos intensificados no contexto da pandemia do vírus. A quarta e última parte expõe os aspectos políticos de governança e enfrentamento à pandemia.

A DINÂMICA DA PANDEMIA DA COVID-19 NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM

O município de Belém teve seu primeiro caso confirmado da Covid-19 no dia 18 de março de 2020. Ainda nesse mês, surgiram poucos casos na capital e no estado, elevando-se nos meses seguintes de abril e maio do ano de 2020, período em que a RMB e o Pará vivenciaram sua primeira onda de transmissão do vírus. Analisando o Gráfico 1, que detalha o comportamento da proliferação do vírus na capital e no restante do estado, percebe-se uma elevação dos números de casos confirmados nos meses de abril e maio, momento em que a capital registrou mais de 500 casos confirmados por dia para a Covid-19, enquanto o Pará, no mesmo período, aproximou-se da marca dos 4 mil casos por dia.

A partir dos meses de junho e julho de 2020, verifica-se uma tendência de queda dos índices de casos confirmados em Belém e no restante do estado, aumentando a partir da última semana de julho e primeira semana de agosto, momento que coincide com o verão amazônico e período das férias escolares. Apesar de vários esforços das gestões municipais e estaduais de conter o deslocamento das pessoas em direção aos balneários, as reportagens jornalísticas da época evidenciaram o total descumprimento das medidas sanitárias por grande parte da população, resultando na elevação no número de casos, tanto em Belém, com 522 casos, quanto no Pará com 2.418 casos confirmados.

Todavia, é no período de janeiro de 2021 a março de 2021 que a capital e demais municípios da RMB sofreram a segunda onda da Covid-19. Naquela época, a região Oeste do Pará estava com bandeiramento preto, classificação criada pelo governo do estado do Pará que representa situação crítica. Essa segunda onda teve dinâmica semelhante à da primeira em relação ao aumento da taxa de incidência e transmissão do vírus. No entanto, tudo indica que a proliferação tenha vindo da capital do Amazonas, que naquele mesmo período estava em crise pela falta de respiradores, oxigênio e leitos de UTI, situação que sensibilizou vários governadores que ofereceram leitos nos seus respectivos estados para abrigar pessoas oriundas do Amazonas. É no mês de março de 2021 que a capital registra 845 casos confirmados em um único dia, seu maior número na série até outubro de 2021. Abaixo, o Gráfico 1 evidencia a evolução dos casos confirmados e a média móvel para o período de março de 2020 a outubro de 2021 em Belém e no Pará.

Em relação aos óbitos na capital e no Pará, percebe-se, por meio do Gráfico 2, a predominância nos meses de abril a maio de 2020, período correspondente à primeira onda, com vários dias atingindo a marca de mais de 100 pessoas mortas somente na capital e mais de 200 óbitos no estado do Pará. Posteriormente, o estado atravessa a sua segunda onda de proliferação da Covid-19 nos meses de março a maio de 2021. Diferentemente da primeira onda, os números absolutos começaram a apresentar queda expressiva, resultado do início da vacinação, que se iniciou pelos grupos considerados de risco, entre eles idosos, profissionais da saúde, indígenas,

quilombolas e ribeirinhos.

No que se refere à segunda onda da Covid-19, os maiores valores absolutos de óbitos foram registrados nos meses de abril de 2021. Em Belém, os dias com mais óbitos nesse referido mês foram os dias 01 e 16 de abril de 2021, com valores absolutos de 68 e 64 óbitos, respectivamente. Já no Pará, no mesmo mês, os maiores índices de óbitos foram registrados nos dias 21 e 28 de abril de 2021, respectivamente 146 e 130 óbitos de Covid-19. O Gráfico 2 representa a evolução da quantidade de óbitos e a curva média desde março de 2020 a outubro de 2021, destacando-se as duas ondas enfrentadas pelo estado.

Os valores absolutos de casos confirmados e óbitos na Região Metropolitana de Belém são representados por meio do Mapa 1 e Tabela 1. Os dados revelam a maior concentração de casos e óbitos na capital, com valores absolutos de 106.635 mil casos e 5.540 óbitos. Percentualmente, a capital concentra 69,65% dos casos confirmados na RMB e 17,85% dos casos confirmados no Pará. Em relação aos óbitos, Belém concentra 76,75% da RMB e 33,10% do Pará.

Além de Belém, os municípios metropolitanos que registraram mais casos de Covid-19 até outubro de 2021 foram Ananindeua, com 26.210 casos, seguido de Castanhal, com 9.627 casos, e Benevides, com 4.148 casos. Os demais municípios registraram valores inferiores a 3 mil casos. Em relação aos óbitos, nenhum município metropolitano registrou valores superiores a 1.000 óbitos. Ananindeua confirmou até o momento 826 vítimas da Covid-19, seguido de Castanhal, com 486 óbitos, Marituba, com 140 óbitos, e Benevides, com 106 vítimas da Covid-19. Santa Bárbara do Pará e Santa Izabel do Pará possuem valores inferiores a 100 óbitos.

Em relação à taxa de letalidade, que nada mais é que a relação dos óbitos por 100 dos casos confirmados, o município com maior percentual na RMB é Castanhal, com 5,05%. Belém apresenta taxa de letalidade de 4,82%, seguido de Marituba (4,7%), Santa Izabel do Pará (4,18%), Ananindeua (3,15%), Benevides (2,55%) e Santa Bárbara do Pará (2,11%). A média da RMB foi de 4,71%, enquanto o Pará registrou 2,8%.

Gráfico 1 - Casos acumulados de Covid-19 em Belém e no Pará até o dia 25/10/2021

Fonte: SESPA, 2021.

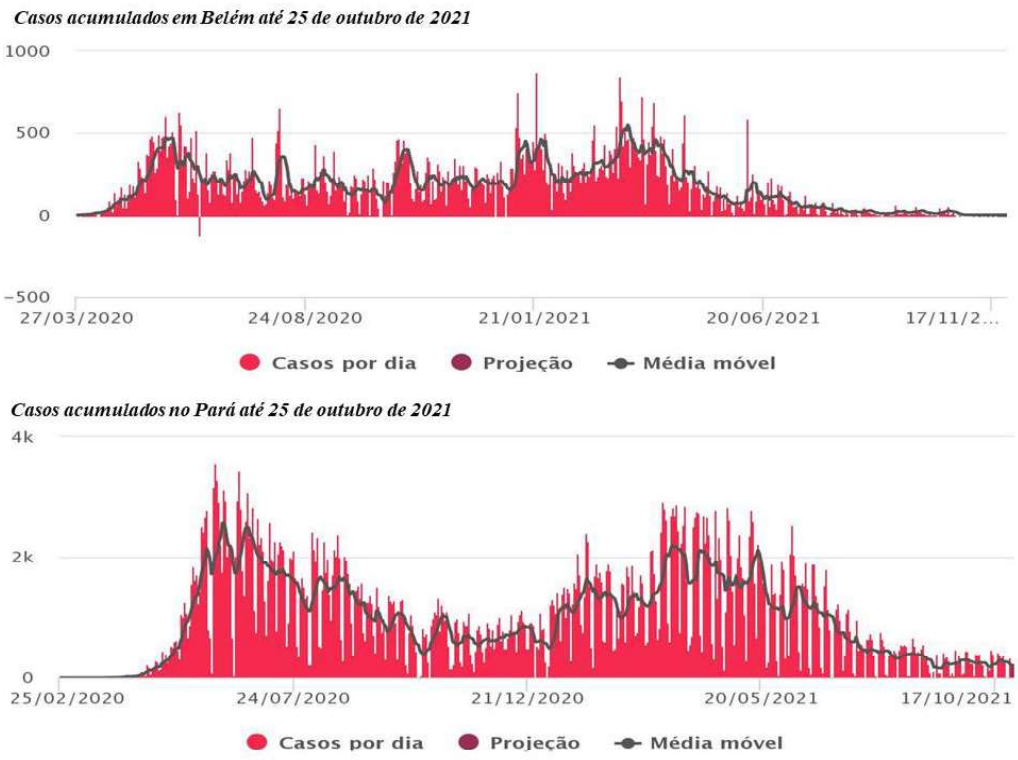
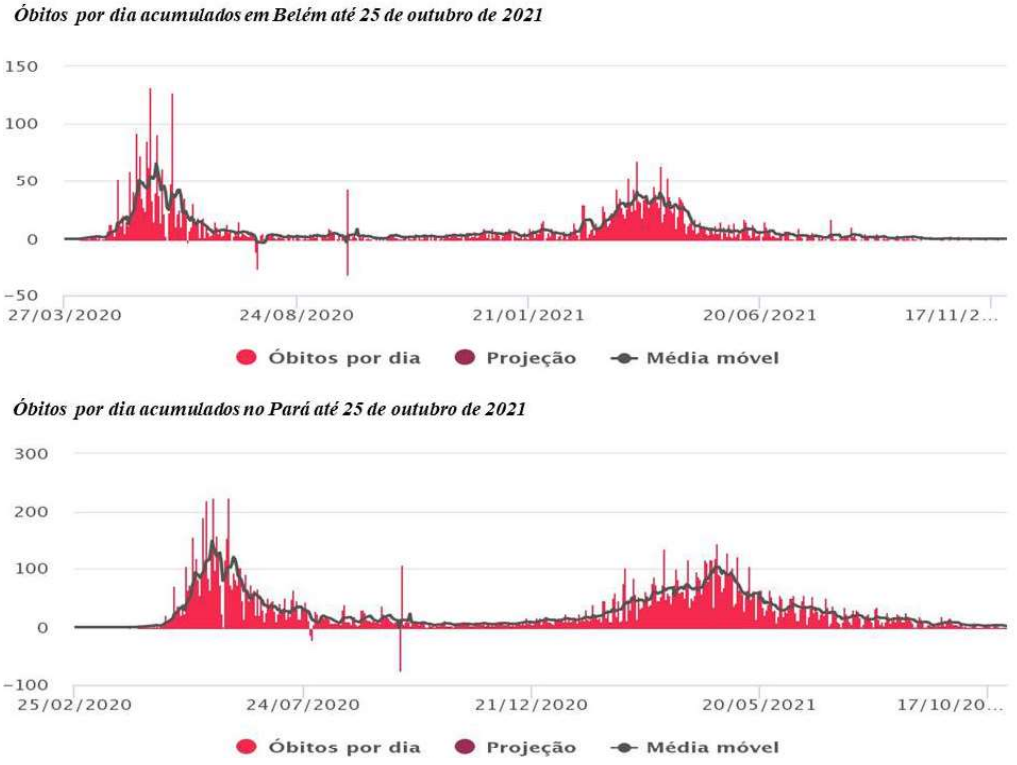


Gráfico 2 - Óbitos acumulados de Covid-19 em Belém e no Pará até o dia 25/10/2021

Fonte: SESPA, 2021.



No Mapa 1 e Tabela 1, estão representados os valores pertinentes aos casos absolutos, óbitos e taxa de letalidade dos municípios metropolitanos.

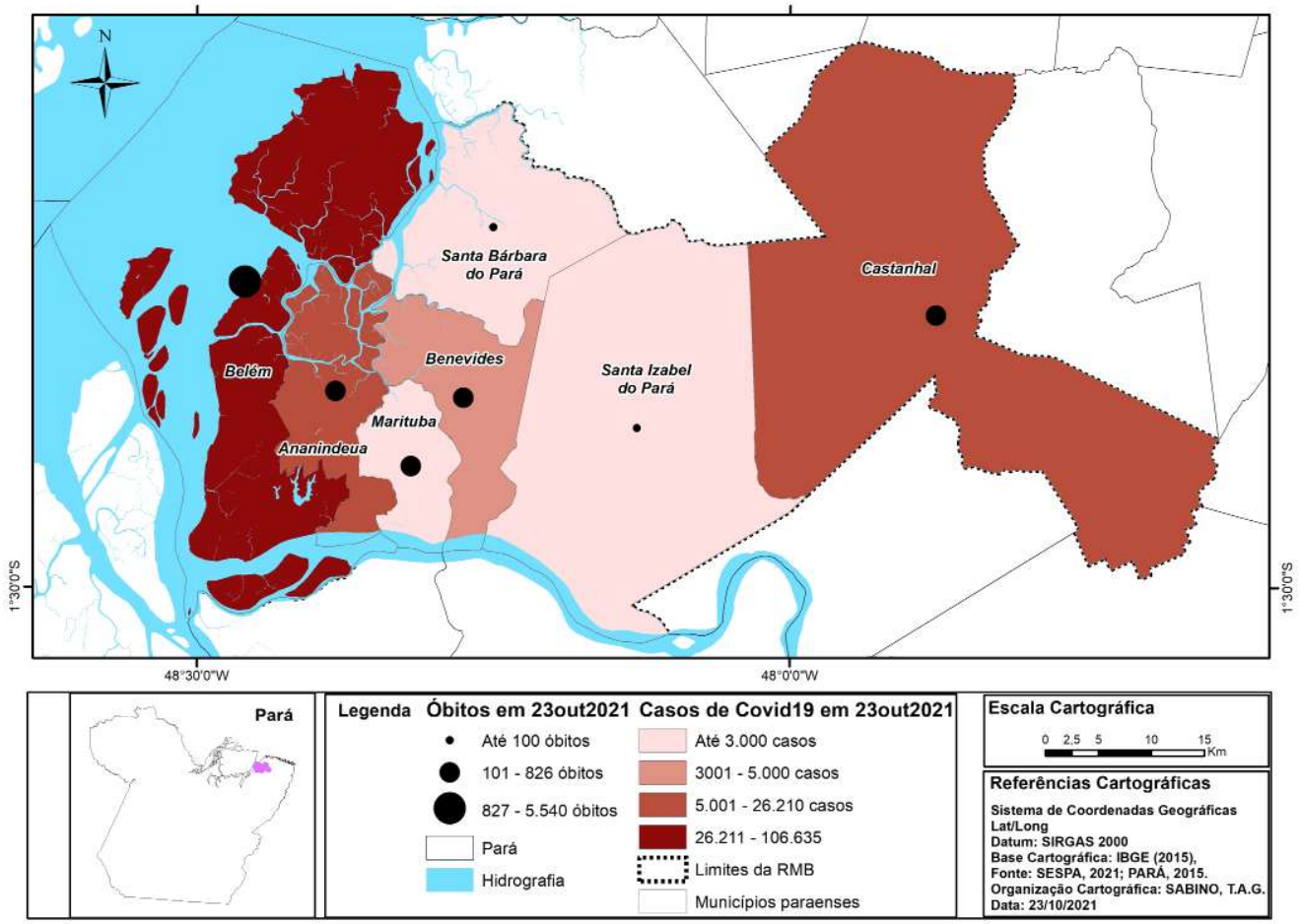
Em relação à espacialização da proliferação da Covid-19 no território de cada município metropolitano, os dados estão agregados por bairros, disponíveis apenas para os municípios de Belém e Castanhal. No caso de Belém, a maior incidência de casos continua sendo os bairros localizados na área da 1ª Légua Patrimonial, com destaque para os bairros da Pedreira, Marco e Guamá, contabilizando mais de 5 mil casos confirmados até o dia 25 de outubro de 2021. Além desses, o bairro da Marambaia também registrou mais de 5 mil casos, no entanto, sua localização encontra-se na 2ª Légua Patrimonial da capital. A grande maioria dos bairros da metrópole registraram valores superiores a 1.000 casos. Poucos bairros obtiveram valores inferiores a 100 casos confirmados, localizados, em grande maioria, nas áreas insulares das ilhas de Mosqueiro e Caratateua, além de bairros com predominância de áreas institucionais, entre eles Miramar e Universitário.

Tais valores elevados são em decorrência da testagem em massa da população, ofertados pela prefeitura de Belém e pelo governo do estado do Pará, com aproximadamente 1.200 testes rápidos e 150 testes PCR (Laboratório Central de Saúde Pública). Além dos testes rápidos, em meados de 2020 e início de 2021, foram instalados vários pontos de retaguardas para atender pessoas que apresentavam os sintomas da doença. Outro fator importante foi a acessibilidade de testes pelas redes privadas de saúde, incluindo as farmácias e laboratórios da capital, que aos poucos foram se tornando mais acessíveis financeiramente à população. No Mapa 2 verifica-se o acumulado de casos em Belém, especializados por bairro.

Já o município de Castanhal disponibiliza os dados agregados por bairros no Portal de informações sobre a Covid-19 no site da prefeitura. Por meio dos dados, é possível identificar que os bairros com maiores índices registrados são aqueles no entorno da área central, destacando-se os bairros Nova Olinda, com 956 casos registrados; Saudade, com 788 casos; Novo Estrela, com 769 casos; Jaderlândia, com 728 casos. Os bairros com valores abaixo de 100

Mapa 1 - Óbitos e casos acumulados de Covid-19 na RMB até o dia 25/10/2021

Fonte: SESPA, 2021.



Municípios	Casos acumulados até 23 out. 2021	Óbitos acumulados até 23 out. 2021	Taxa de letalidade %
Ananindeua	26.210	826	3,15%
Belém	106.635	5.540	4,82%
Benevides	4.148	106	2,55%
Castanhal	9.627	486	5,05%
Marituba	2.977	140	4,70%
Santa Bárbara do Pará	1.280	27	2,11%
Santa Izabel do Pará	2.214	93	4,18%
RMB	153.091	7.218	4,71%
PARÁ	597.343	16.734	2,80%

Tabela 1 - Óbitos, casos acumulados e taxa de letalidade de Covid-19 na RMB até o dia 25/10/2021

Fonte: SESPA, 2021.

Bairros	Casos Confirmados Até 25 de Outubro de 2021	Bairros	Casos Confirmados Até 25 de Outubro de 2021
CAIÇARA	666	OSCAR REIS	2
CARIRI	234	PANTANAL	44
CENÓBIO	1	PIRAPORA	377
CENTRO	362	ROUXINOL	72
CRISTO REDENTOR	282	SALGADINHO	65
ESTRELA	399	SALLES JARDIM	10
FONTE BOA	569	SANTA CATARINA	197
HELIOLÂNDIA	56	SANTA HELENA	134
IANETAMA	504	SANTA LÍDIA	597
IMPERADOR	496	SÃO JOSÉ	587
JADERLÂNDIA	728	SAUDADE	788
J. DAS ACÁCIAS	41	TITANLÂNDIA	203
NOVA OLINDA	956	APEÚ	385
NOVO ESTRELA	769	ZONA RURAL	773
Total do Município de Castanhal: 9.627			

Tabela 2 - Casos acumulados de Covid-19 nos bairros de Castanhal até o dia 25/10/2021

Fonte: Castanhal, 2021.

casos geralmente são aqueles mais afastados do centro da cidade, oriundos de assentamentos urbanos do programa Minha Casa, Minha Vida, entre eles, destacam-se: Jardim das Acácias, com 41 casos; Rouxinol, 72 casos; Heliolândia, com 56 casos. Além desses, outros bairros destacam-se por inadequação habitacional, como Pantanal, com 44 casos, e Salgadinho, com 65 casos. A hipótese para esses casos é da subnotificação e falta de testagem itinerante nos bairros e comunidades mais afastadas. Na Tabela 2, constatam-se os valores acumulados, especializados por bairros, até o dia 25 de outubro de 2021.

O atendimento à população é outro elemento crucial para se evitar a mortalidade. No início da pandemia a oferta de leitos de UTI e a demanda por locais de atendimento chegaram a índices críticos de superlotação e cenas de portas fechadas. A capital concentrou a maior oferta de leitos clínicos e de UTI na RMB e no estado. Em alguns momentos, a estratégia foi adequar hospitais de alta e média complexidade para se transformarem em "portas-abertas" para atendimento da Covid-19. Na estrutura estadual, o governo do estado adaptou o Centro de Convenções – Hangar para virar hospital de campanha com 420 leitos, sendo 100 de UTI. Além desse, outros hospitais estaduais na região metropolitana abrigaram tratamento para Covid-19, entre eles: Hospital Regional Dr. Abelardo Santos; Hospital de Clínicas; Hospital Galileu; Hospital Santa Casa de Misericórdia. Posteriormente, o governo inaugurou o Hospital Regional de Castanhal, com 50 leitos exclusivos de tratamento de Covid-19; comprou um hospital particular para se transformar em centro de tratamento permanente de Covid-19, em Belém; além de transformar algumas Unidades de Referência Especializadas (URE) em policlínicas itinerantes para casos leves de Covid-19.

A prefeitura de Belém possui em sua rede de atendimento hospitalar dois prontos-socorros, um hospital geral da Ilha do Mosqueiro, além de cinco Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), dispersas em cada distrito administrativo. Por meio do Gráfico 3, é possível identificar o atendimento em cada unidade da prefeitura de Belém. As que possuem maiores atendimentos são as UPAs de Icoaraci, Sacramenta e Entroncamento. Em relação aos hospitais prontos-socorros, o primeiro em atendimento é o 14 de março, seguido do localizado no bairro

Mapa 2 - Bairros de Belém: casos acumulados de Covid-19 até o dia 25/10/2021

Fonte: Belém, 2021.

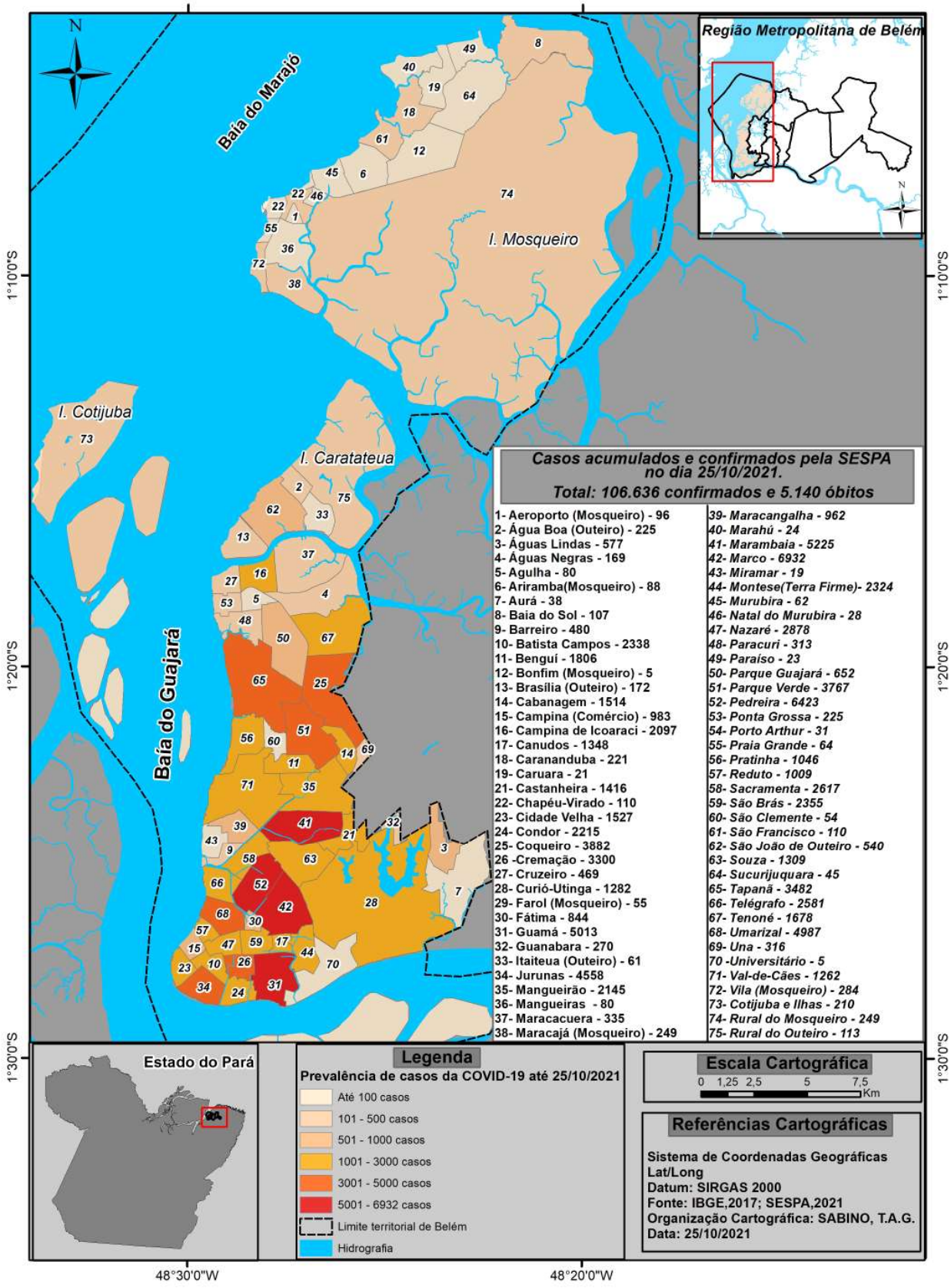
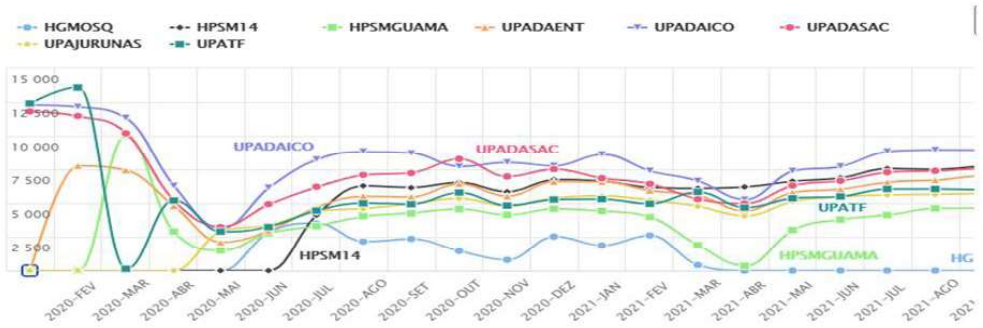


Gráfico 3 - Evolução de atendimento de Covid-19 em Belém até o agosto de 2021

Fonte: Belém, 2021.

Evolução dos atendimentos nas unidades públicas em Belém até agosto de 2021



Números dos atendimentos diários nas unidades públicas em Belém no mês de agosto de 2021

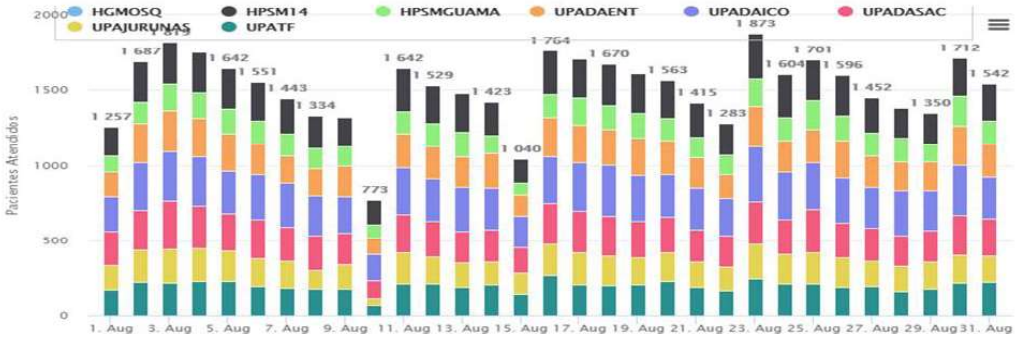
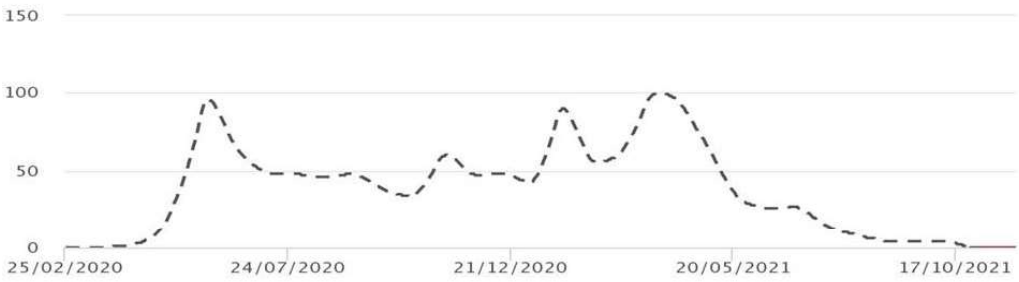


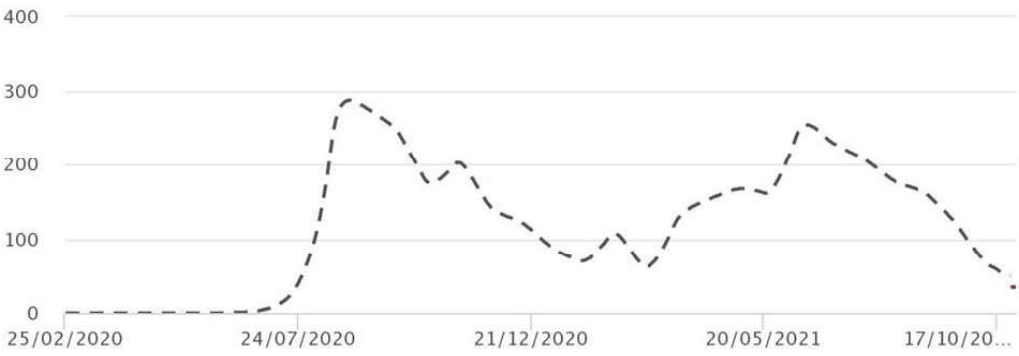
Gráfico 4 - Evolução da demanda por leitos de UTI em Belém e no Pará até o agosto de 2021

Fonte: SESPA, 2021.

Evolução da demanda de Leitos de UTI em Belém até 25 de outubro de 2021



Evolução da demanda de Leitos de UTI no Pará até 25 de outubro de 2021



do Guamá. Em relação à média diária de atendimento, os valores são superiores a 1.500 atendimentos por dia.

Em relação à demanda por leitos de UTI, os períodos mais críticos acompanharam o pico das duas ondas de incidência da Covid-19. Em Belém, esse período apresentou maior elevação a partir dos meses de abril e maio de 2020, chegando a ocupação de 100% em maio desse ano. Posteriormente, indicou redução da demanda com acentuada queda, aumentando novamente nos meses de janeiro e março de 2021. Após esse período a demanda tem caído consideravelmente. Já no Pará, a demanda se diferencia em razão da própria proliferação da Covid-19 nas outras regiões do estado. Dessa forma, os meses de agosto e setembro apresentaram forte pressão na rede pública, bem como os meses de maio e junho de 2021. O Gráfico 4 representa a evolução da demanda de UTI na linha do tempo da pandemia da Covid-19, tanto em Belém quanto no Pará.

PROBLEMAS METROPOLITANOS INTENSIFICADOS NA PANDEMIA DA COVID-19

No decorrer da pandemia alguns dos problemas metropolitanos foram mais intensificados, expondo a necessidade de se pensar o planejamento, gestão e execução das funções públicas de interesse comum (FPICs) de forma integrada, entre os municípios que compõem o espaço metropolitano, além de outros entes federativos, como os governos do estado e federal.

A região metropolitana possui características peculiares, entre elas destaca-se a densidade demográfica, com maiores índices no núcleo metropolitano, área que corresponde a 1ª Légua Patrimonial de Belém (Mapa 3). Nessa porção do espaço metropolitano que se concentra, além da moradia de grande parte da população, a oferta dos serviços e demanda de emprego da região. Essas características forçam o deslocamento metropolitano das pessoas e demandam o sistema de transporte coletivo metropolitano.

A Tabela 3 revela a demanda de deslocamento diário entre os municípios metropolitanos,

tendo alguns casos valores superiores a 10%, com destino principal para a capital. É o caso dos fluxos para trabalho e estudos provenientes de Ananindeua, Benevides e Marituba com destino a Belém. Além desses municípios, Santa Bárbara do Pará possui vínculo de trabalho superior a 10% com a capital. Para além da região metropolitana oficial, a capital é atração de pessoas em busca de estudos provenientes de Santo Antônio do Tauá e Barcarena, conforme a Tabela 3 abaixo.

Esse aspecto é importante, pois, apesar de várias restrições em relação ao funcionamento de inúmeras atividades econômicas, entre elas escolas e universidades, a pressão sobre o transporte público, em decorrência desses fluxos metropolitanos e fluxos intraurbanos, expôs a deficiência da organização do transporte metropolitano de Belém. Paradas lotadas e ônibus com muita aglomeração levam qualquer um a questionar sobre a permanência da pandemia.

Diante desse cenário, campanhas na mídia foram realizadas com o intuito de sensibilizar os poderes públicos para a fiscalização das empresas operadoras do serviço público, o que quase nunca culminou em respostas satisfatórias para a população. Perante o problema, algumas sugestões foram encaminhadas à gestão municipal de Belém por coletivos e associações de ciclistas, que buscam na ampliação da malha cicloviária uma alternativa segura para o deslocamento individual, em grande volume e ambientalmente sustentável. No entanto, poucas prefeituras ampliaram suas malhas cicloviárias neste período de pandemia.

Além do transporte, a questão do déficit habitacional ficou mais evidente na pandemia, sobretudo pelo aumento do custo de vida, perda de emprego e renda, dificultando o pagamento de aluguéis. Nesse período, registraram-se algumas ocupações em obras de habitação do Programa Minha Casa, Minha Vida/Casa Verde Amarela, no município de Belém, que estavam paralisadas, como Residencial Viver Pratinha e Residencial Arthur Bernardes. Por outro lado, em outras unidades habitacionais que estavam há vários anos com obras paradas, percebe-se um esforço das novas gestões municipais em retomá-las e inaugurá-las para a população. É o caso de unidades habitacionais abandonadas do Programa de Aceleração do Crescimento

Municípios	Casos acumulados até 23 out. 2021	Óbitos acumulados até 23 out. 2021	Taxa de letalidade %
Ananindeua	26.210	826	3,15%
Belém	106.635	5.540	4,82%
Benevides	4.148	106	2,55%
Castanhal	9.627	486	5,05%
Marituba	2.977	140	4,70%
Santa Bárbara do Pará	1.280	27	2,11%
Santa Izabel do Pará	2.214	93	4,18%
RMB	153.091	7.218	4,71%
PARÁ	597.343	16.734	2,80%

Tabela 3 - Fluxos diários de pessoas para trabalho e/ ou estudos na RMB e municípios adjacentes

Fonte: IBGE/ BME (2010).

(PAC) – Urbanização de Assentamentos Precários, localizadas no Portal da Amazônia, Vila da Barca e Paracuri, no município de Belém. Em Ananindeua, ocorreu a entrega do Residencial Novo Cristo, com 480 unidades habitacionais.

ASPECTOS DE GOVERNANÇA DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Diversas ações de cunho político foram realizadas por diferentes entes federativos para o enfrentamento da pandemia da Covid-19. Destacam-se aquelas direcionadas à questão das políticas públicas de saúde, atividades econômicas, assistência social, ordem pública etc. A partir do ano de 2021, percebe-se o alinhamento das novas gestões municipais ao governo do estado do Pará, buscando solucionar os problemas a partir da integração do planejamento e execução de políticas públicas, sobretudo na área da saúde. Espera-se que esse novo modelo de gestão, ao menos na intencionalidade, já que não se trata de

nenhum arranjo metropolitano oficial semelhante a um sistema interfederativo, continue e se institucionalize com a criação dos seus respectivos sistemas gestores.

Ações integradas na área da saúde

É nítido que há um cenário de união e cooperação entre os municípios metropolitanos e o governo do estado, a partir das novas gestões que se iniciaram no ano de 2021. Essas ações são evidenciadas a partir da ajuda financeira, equipamentos e atendimento público da atenção básica fornecidos pelo estado. Destaca-se também que todos os municípios, por determinação de uma recomendação do Ministério Público do Estado do Pará (MPPA), criaram portais da transparência de acesso à informação das ações e gastos com a Covid-19, bem como elaboraram painéis de sistematização e fornecimento dos boletins epidemiológicos.

Além disso, a partir do momento do início da vacinação no estado, os planos de vacinação dos municípios metropolitanos estão bem atrelados ao plano estadual, com algumas ressalvas no que diz respeito à prioridade de algumas classes trabalhistas. Há um esforço por parte da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) em realizar o repasse das vacinas adquiridas do governo federal ou compradas com recursos próprios para os municípios. Já estes têm buscado intensificar a campanha, ampliando e dispersando nos territórios os locais de vacinação.

No que se refere à quantidade de vacinados com a primeira dose na RMB, o valor de referência no dia 19 de setembro de 2021 é de 1.521.179 pessoas vacinadas, representando 60,14% da população, ainda abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Já aqueles que completaram a imunização com a segunda dose somam 717.717, ou 28,30%. De acordo com a OMS, a referência aceitável para atingir a "imunidade de rebanho", ou seja, a imunidade coletiva que define o momento em que a cadeia de transmissão de uma doença dentro de um grupo populacional é interrompida por se ter atingido um grande percentual de indivíduos já imunizados, é de 70%.

A partir dos dados apresentados na Tabela 4, verifica-se que nenhum município havia atingido

Municípios	Casos acumulados até 23 out. 2021	Óbitos acumulados até 23 out. 2021	Taxa de letalidade %
Ananindeua	26.210	826	3,15%
Belém	106.635	5.540	4,82%
Benevides	4.148	106	2,55%
Castanhal	9.627	486	5,05%
Marituba	2.977	140	4,70%
Santa Bárbara do Pará	1.280	27	2,11%
Santa Izabel do Pará	2.214	93	4,18%
RMB	153.091	7.218	4,71%
PARÁ	597.343	16.734	2,80%

Tabela 4 - Vacinados com 1ª e 2ª dose nos municípios da RMB e Pará

Fonte: SESPA, 2021.

esse percentual até o dia 19 de setembro de 2021. A capital paraense já imunizou com a 1ª dose aproximadamente 67,41% de sua população e com a 2ª dose 36,74%. Os municípios de Marituba e Santa Izabel do Pará são os que apresentam os índices percentuais mais baixos de vacinação da 1ª dose, cujos valores são, respectivamente, 49,39% e 42,78%.

A aceleração da vacinação nos municípios é um desafio e depende de vários fatores, sobretudo do envio de vacinas por parte do governo federal. Além disso, por se tratar de um vírus altamente transmissível e mutável, o *SARS-CoV-2* já passou por várias mutações, entre elas, destacam-se as seguintes variantes:

Variante Alfa: a antiga B.1.1.7, identificada no Reino Unido;

Variante Beta: a antiga B.1.351, identificada na África do Sul;

Variante Gama: a antiga P.1, identificada no Brasil;

Variante Delta: a antiga B.1.617.2, identificada na Índia.

Ações integradas na área da assistência social e atividades econômicas

Importante política assistencialista durante a pandemia foram os repasses de auxílios emergências, que, após as diversas polêmicas relacionadas ao valor a ser pago, datas de liberação do auxílio e filas intermináveis nas frentes das agências do Banco Caixa Econômica Federal, é indiscutível que o valor pago minimizou o efeito econômico e de vulnerabilidade social no momento da pandemia, sobretudo até novembro de 2020, último mês em que a maioria das pessoas sem renda receberam o auxílio emergencial.

No ano de 2020, o município de Belém recebeu algo próximo de 2,5 bilhões de reais em auxílio emergencial, contemplando mais de 561 mil pessoas. Seguido de Ananindeua, com 895 milhões de reais e 195 mil pessoas. Em terceiro, destaca-se Castanhal, com 360 milhões de reais, beneficiando mais de 79 mil pessoas. Além do auxílio emergencial, o portal da transparência apresenta os valores repassados dos programas Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada (BPC), com valores menores, porém que contribuem para injetar recursos financeiros na economia urbana das cidades. Na Tabela 5 é possível verificar o valor recebido por município e o total de beneficiários pelo tipo de programa social.

Em 2021, os dados disponíveis no portal da transparência revelam o esvaziamento da política de transferência de renda por meio do auxílio emergencial àquelas pessoas sem vínculo empregatício. O município de Belém recebeu apenas 4,1 milhões de reais, contemplando menos de 3 mil pessoas. Ananindeua recebeu aproximadamente 1,2 milhões para dividir entre 859 pessoas. Os demais municípios metropolitanos receberam menos de 1 milhão cada um. Importante destacar que, além da grande diminuição dos valores absolutos e da população contemplada, os valores pagos passaram a ser 150 reais, em vez de 600. Há também uma diminuição dos valores pagos no Programa Bolsa Família e BPC, mesmo que em alguns casos tenha se verificado aumento dos beneficiários. Na Tabela 6 encontram-se dispostos os valores pertinentes ao ano de 2021.

Municípios	Casos acumulados até 23 out. 2021	Óbitos acumulados até 23 out. 2021	Taxa de letalidade %
Ananindeua	26.210	826	3,15%
Belém	106.635	5.540	4,82%
Benevides	4.148	106	2,55%
Castanhal	9.627	486	5,05%
Marituba	2.977	140	4,70%
Santa Bárbara do Pará	1.280	27	2,11%
Santa Izabel do Pará	2.214	93	4,18%
RMB	153.091	7.218	4,71%
PARÁ	597.343	16.734	2,80%

Tabela 5 - Transferências do governo federal para municípios da RMB em 2020

Fonte: Brasil, 2021.

Municípios	Casos acumulados até 23 out. 2021	Óbitos acumulados até 23 out. 2021	Taxa de letalidade %
Ananindeua	26.210	826	3,15%
Belém	106.635	5.540	4,82%
Benevides	4.148	106	2,55%
Castanhal	9.627	486	5,05%
Marituba	2.977	140	4,70%
Santa Bárbara do Pará	1.280	27	2,11%
Santa Izabel do Pará	2.214	93	4,18%
RMB	153.091	7.218	4,71%
PARÁ	597.343	16.734	2,80%

Tabela 6 - Transferências do Governo Federal para municípios da RMB em 2021

Fonte: Brasil, 2021.

Por parte do Governo estadual e prefeituras, há várias tentativas de transferência de renda para categorias de profissionais autônomos e pessoas de baixa renda. No âmbito do estado, o governo criou alguns programas, entre eles:

Programa Renda Pará, que disponibilizou um aporte financeiro de 500 milhões de reais concedidos a diversas categorias de trabalhadores autônomos;

Programa Água Pará, que atende as famílias de baixa renda cadastradas no programa Bolsa Família, cuja finalidade é isentá-las do pagamento da fatura de água, desde que consumam até 20 m³ de volume de água/mês;

Vale-Gás, que pretende atender 110 mil famílias do CadÚnico com um auxílio no valor de 100 reais para a compra do botijão de gás;

Vale-Alimentação escolar, que consistia no repasse ao aluno do valor da merenda escolar, a partir de uma recarga em um cartão pelo qual poderia comprar nas principais redes de supermercados do estado.

As prefeituras também buscaram formas de distribuição de renda. O município de Belém criou o Programa Bora Belém, para atender até 11 mil pessoas, para mães solteiras cadastradas no CadÚnico, que, dependendo da quantidade de filhos, poderão receber até 450 reais.

Ananindeua criou um auxílio em parcela única no valor de 100 reais para contemplar 4 mil famílias. Além deste, foram criadas linhas de microcréditos para empreendedores individuais, no valor de 2.000 reais, podendo ser adquiridas pelos jovens de 18 a 30 anos de idade. Para os feirantes, foram disponibilizados àqueles do setor de peixes e mariscos, em razão da epidemia da doença de Haff que atingiu os estados do Amazonas e Pará.

REFERÊNCIAS

BELÉM (2021). Mutirão do Bora Belém busca atingir a meta de 22 mil famílias. Belém: Agência Belém, 23 out. 2021. Disponível em: http://agenciabelem.com.br/Noticia/222243/mutirao-do-bora-belem-busca-atingir-a-meta-de-22-mil-familias. Acesso em: 25 out. 2021.

_____. Painel Covid (2021). Belém contra coronavírus. Belém: SESMA, 25 out. 2021. Disponível em: http://contratoemergencial.belem.pa.gov.br/painel-Covid-19/. Acesso em: 25 out. 2021.

CAIXA (Caixa Econômica Federal) (2020). Auxílio Emergencial do Governo Federal. Brasília: Caixa Econômica Federal, 2020. Disponível em: www.auxilio.caixa.gov.br. Acesso em: 15 out. 2021.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2010). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br. Acesso em: 14 out. 2021.

LE MONDE (2020). Brasil, novo epicentro da Covid-19. Brasil. Le Monde, 26 maio 2020. Disponível em: https://www.lemonde.fr/international/article/2020/05/26/le-bresil-nouvel-epicentre-du-Covid-19_6040803_3210.html. Acesso em: 18 out. 2021.

PARÁ (2021). Governador anuncia inclusão de novas categorias no Renda Pará R$ 500. Belém: Agencia Pará, 28 maio 2021. Disponível em: https://www.agenciapara.com.br/noticia/28690. Acesso em: 18 out. 2021.

SESPA (Secretaria de Saúde Pública; Governo do Estado do Pará) (2020). Coronavírus no Estado do Pará. Belém: SESPA, 06 jul. 2020. Disponível em: https://www.covid-19.pa.gov.br/public/dashboard/41777953-93bf-4a46-b9c2-3cf4ccefb3c9. Acesso em: 25 out. 2021.

VAZ, Elisa (2021). Ananindeua lança programa que disponibiliza microcrédito de R$ 2 mil. O Liberal, 30 abr. 2021. Disponível em: https://www.oliberal.com/politica/ananindeua-lanca-programa-que-disponibiliza-microcredito-de-r-2-mil-1.381345. Acesso em: 18 out. 2021.

02

REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE(MG)

Renata de Leorne Salles

Renato Barbosa Fontes

Jupira Gomes de Mendonça

Luciana Teixeira de Andrade

Colaboração:

Marina Sanders Paolinelli

INTRODUÇÃO

Este dossiê teve como objetivo analisar a dinâmica dos casos registrados e das mortes pelo vírus da Covid-19 entre os municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), assim como analisar as ações dos poderes públicos e da sociedade civil no enfrentamento da pandemia. Para a sua elaboração foram utilizados dados da Secretaria de Saúde do governo de Minas Gerais[1], do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH)[2], da população estimada do IBGE para 2020, além de uma pesquisa documental pelos portais das prefeituras dos municípios da RMBH. Ressalta-se a complexidade da análise na escala territorial metropolitana: ainda que no nível intraurbano haja correspondência entre características tais como habitabilidade, saneamento, mobilidade urbana e acesso aos serviços urbanos e a expansão da pandemia, especialmente os óbitos, se comparados aos índices gerais no nível intermunicipal, tais como índice de bem-estar urbano ou o grau de integração ao polo, esta correlação não é clara.

Para analisar os dados da pandemia na RMBH, foram utilizados três indicadores epidemiológicos associados à doença: o número de casos, o número de óbitos e os números da vacinação. A análise teve como foco os óbitos, informação que reflete o efeito mais grave da doença e é menos sujeita a sub-registros. Dada a grande diversidade de tamanho populacional entre os municípios, utilizou-se as taxas por 100 mil habitantes, além de agrupar os municípios por faixas populacionais, para uma comparação mais segura, e três recortes temporais trimestrais: 30 dez./2020, 30 mar./2021 e 30 jun./2021.

Com relação aos dados da vacinação, há variações no número de doses aplicadas diariamente, na medida da sua disponibilização pelo governo federal e estadual, optando-se aqui por um retrato específico no tempo, junho de 2021, e não pela análise temporal, devido também ao

1 MINAS GERAIS. Dados abertos. Disponível em: https://coronavirus.saude.mg.gov.br/dadosabertos. Acesso em 13 out. 2021.

2 Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH); Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/coronavirus/informacao/infocovid/. Acesso em 13 out. 2021.

dinamismo do próprio cronograma de imunização. Neste período, enquanto o Brasil avançava no ritmo da vacinação – com mais de 25,7 milhões de pessoas vacinadas em todo o país –, Belo Horizonte era a segunda capital mais atrasada em termos de faixa etária, só à frente de Palmas (TO), e ainda estava imunizando pessoas acima de 56 anos3. Tudo indica que uma disputa política entre o governador do estado, Romeu Zema (Novo), e o prefeito municipal, Alexandre Kalil (PSD), corroborou com esse cenário, inclusive com interrupção no processo de vacinação no referido mês4. Enquanto o governo estadual afirmou se tratar de uma medida compensatória, pois a capital já havia recebido 100% das primeiras remessas do imunizante da Pfizer, o governo municipal atribuiu o não repasse das vacinas a "Brasília" e ao "estado". Após uma semana de paralisação, o prefeito informou em entrevista ao jornal Estado de Minas (22/06/2021) que o embate por mais vacinas estaria "apaziguado"5.

Foi possível observar, de um lado, a ausência de uma articulação de gestão da pandemia no nível metropolitano e a existência de conflitos políticos, mas, de outro lado, iniciativas de enfrentamento dos impactos da pandemia por meio de ações de emergência e políticas de auxílio, como é o caso de Belo Horizonte. Por fim, serão apresentadas as principais iniciativas locais de enfrentamento da pandemia por redes, articulações e entidades da sociedade civil na RMBH, além de uma síntese dos conflitos fundiários vividos no período.

A ESCALA METROPOLITANA E A PANDEMIA DA COVID-19

No Brasil, de modo geral, as metrópoles foram a porta de entrada da Covid-19, assim como no

3 RONAN, Gabriel (2021). Vacinação em BH é a segunda mais atrasada entre as capitais brasileiras. Estado de Minas, 19 jun. 2021. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/06/19/interna_gerais,1278412/vacinacao-em-bh-e-a-segunda-mais-atrasada-entre-as-capitais-brasileiras.shtml. Acesso em 25 jun.2021.

4 Conforme o Secretário Municipal de Saúde, Jackson Machado, em entrevista coletiva (15/06/2021), 50 mil doses não foram entregues pelo governo do estado, o que impossibilitou a ampliação da vacinação para novos grupos naquele momento, já que haviam sido recebidas somente 19 mil doses (3,3% das doses que chegaram em Minas Gerais). Conforme o critério adotado pelo Ministério da Saúde para os estados distribuírem as vacinas por municípios, a capital deveria ter recebido 14% dessas doses.

5 KALIL sobre disputa por mais vacinas com Zema: "Está apaziguada'" (2021). Estado de Minas, 22 jun. 2021. Disponível em:https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/06/22/interna_gerais,1279356/kalil-sobre-disputa-por-mais-vacinas-com-zema-esta-apaziguada.shtml. Acesso em 27 jun. 2021.

caso da RMBH, cujo quantitativo de óbitos foi destaque em meados de 2021, em comparação com as outras RMs do país. Dos 539.050 óbitos que se somavam no país em 15 de julho de 2021, 43% (232.887) concentravam-se em regiões metropolitanas6. A RMBH, que representa 2,5% do território de Minas Gerais e cerca de 28% da população do estado (est. IBGE/2020), concentrava, no mesmo período, 28,5% (13.834) do total dos óbitos de todo o estado (48.513), sendo a quarta RM com mais mortes – atrás de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, respectivamente.

Utilizando a tipologia de integração metropolitana dos municípios com a cidade-polo, construída pelo Observatório das Metrópoles (2019) buscou-se analisar a sua associação com a expansão da pandemia.

Os cinco municípios classificados como de integração "muito alta" (Betim, Contagem, Ribeirão das Neves, Santa Luzia e Vespasiano) são exatamente aqueles com maior população, menor distância da capital (exceto Betim) e há mais tempo integrados institucionalmente à Região Metropolitana. Os cinco municípios categorizados com grau de integração "baixo" estão, no mínimo, a 35 km de distância (chegando a 85 km), com população, em média, inferior a 25 mil habitantes. Já os categorizados como "muito baixo" são aqueles que, além da distância, foram os últimos a se inserir na RM, como Jaboticatubas (2000) e Nova União (1999), e de população inferior a 20 mil habitantes.

Na tabela a seguir, foram agrupados os municípios por grau de integração e número de óbitos acumulados até 28 junho de 2021.Chama a atenção o fato de não haver grandes disparidades nos óbitos por 100 mil hab., inclusive naqueles municípios menores, inseridos na categoria de integração "muito baixa", ou seja, não se observou uma relação significativa entre grau de integração à dinâmica metropolitana e os casos registrados e as mortes devido à pandemia.

6 Conforme dados divulgados pelo Observatório das Metrópoles. OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES (2020). As Metrópoles e a Covid-19: Dossiê Nacional. Disponível em www.observatoriodasmetropoles.net.br/dossie-covid-19. Acesso em 22 ago. 2021.

Tabela 1 - Grau de integração e número de óbitos

Municípios por grau de integração	Estimativa de população 2020	Total de Óbitos (até 28/jun./21)	Óbitos por 100 mil hab. (população estimada)
POLO	2.521.564	5.691	226
MUITO ALTO	1.860.005	4.195	226
ALTO	676.498	1.217	180
MÉDIO	269.470	632	235
BAIXO	47.118	82	174
MUITO BAIXO	17.781	39	219
Total	**5.392.436**	**11.856**	**220**

Fontes: IBGE, estimativa populacional 2020; Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - elaborado pelos autores, 2021.

Desigualdade territorial exposta pela pandemia

Entre o número de casos de Covid 19 e os registros de óbitos na RMBH, nota-se que até 28 de junho de 2021 Belo Horizonte, que representa 45% da população da RM, concentrou mais da metade do total de casos e óbitos somados (234.329) em toda a região (410.924), acumulando o mesmo percentual do ano anterior: 57%7. No mesmo período, a capital concentrou 48% dos óbitos (5.691) da RM (11.856).

No âmbito nacional, até maio de 2020, o quantitativo de casos e óbitos em BH estava abaixo das demais capitais[8]. As hipóteses levantadas eram a baixa testagem, os poucos voos internacionais na região e/ou isolamento precoce implementado pelo prefeito. Entre junho

7 Conforme o 1º dossiê, até 16 de junho de 2020 a capital havia acumulado 57% dos 6.117 casos confirmados na RM, com 3.486 pessoas mortas ou infectadas pelo coronavírus.

8 Minas Gerais também apresentava um baixo número de casos, sendo o 13º no *ranking* entre os demais estados brasileiros, apesar de ser o segundo mais populoso do país. (FONTES; SEGUNDO, 2020)

e julho, os números começaram a crescer gradativamente, havendo aumento expressivo a partir de janeiro de 2021[9]. Contudo, BH continuou apresentando queda no número de óbitos e registrou a menor taxa de mortalidade por 100 mil hab. (154) entre as maiores cidades brasileiras (com mais de 1 milhão de hab.), conforme dados do Ministério da Saúde em 19 de abril de 2021[10]. Por essas razões, procedeu-se a uma análise intraurbana.

BH está dividida em 9 regiões administrativas. Um aspecto interessante apontado pelo 1º dossiê dizia respeito à distribuição de casos segundo essas regiões. Com base no Boletim Epidemiológico de 17/06/2020, havia uma concentração de casos nos bairros da região Centro-Sul, onde reside a população de mais alta renda[11]. Porém, os óbitos se dispersaram pelas regiões de média e baixa renda, principalmente nos locais de maior vulnerabilidade social. Com o avanço da pandemia, observou-se a diminuição de casos e óbitos nos bairros da Centro-Sul e o aumento gradativo em outras áreas. Um dado mais recente da Prefeitura, de 27/08/2021, mostra as regiões Noroeste (819), Nordeste (797), Barreiro (777) e Oeste (736) à frente da Centro-Sul (733) em número de óbitos[12].

Nas localidades onde se situa a parcela mais vulnerável da população em termos socioeconômicos, os dados são ainda mais alarmantes, como se mostrará a seguir. É justamente em BH, que concentra o maior número de áreas (196) classificadas como Aglomerados Subnormais[13] – formas de ocupação irregular como vilas, favelas, comunidades etc. – da

9 No final de junho do corrente ano, a capital mineira já era a 5ª do país com maior número de infectados pela Covid-19 (234.329), sendo 9.293 casos por 100 mil habitantes – em 1º lugar no *ranking* estava a cidade de São Paulo/SP, seguida de Brasília/DF, Rio de Janeiro/RJ e Fortaleza/CE.

10 Já Manaus, a pior no *ranking*, apresentava taxa de 395 óbitos por 100 mil hab.

11 Com exceção de dois aglomerados de favelas, o da Serra e o Santa Lúcia, como detalharemos a seguir.

12 BELO HORIZONTE (2021). Boletim epidemiológico e assistencial., n. 343, 27 ago. 2021. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/boletim_epidemiologico_assistencial_343_covid-19_27-08-2021.pdf. Acesso em 30 ago. 2021.

13 "Os Aglomerados Subnormais, segundo classificação adotada pelo IBGE, são formas de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia (públicos ou privados) para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas que apresentam restrições à ocupação." AGÊNCIA RMBH. Mapeamento preliminar de aglomerados subnormais na RMBH. Disponível em: http://www.agenciarmbh.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/Aglomerados-Subnormais_RMBH_AGENCIA-RMBH_R01.pdf. Acesso em 14 out. 2021.

RMBH (427)[14], segundo um levantamento realizado pela Agência RMBH . Pela Figura 1 pode-se ver a delimitação dos bairros da cidade formal e as áreas de vilas e favelas na capital, estas destacadas em vermelho em cada região administrativa (que corresponde também a distrito sanitário).

Dados de julho de 2020 do Observatório de Saúde Urbana de BH (OSUBH), com base no Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS-BH), apontam taxas de internação por 100 mil hab. 20% mais altas nas áreas de maior risco, ou seja, nos assentamentos irregulares das vilas e favelas[15]. Nestes locais também foram registrados mais óbitos, apesar da porta de entrada do vírus ter sido em regiões de maior renda.

A análise da densidade de internações e óbitos no período entre 29/12/2019 e 28/07/2020 também reflete esse cenário, já que a maior densidade, em ambos os casos, se sobrepõe aos locais de maior vulnerabilidade social, especialmente nas áreas de vilas/favelas e de ocupações urbanas das regiões Oeste, Noroeste, Leste e Centro-Sul, conforme dados da OSUBH.

Outro aspecto a ser observado diz respeito ao período posterior a julho de 2020, quando a prefeitura municipal flexibilizou algumas medidas de restrição, possibilitando a abertura gradual do comércio que, consequentemente, aumentou a mobilidade urbana. Os efeitos podem ser vistos nos mapas a seguir, que contemplam os óbitos até janeiro de 2021, demarcando os períodos anteriores e posteriores à flexibilização, respectivamente: 29/12/2019 a 05/08/2020 (Mapa A) e 06/08/2020 a 02/01/2021 (Mapa B).

Após a flexibilização, 06 agosto de 2020, houve mudança no padrão de distribuição espacial dos óbitos, provocando um agravamento da pandemia. Tal fato é explicitado pelo espraiamento das manchas vermelhas no território, principalmente na porção central de BH.

14 A estimativa é de 95.732 domicílios ocupados nessas áreas, o que representa mais de 11% de domicílios ocupados em toda a cidade (835.397).

15 Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/coronavirus/wp-content/uploads/sites/91/2020/10/Info-9_outubro_edi%C3%A7%C3%A3ofinal5-16-10-2020.pdf. Acesso em 31 ago. 2021.

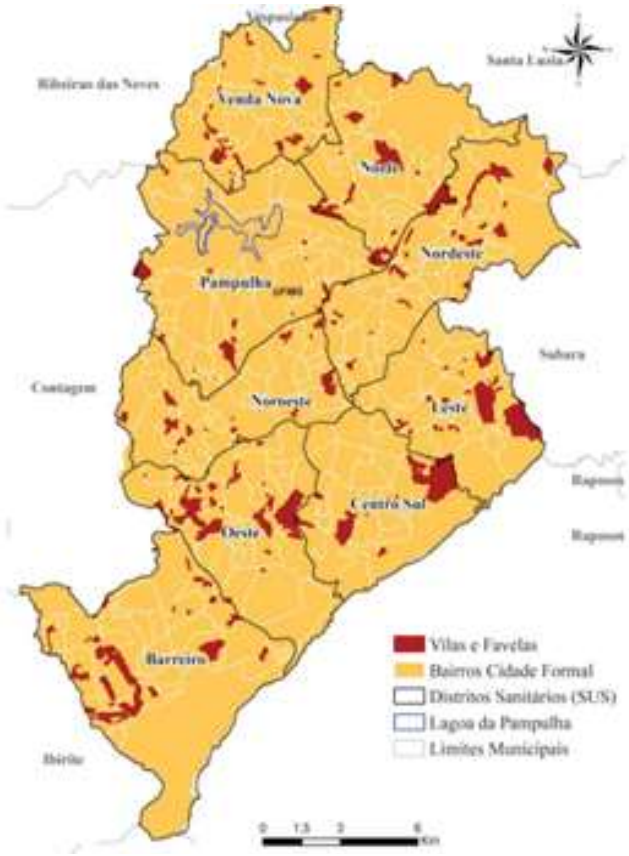


Figura 1 - Mapa de Belo Horizonte com a delimitação de regiões administrativas, bairros e vilas e favelas

Fonte: OSUBH, 2020a.

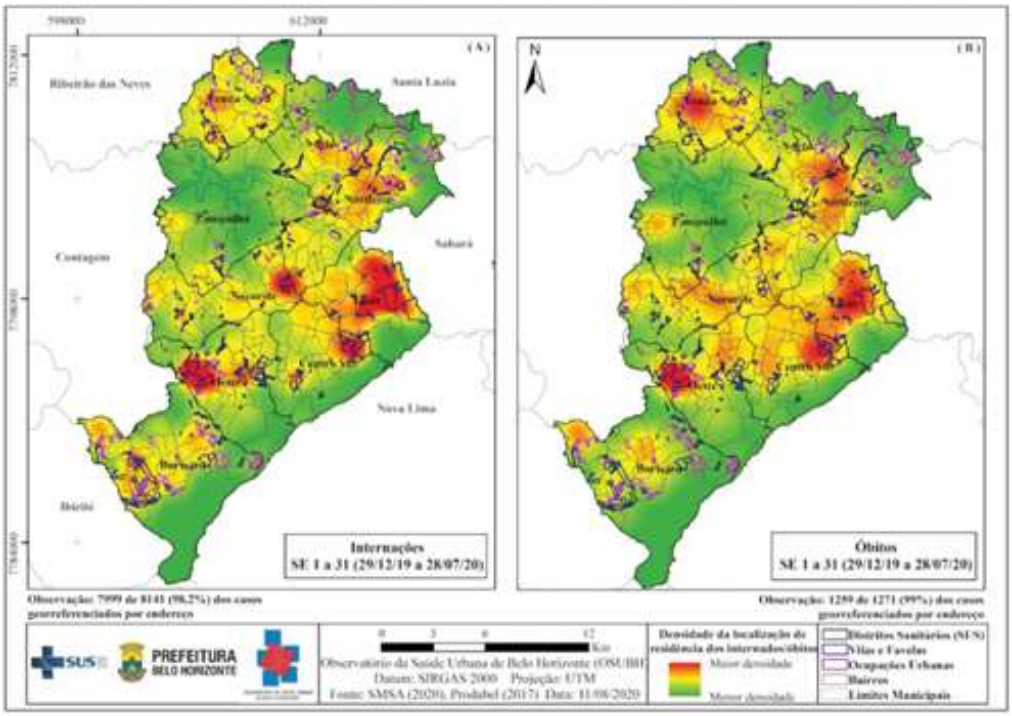


Figura 2 - Mapas da densidade de óbitos por Covid-19 em Belo Horizonte de 29/12/19 a 05/08/20 (A) e 06/08/20 a 02/01/21

Fonte: OSUBH, 2021b.

Evolução de óbitos na RMBH

Para melhor comparação e análise do quantitativo de óbitos entre os municípios da RM, estes foram agregados por faixa populacional, em 5 classes conforme o tamanho,16 a saber: (i) G1, até 20 mil habitantes; (ii) G2, mais de 20 mil até 50 mil hab.; (iii) G3, mais de 50 mil até 100 mil hab.; (iv) G4, mais de 100 mil até 200 mil hab.; (v) G5, mais de 200 mil hab.

A Tabela 2 apresenta os municípios agregados por classes, a população estimada de cada grupo, o número de óbitos por 100 mil hab. e o grau de integração de cada cidade. A Figura 3 identifica as classes de municípios no território contribuindo com uma leitura macro dos resultados.

Ao listar os 34 municípios da RMBH por meio de um ranking daqueles com maior número de óbitos por 100 mil hab., os 10 primeiros, exceto nos casos de Betim e Contagem, são municípios considerados pequenos, com população igual ou inferior a 30 mil hab.

Na primeira faixa populacional G1, chama a atenção a média alta de óbitos por 100 mil hab. Entre eles, destacam-se os municípios de Rio Acima e Mário Campos, com a segunda e terceira taxas mais altas de toda RM (307 e 282), respectivamente. Na análise de óbitos por recorte trimestral, que será apresentada mais adiante, no município de Rio Acima há um salto expressivo (429%) entre dezembro de 2020 e março de 2021. No oposto, o município de Nova União apresenta uma taxa de 87 óbitos, a menor de toda RM.

O fato é que se apresenta complexa uma análise mais precisa entre a taxa de óbitos e a dimensão populacional ou localização dos municípios. Se observarmos os maiores municípios da RM nos grupos 3, 4 e 5, não há nada tão díspar em relação aos outros municípios.

Deste modo, buscando uma alternativa de análise, optou-se por fazer uma periodização que contribuísse para a compreensão da evolução da taxa de mortalidade por 100 mil hab. e,

16 Por população estimada, disponível em IBGB. Estatísticas de gênero. https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html?loc=0. Acesso em 15 ago.2021.

Grupos	Municípios	População estimada (2020)	Óbitos por 100 mil hab.	Grau de integração
G1	TAQUARAÇU DE MINAS	4.099	220	MUITO BAIXO
	NOVA UNIÃO	5.732	87	BAIXO
	RIO MANSO	5.879	187	MUITO BAIXO
	CONFINS	6.800	162	ALTO
	FLORESTAL	7.533	159	BAIXO
	BALDIM	7.803	243	MUITO BAIXO
	CAPIM BRANCO	9.826	163	MÉDIO
	RIO ACIMA	10.420	307	MÉDIO
	ITATIAIUCU	11.252	267	MÉDIO
	ITAGUARA	13.435	216	BAIXO
	MÁRIO CAMPOS	15.619	282	MÉDIO
	RAPOSOS	16.429	219	MÉDIO
G2	JABOTICATUBAS	20.418	176	BAIXO
	SÃO JOSÉ DA LAPA	24.135	166	MÉDIO
	JUATUBA	27.392	274	ALTO
	MATEUS LEME	31.364	239	MÉDIO
	SÃO JOAQUIM DE BICAS	32.148	320	ALTO
	SARZEDO	33.413	221	ALTO
	MATOZINHOS	38.151	233	ALTO
	BRUMADINHO	40.666	189	MÉDIO
	IGARAPÉ	43.817	199	ALTO
	CAETÉ	45.047	133	MÉDIO
G3	PEDRO LEOPOLDO	64.712	249	MÉDIO
	LAGOA SANTA	65.657	169	ALTO
	ESMERALDAS	71.551	164	ALTO
	NOVA LIMA	96.157	206	MUITO ALTO
G4	VESPASIANO	129.765	126	MUITO ALTO
	SABARÁ	137.125	141	ALTO
	IBIRITÉ	182.153	189	MUITO ALTO
G5	SANTA LUZIA	220.444	191	ALTO
	RIBEIRÃO DAS NEVES	338.197	188	MUITO ALTO
	BETIM	444.784	271	MUITO ALTO
	CONTAGEM	668.949	247	MUITO ALTO
	BELO HORIZONTE	2.521.564	226	POLO

Tabela 2 – Municípios da RMBH por faixa populacional, óbitos por 100 mil hab. e grau de integração

Fontes: IBGE, Estimativa de população, 2020; Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerias - elaborado pelos autores, 2021.

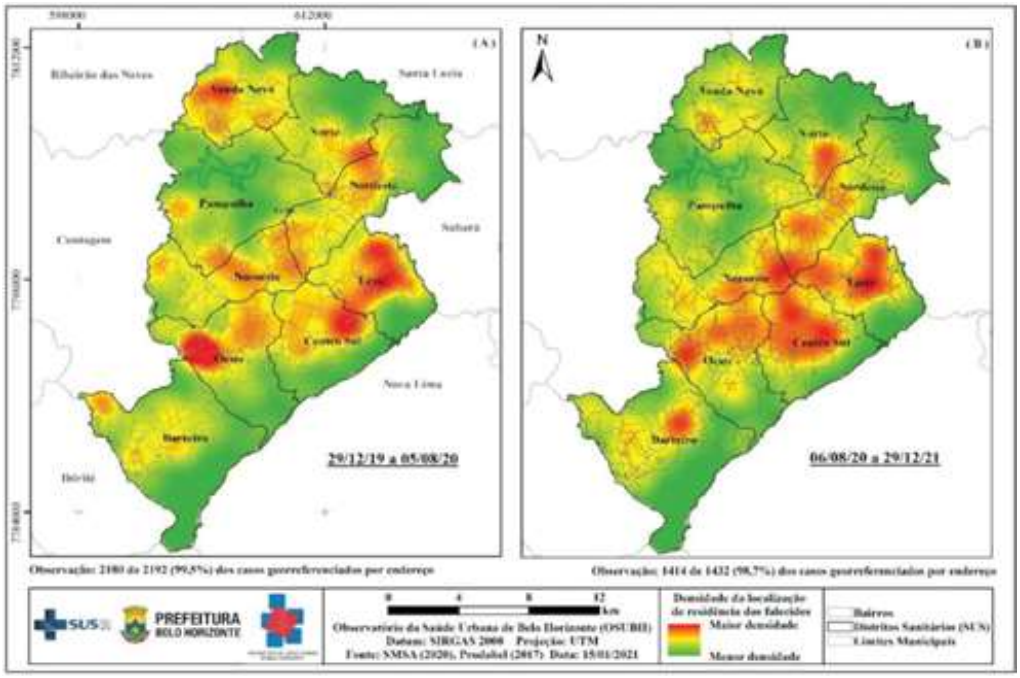


Figura 3 - Mapa da RMBH conforme as 5 classes de municípios

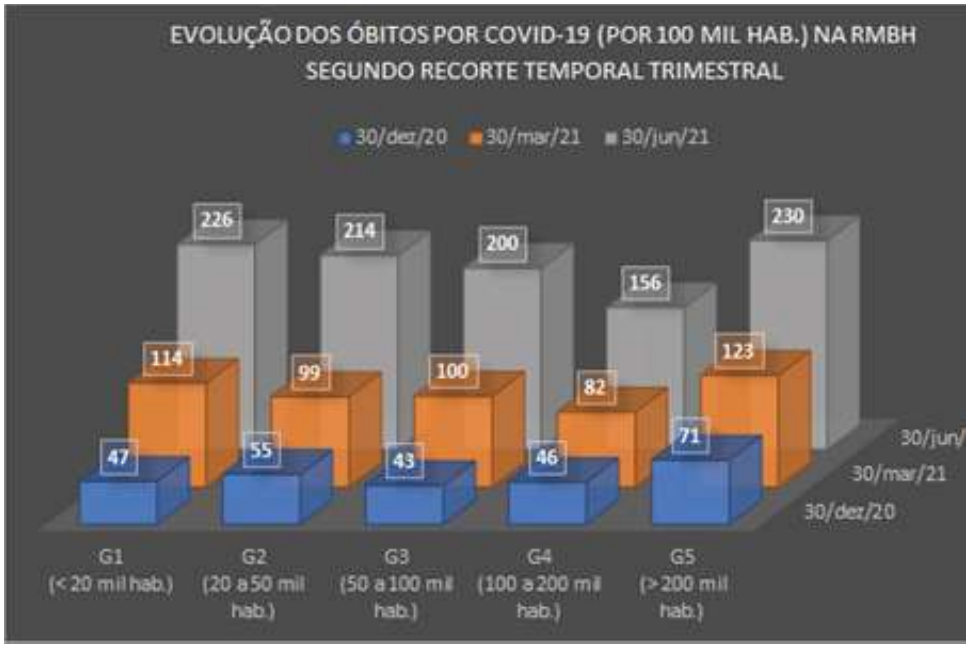


Figura 4 – Evolução da taxa de óbitos por Covid-19 na RMBH entre 30 dez./2020 e 30/jun./2020, conforme as classes de municípios

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

logo, a gravidade da pandemia no território metropolitano. Para isso, realizou-se um recorte temporal trimestral (30/12/20, 30/03/21 e 30/0621), cujos dados dizem respeito aos óbitos totais trimestrais acumulados, informados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

A partir da taxa de óbitos por 100 mil hab. por classe de municípios foi possível fazer uma comparação interclasses. Os acumulados trimestrais demonstram uma evolução contínua na taxa de óbitos por 100 mil hab. em todas as classes de municípios desde dez./20 até jun./21.

Ao observar o gráfico é possível identificar que o maior crescimento entre a taxa de óbitos trimestral ocorre entre março e junho de 2021, havendo um aumento exponencial nos grupos G2 e G3. Chamam a atenção, novamente, os municípios menores, com taxa bem próxima dos maiores municípios.

RESPOSTAS DO PODER PÚBLICO À PANDEMIA

As políticas públicas governamentais, de modo geral, têm dado pouco respaldo às múltiplas

expressões sociais e econômicas decorrentes da pandemia, mostrando-se incapazes de enfrentar os problemas emergentes, especialmente aqueles vivenciados pela população mais vulnerável, como a falta de condições básicas de moradia, alimentação, higiene e saúde, além da ausência de medidas econômicas para a manutenção de empregos dessa parcela da população. Mesmo com o avanço da vacinação, os impactos negativos sobre os mais pobres são notáveis, principalmente após a redução do valor e do alcance do programa de transferência de renda emergencial instituído pelo governo federal em 2020.

Com relação à capital, dados de 2021 também coletados através de sites, diários oficiais, entre outros, mostram a continuidade de algumas políticas públicas implementadas desde o início da pandemia e, ainda, proposições mais recentes diante do agravamento das condições de vida da população mais vulnerável.17 A prefeitura municipal prosseguiu com: (i) Auxílio para alunos da rede pública, (ii) Auxílio para população em vulnerabilidade social e (iii) Distribuição de produtos de higiene pessoal para população em vulnerabilidade social ("famílias residentes em vilas, favelas, ocupações urbanas, comunidades tradicionais e catadores de materiais recicláveis")18. O encerramento das entregas de cestas básicas e dos kits de higiene está previsto para setembro de 2021, devido à proposição de um programa de transferência de renda, com previsão de implantação em outubro, anunciado em 15 de julho de 2021 – Programa Auxílio Belo Horizonte.19 A ação pretende auxiliar com R$ 600 por mês – pagos em 6 parcelas de R$ 100 – famílias com renda per capita de até meio salário mínimo, além daquelas que já são atendidas por outras políticas públicas municipais, como os ambulantes, catadores de materiais

17 Constatou-se, entre janeiro e abril deste ano, o ingresso de aproximadamente 10 mil famílias no CadÚnico, em Belo Horizonte, sendo que quase 40% das cerca de 180 mil famílias cadastradas estão vivendo em situação de extrema pobreza (recebem até R$ 89 mensais *per capita*). O aumento da demanda por outros programas assistenciais, como o Bolsa Família e algumas políticas públicas de proteção social, também é fato no município. BELO HORIZONTE (2021). PBH lança o Auxílio Belo Horizonte, programa destinado às famílias mais pobres. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-lanca-o-auxilio-belo-horizonte-programa-destinado-familias-mais-pobres. Acesso em 19 ago.2021.

18 BELO HORIZONTE (2021). Coronavírus. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus. Acesso em: 17 ago. 2021.

19 BELO HORIZONTE (2021). PBH lança o Auxílio Belo Horizonte, programa destinado às famílias mais pobres. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/pbh-lanca-o-auxilio-belo-horizonte-programa-destinado-familias-mais-pobres. Acesso em: 15 ago. 2021.

recicláveis, comunidades tradicionais, entre outros.20 Para famílias em situação de extrema pobreza, com renda per capita de até R$ 89, serão pagos R$ 1.200 em 6 parcelas de R$ 200. Além disso, será oferecido um subsídio de alimentação mensal de R$ 100 para famílias de estudantes da rede pública municipal de educação básica. Pretende-se, dessa forma, beneficiar cerca de 300 mil famílias.

Além da capital, apenas outros dois municípios da RM implementaram programas de transferência de renda. Em Contagem, o Vale Merenda - Card Alimentação Estudantil, ação iniciada em abril de 2020 e realizada pela Política de Segurança Alimentar da Prefeitura, garantiu auxílio-alimentação aos estudantes da rede pública municipal e estadual, creches e Fundação de Ensino de Contagem, para as famílias cadastradas no CadÚnico ou com renda de até 3 salários mínimos. Um vale-alimentação de R$ 65 por aluno beneficiou 60 mil estudantes durante 3 meses. Tal política foi retomada a partir de janeiro de 2021, com a distribuição do novo vale no valor de R$ 50 por aluno.

Já a prefeitura de Nova Lima, em dezembro de 2020, disponibilizou um auxílio econômico no valor de R$ 200 durante 3 meses, em benefício de mais de 3 mil famílias com renda per capita igual ou inferior a meio salário mínimo. Em abril de 2021, a ação foi prorrogada, e o valor pago inicial foi atualizado para 6 parcelas de R$ 400.

Em Belo Horizonte, Betim e Contagem foi realizada uma ação em parceria com a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), através do projeto POPrua, visando à distribuição de água em copos para a população em situação de rua desses municípios.

No âmbito metropolitano, a Agência RMBH apresentou, em julho de 2020, o projeto Mapeamento dos aglomerados, vilas e favelas na RMBH, visando subsidiar ações da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), com a previsão de repasse de recursos aos municípios através do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde tendo sido selecionados os

20 Inclui-se, também, pessoas com deficiência ou doenças raras contempladas pelo programa Superar, da Secretaria Municipal de Esportes e Lazer.

aglomerados com maior número de casos de Belo Horizonte, Betim, Contagem, Ibirité, Ribeirão das Neves e Santa Luzia.21 Não foi possível averiguar se a ação foi de fato implementada, devido à ausência de informações disponibilizadas pelos órgãos responsáveis. De qualquer modo, a proposta previa o acolhimento de 2 mil moradores de aglomerados em hotéis nos respectivos municípios para fins de isolamento social com base nos protocolos sanitários e, ainda, o recebimento de um kit de higiene com escova e pasta de dente, pano e álcool para limpeza, 3 máscaras cirúrgicas por dia, lenço descartável e álcool gel.

Numa perspectiva estadual, iniciou-se em outubro de 2020, em parceria com a Caixa Econômica Federal, um programa de transferência de renda complementar ao Auxílio Emergencial do Governo Federal: o Renda Minas22. Este serviu como um complemento às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R$ 89. A medida contemplou mais de 980 mil famílias (cerca de 2.780 pessoas) com 3 parcelas de R$ 39 pagos a cada integrante da família cadastrado no CadÚnico.

Em junho de 2021, o governo do estado regulamentou o programa Força Família, auxílio econômico de R$ 600 para famílias em situação de extrema pobreza23. A previsão é de que o auxílio, que visa beneficiar mais de 1 milhão de famílias, seja implementado em novembro deste ano, coincidindo com o fim do pagamento do Auxílio Emergencial do Governo Federal, de 2021.

Além disso, a Secretaria de Desenvolvimento Econômico (SEDE) informa uma série de ações

21 Alguns critérios foram utilizados para selecionar os municípios, como o tamanho da população (maior ou igual a 150 mil hab.); quantitativo de casos maior ou igual a 50% da média estadual; entre outros. A previsão de recursos para cada município é de aproximadamente: R$ 955 mil para BH, R$ 167 mil para Betim, R$ 252 mil para Contagem, R$ 68 mil para Ibirité, R$ 127 mil para Ribeirão das Neves e R$ 83 mil para Santa Luzia, conforme dados da Agência. (COTA, F. (2020). Mapeamento dos aglomerados, vilas e favelas na RMBH auxilia implantação do projeto de acolhimento do Governo de Minas. Disponível em: http://www.agenciarmbh.mg.gov.br/mapeamento-dos-aglomerados-vilas-e-favelas-na-rmbh-auxilia-implantacao-do-projeto-de-acolhimento-da-secretaria-de-saude/. Acesso em 31 ago.2021.)

22 Disponível em: http://www.rendaminas.mg.gov.br/. Acesso em: 13 ago. 2021.

23 GOVERNO do Estado regulamenta auxílio para população em extrema pobreza (2021). Agência Minas. Disponível em: http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/governo-do-estado-regulamenta-auxilio-para-populacao-em-extrema-pobreza. Acesso em: 15 ago.2021.

de proteção social para a população do estado em situação de vulnerabilidade e/ou extrema pobreza, mas não especifica os municípios beneficiados.24 A título de exemplo temos: o Bolsa Merenda; distribuição de cestas básicas; campanhas informativas em redes sociais sobre a prevenção do vírus; oferta de atividades físicas através de plataformas online durante o período de isolamento social; apoio à população de rua, população idosa e pessoas com deficiência. A respeito desta última iniciativa, a SEDE informa que 54 municípios e entidades foram contemplados com o repasse de recursos de mais de R$ 3,6 milhões remanejados de emendas parlamentares.

AÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

Para mitigar os impactos negativos promovidos pela atual crise sanitária, cujos efeitos nos territórios populares se somam às crises política e econômica dos últimos tempos, são de extrema importância as ações da sociedade civil organizada, de diversos tipos (coletivos, ONGs, associações informais etc.)

Entre as 65 iniciativas de grupos da sociedade civil mapeadas na região metropolitana no dossiê realizado em 2020, nota-se que a atuação das entidades tem como foco os aglomerados de favelas e as ocupações urbanas horizontais e periféricas, com ações mais concentradas no município-polo. De tais ações, observa-se que 22 seguem em andamento até o período atual, mas é possível que algumas iniciativas não tenham sido identificadas devido às limitações da própria pesquisa, cuja coleta de dados se deu somente por meio de plataformas sociais das próprias organizações (*sites*, *Facebook* e/ou *Instagram*).

Observa-se que boa parte das organizações utilizam plataformas virtuais para a promoção de campanhas de financiamento coletivo para captação de recursos, além do uso do próprio *site,* no caso de algumas entidades, para sistematizar doações de alimentos, *kits* de higiene e

24 Disponível em: https://social.mg.gov.br/images/SUBAS/coronavirus/A%C3%A7%C3%B5es_Sedese_COVID_agosto_2020.pdf. Acesso em 31 ago. 2021.

arrecadação de dinheiro. Há também a implementação de pontos de coleta para recolhimento de cestas básicas e entrega às famílias vulneráveis.

Vale destacar algumas iniciativas que surgiram em meados de 2020 e que, portanto, não foram contempladas pelo último dossiê. O projeto ***Cufa contra o vírus*** promovido pela Central Única das Favelas[25], em parceria com a SEDESE, vem promovendo apoio financeiro de até R$ 150 e doações de itens de higiene e cestas básicas para famílias de 150 vilas e favelas situadas em 24 municípios da RMBH. A assistência ao combate à fome na pandemia é voltada, principalmente, para mães solteiras e pessoas desempregadas e/ou trabalhadores informais que estejam desassistidos pelos programas do governo federal e estadual. Especialmente para ajudar as mães solteiras foi lançado o ***Mães da Favela 2021,*** para arrecadação de recursos a serem direcionados às mulheres chefes de família.

Especialmente voltado para o acolhimento provisório e emergencial de pessoas em situação de rua, surgiu o projeto ***Canto da Rua Emergencial***, desenvolvido pela Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte, em parceria com as secretarias de estado SEDESE e SECULT, e assumido pelo poder municipal em setembro de 2020. Desde seu surgimento, a medida de proteção social já realizou mais de 230 mil atendimentos no Centro de Belo Horizonte, em espaço cedido pela Fundação Clóvis Salgado, e possui mais de 9 mil pessoas cadastradas. O projeto foi prorrogado várias vezes em decorrência da pandemia, mas a previsão final é setembro de 2021.

O Projeto ***Escola no Quintal*** promovido pela ONG ***Favela É Isso Aí***, em andamento desde 2020, consiste em ação educacional voltada para proporcionar lazer, aulas particulares e contação de histórias, para crianças e adolescentes da favela Pedreira Prado Lopes, situada na capital, e da comunidade de Água Limpa, em Nova Lima. Além disso, há distribuição de cestas básicas.

25 Disponível em: https://www.cufaminas.org/. Acesso em 10 ago.2021.

Por meio do programa ***Quitanda Solidária***[26], criado há mais de um ano, o Instituto Kairós vem promovendo o programa ***Horta Comunitária***, implementado em comunidades de 4 municípios da região metropolitana: Vila Cafezal (BH), Córrego do Feijão (Brumadinho), Comunidade Macacos (Nova Lima) e Várzea do Sítio (Raposos). A ação de combate à fome visa à produção e distribuição de alimentos orgânicos para os próprios moradores das comunidades através da construção de horta comunitária. As famílias recebem cestas com diversos produtos (frutas, legumes, verduras) duas vezes por mês.

Recentemente, o Sindicato dos Professores da UFMG divulgou a doação de R$ 225 mil, sendo que parte deste recurso será direcionada para organizações dos movimentos populares por meio da ***Política de Solidariedade da APUBH UFMG 2021,*** como forma de apoiar os mais vulneráveis neste momento.

CONFLITOS FUNDIÁRIOS URBANOS EM MINAS GERAIS[27]

A identificação dos conflitos fundiários urbanos em Minas Gerais foi feita a partir do trabalho ***Panorama dos Conflitos Fundiários 2019-2020***, realizado pelo Observatório das Metrópoles/ RMBH em parceria com a Defensoria Especializada de Direitos Humanos de Minas Gerais. Foram levantados 60 casos de conflitos fundiários urbanos no estado, envolvendo aproximadamente 4.800 famílias (49 casos em 2019-2020 e 11 casos até setembro de 2021), sendo que a maioria deles estão localizados na RMBH.

Os conflitos fundiários urbanos relativos a ocupações autoconstruídas em terrenos vazios/ abandonados são aqueles que envolvem um maior número de famílias e, de modo geral, se localizam em áreas periféricas da capital, na RM e Colar Metropolitano. Entre as ocupações

26 Disponível em: https://quitandasolidaria.kairos.org.br/. Acesso em 15 ago. 2021.

27 Este item foi elaborado por Marina Sanders Paolinelli, a partir do trabalho realizado em âmbito nacional por diversas entidades, entre elas o Fórum Nacional de Reforma Urbana (FNRU), o Instituto de Direito Urbanístico (IBDU), a Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADEP) e o Observatório das Metrópoles. Em Minas Gerais, o trabalho foi realizado em parceria com a Defensoria Especializada de Direitos Humanos de Minas Gerais (DPEDH/MG).

que sofrem hoje risco iminente de despejo destacam-se a Fábio Alves (700 famílias, Barreiro/ BH), ameaçada desde janeiro de 2019; e a Cidade de Deus (100 famílias, Sete Lagoas, Colar Metropolitano), constituídas em grande parte por desempregados que formaram a comunidade durante a pandemia. Houve também duas tentativas de ocupações em 2020 que foram prontamente despejadas pela Polícia Militar, sem negociação de alternativas: Vila Fazendinha (100 famílias, Calafate, BH) e Carlos Marighella (150 famílias, Barreiro, BH).

Há também conflitos decorrentes de acordos realizados, ainda em 2018, a partir da mediação da Mesa Estadual de Diálogo e Negociação Permanente com Ocupações Urbanas e Rurais que não foram concretizados, criando problemas para centenas de famílias durante a pandemia. É o caso de duas ocupações de edificações na área central de Belo Horizonte, a Carolina Maria de Jesus (200 famílias, Funcionários) e Vicentão (90 famílias, Centro); além da ocupação Marião (32 famílias) e da ocupação horizontal William Rosa (400 famílias), em Contagem, na RMBH. As famílias acordaram a saída dos imóveis ocupados depois de decisão que previa a garantia de auxílio pecuniário (pagamento mensal para aluguel) até a viabilização do reassentamento. Há relatos de atrasos e cancelamentos destes pagamentos durante a pandemia, e os reassentamentos ainda não foram concretizados, resultando na expulsão de famílias inquilinas.

É importante também destacar o aumento expressivo do número de ocupações em casarões abandonados no Hipercentro de Belo Horizonte e mediações das avenidas do Contorno e dos Andradas, na área central, envolvendo população com trajetória de rua. Essas ocupações têm aumentado em número e evidenciam o agravamento da crise econômica e a falta de alternativas de moradia para a população mais vulnerável. Dessas ocupações, estão em risco iminente de despejo a da Chácara (13 famílias), Moacyr Grechi (4 famílias), Jonatas Vidigal (20 famílias), João Paulo II (15 pessoas) e Padre Eustáquio (15 pessoas). Foram despejadas durante a pandemia as ocupações Anyky Lima (4 famílias), Leonel Brizola (40 famílias) e Guaicurus (12 famílias).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que se observem ações públicas de proteção aos mais vulneráveis, percebe-se que nessas ações prepondera o foco nos indivíduos e nas famílias vulneráveis, e menos nos territórios, ou seja, nota-se a ausência de políticas que considerem as desigualdades territoriais, abrangendo a questão da moradia e da infraestrutura em áreas periféricas e de assentamentos informais. Em Belo Horizonte, durante as medidas mais restritivas impostas pelo Executivo municipal no intuito de controlar a disseminação do vírus, a população das áreas de maior vulnerabilidade sofreu os efeitos mais graves da Covid-19, apresentando maiores taxas de óbitos, como evidenciado na análise intraurbana de Belo Horizonte. A precariedade das condições de habitabilidade e a alta densidade das habitações dificultam o distanciamento social. A falta de recursos para a aquisição de itens de higiene, como máscara de proteção e álcool gel, e a carência de condições básicas de acesso à saúde, saneamento, e outros, contribuem para que os grupos mais vulneráveis permaneçam expostos às consequências mais graves da pandemia.

Acresce-se a isto o permanente risco de despejo daqueles que, sem condições de arcar com a moradia, ocuparam terrenos ociosos ou edificações abandonadas. Mais evidente de tudo é a falta de uma política metropolitana de enfrentamento da pandemia, o que se soma aos inúmeros conflitos e às consequentes desarticulações entre as políticas (ou a falta delas) do governo federal e a dos governos estaduais e municipais. No caso da RMBH, ficou evidente o conflito entre o prefeito da capital, o presidente e o governador Zema, este último um apoiador do governo federal.

REFERÊNCIAS

FONTES, R.; SEGUNDO, G. (2020). Enfrentar a COVID-19: desafios políticos e sociais nos primeiros meses de pandemia. Latitude. Maceió, v.14, n.2, pp. 135-160.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA DE BELO HORIZONTE (OSUBH); SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. (2020a). Coronavírus [BH] - Informe 11. InfoCOVID OSUBH. Coronavírus [BH] - Informe 9. InfoCOVID OSUBH. Belo Horizonte: UFMG. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/coronavirus/wp-content/uploads/sites/91/2020/10/Info-9_outubro_edi%C3%A7%C3%A3ofinal5-16-10-2020.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA DE BELO HORIZONTE (OSUBH); SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. (2020b). Coronavírus [BH] - Informe 11. InfoCOVID OSUBH. Belo Horizonte: UFMG. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/coronavirus/wp-content/uploads/sites/91/2021/01/InfoCOVID11-22-01-2021.pdf. Acesso em: 28 ago/2021.

03

REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA (PR)

Rosa Moura (Coordenação)

Alessandro Lunelli

Alice Dandara

Aline Sanches e Carolina Gama

Amanda M. de Almeida

Ana Carolina Rubini Trovão

Ana Claudia Antunes Brizola

Bruna Lourenso

Daisy Ribeiro

Edivaldo Ramos de Oliveira

Emanoele Cristina da Costa

Isabela Amalfi

João Pedro Marques Curty Lage

Jonathan Seronato

Juliana Conceição dos Santos

Lívia Maria dos Santos

Luiz Belmiro Teixeira

Marcelo Nogueira de Souza

Maria Tarcisa Silva Bega

Marisete Hoffmann-Horochovski

Simone Polli

Tissiany Natalie do Prado

DIAGNÓSTICO DA PANDEMIA NO TERRITÓRIO E MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO

Panorama da propagação da covid-19 nos municípios da RM

A Região Metropolitana (RM) de Curitiba respondia, segundo estimativas do IBGE para 2020 (IBGE, 2020a), por 32,07% da população do Paraná. Em 15/09/2021, a RM apresentava uma participação nos totais do estado inferior à da população quanto aos casos (29,37%), porém superior quanto aos óbitos (35,37%). Internamente ao território da RM institucionalizada,[1] Curitiba compõe o recorte mais populoso e mais afetado tanto por casos como por mortes pela covid-19. No período inicial da pandemia, a RM respondeu pelos mais elevados percentuais do vírus e da doença, tendo sido foco da propagação para o interior paranaense. Os primeiros cinco casos de contágio pelo novo coronavírus na RM foram confirmados em março de 2020, na cidade-pólo. Em abril já se computavam 306 casos nesse município, além de outros 85 casos entre os municípios do Arranjo Populacional (AP) e seis entre os demais municípios da RM institucionalizada. Curitiba manteve a maior proporção dos casos internamente à região, sendo esporadicamente superada pelo conjunto dos demais municípios do AP.

Em relação aos óbitos, entre os primeiros 40 ocorridos no Paraná no mês de abril de 2020, oito foram registrados em Curitiba e outros três em municípios do AP (dois em Campo Largo e um em Pinhais). A RM apresentou uma evolução relativamente tardia, pois a primeira ascensão mais abrupta deu-se a partir de julho de 2020 e a segunda, em março de 2021, desta vez sobre o volume elevado de 5.189 óbitos (Gráfico 1). A partir de março de 2021, o crescimento de óbitos por covid-19 se acentuou, atingindo em 15/09/2021 o total de 11.390 na RM, com Curitiba na liderança entre os recortes internos à RM, registrando 7.343, seguida dos demais municípios de seu AP, que confirmavam 5.581 mortes.

1 O território da RM institucionalizada foi analisado em 3 recortes: o polo (Curitiba), os municípios do arranjo populacional da metrópole (17, segundo IBGE, 2020b) e os 11 demais municípios da RM.

Em 15/09/2021, o coeficiente de incidência na RM correspondia a 11.742,14 casos por 100 mil habitantes, sendo inferior ao do Paraná (Tabela 1), com elevada propagação do vírus entre a população dos municípios do AP, onde se confirmavam 12.874,34 casos a cada 100 mil habitantes, ressaltando a desigualdade existente no território da RM.

O coeficiente de mortalidade na RM, em 363,87 óbitos por 100 mil habitantes, ao contrário do de incidência, é superior ao do estado. Vem condicionado por Curitiba, que revela um quadro mais grave em relação à doença ao superar 376 mortes por 100 mil habitantes. Ao se analisar os componentes de cada recorte, observam-se municípios em condições de gravidade extrema, a maioria entre os integrantes do AP, como Adrianópolis e Rio Branco do Sul, com respectivamente 496,13 e 485,90 óbitos por 100 mil habitantes. Também demonstram gravidade os municípios Fazenda Rio Grande, Pinhais, Tijucas do Sul, Quatro Barras e Itaperuçu, todos com coeficientes superiores a 400 óbitos por 100 mil habitantes. Entre estes, nota-se que Adrianópolis e Tijucas do Sul se situam nas divisas do Paraná com São Paulo e Santa Catarina, respectivamente.

No município de Curitiba, apesar do avanço da incidência da doença em toda a cidade, o distrito sanitário do Tatuquara, onde estão localizados os bairros mais pobres do município (Campo de Santana, Caximba e Tatuquara), foi o que teve o aumento mais expressivo desde o início da pandemia, de 628,66% de casos por 100 mil habitantes. No distrito do Bairro Novo, onde se localizam outros bairros com altos índices de vulnerabilidade social (Ganchinho, Sítio Cercado e Umbará), o crescimento do coeficiente de incidência foi de 232,91%. É o início do crescimento exponencial da curva de contágio e de mortes, que teve uma explosão de casos e óbitos, principalmente a partir dos meses de junho e julho.

De acordo com a SMS, em 07/08/2020, o distrito sanitário com maior coeficiente de incidência da covid-19 em Curitiba era o da Matriz – que abarca os bairros da região central que apresentam os melhores indicadores socioeconômicos da cidade – com um índice de 1.330,8 casos por 100 mil habitantes; em segundo lugar, o de Tatuquara, com um coeficiente de

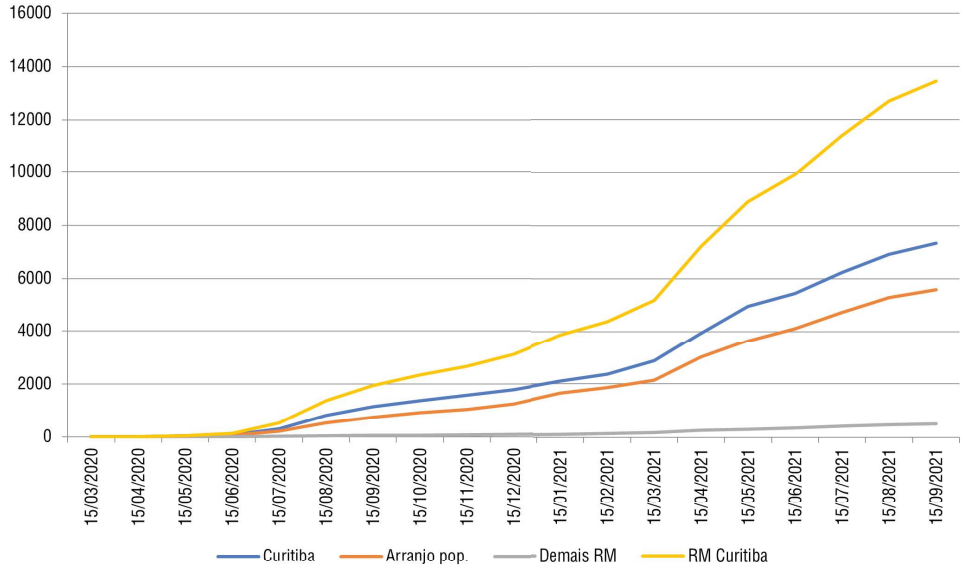


Gráfico 1 – Óbitos por covid-19 na RM de Curitiba, segundo recortes intrarregionais (15/03/2020 a 15/09/2021)

Fonte: SESA-PR (2021).

RECORTE	COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA	COEFICIENTE DE MORTALIDADE
Curitiba	11.051,07	376,83
Municípios arranjo populacional (AP)	12.874,34	358,34
Demais municípios RM	9.523,02	275,31
RM Curitiba	11.742,14	363,87
Paraná	12.821,76	329,93

Tabela 1 – Coeficientes de incidência de casos e de mortalidade por 100 mil habitantes na RM de Curitiba, segundo recortes intrarregionais (15/09/2021)

Fonte: SESA-PR (2021)

1.317,8. São realidades bem distintas, que evidenciam a manutenção da desigualdade atrelada ao padrão centro-periferia, observado nesta e nas demais regiões metropolitanas do país, dada a restrição do acesso de grupos sociais vulneráveis (em geral, moradores da região periférica) ao conjunto de serviços públicos providos pelo Estado. Desigualdade que ajuda a entender o porquê de a pandemia, a partir de então, sempre apresentar os índices de incidência, assim como os coeficientes de mortalidade, em patamares constantemente altos nessas regiões periféricas da cidade.

Os impactos do negacionismo e da ingerência fizeram Curitiba chegar aos mais de 200 mil óbitos logo nos primeiros dias do novo ano. Com a segunda onda da covid-19 no Amazonas, a falta de oxigênio para os pacientes e a rede hospitalar em colapso levaram o governo amazonense a transferir pacientes para outros estados, entre os quais o Paraná – e nesse fluxo, a propagação da variante. No dia 18/03/2021, a capital paranaense atingiu o limite de ocupação dos leitos UTI e clínicos, exclusivos para pacientes da covid-19, evidenciando o colapso no sistema de saúde da cidade, com a ausência de leitos exclusivos para a doença. Passado pouco mais de um ano após a confirmação dos primeiros casos do novo coronavírus em Curitiba, a tendência de periferização da pandemia se mantinha.

Para Curitiba, os meses a partir de março de 2021 foram os mais letais (Gráfico 2). Em maio, o aumento do número de casos se refletiu no aumento de óbitos de junho para julho de 2021, e, novamente, uma leitura desagregada aponta que os bairros periféricos de Curitiba foram os que apresentaram o maior número de óbitos no período analisado.

O dado mais grave era correspondente ao distrito sanitário do Pinheirinho que, desde dezembro de 2020, figura entre os que apresentam os maiores coeficientes de incidência e, também, os maiores coeficientes de mortalidade, liderando com aproximadamente 365 mortes a cada 100 mil habitantes. O terminal do Pinheirinho, responsável pela integração com municípios da RM, como Fazenda Rio Grande e Araucária, pode ser um dos principais focos de propagação do vírus.

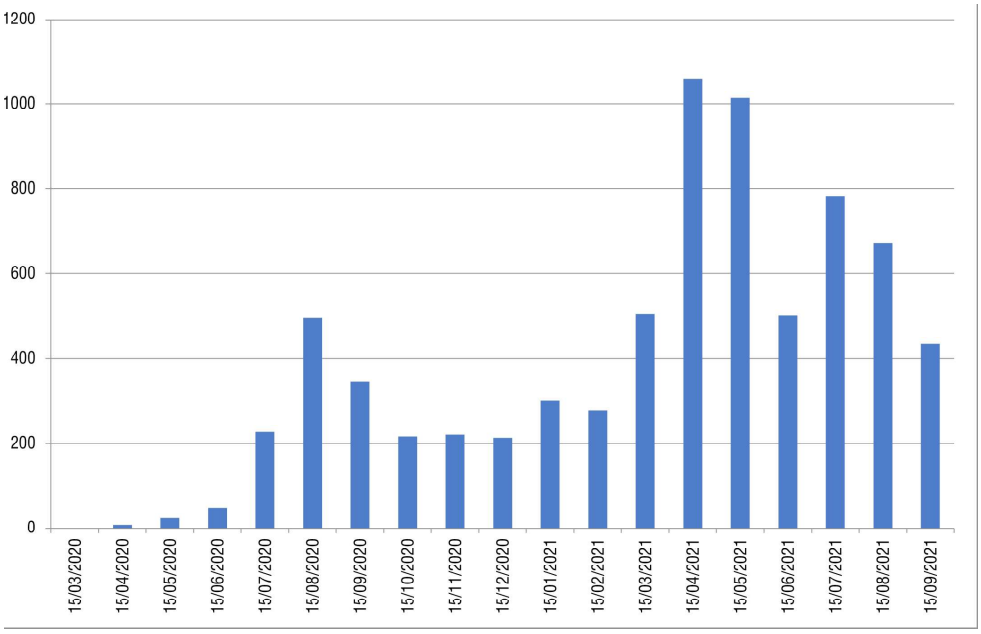


Gráfico 2 - Óbitos confirmados ao mês em Curitiba (15/03/2020 a 15/09/2021)

Fonte: SESA-PR (2021)

Constata-se que disseminação do novo coronavírus nas cidades da RMC está diretamente associada à capacidade de movimentação no espaço metropolitano, principalmente entre os municípios que fazem divisa com Curitiba, ao norte, Almirante Tamandaré e Colombo; São José dos Pinhais localizado a leste; Pinhais e Piraquara, ao nordeste; Campo Largo, a oeste; e ao sul Araucária e Fazenda Rio Grande, integradas com os bairros curitibanos de maior crescimento formando um complexo de vulnerabilidade social, localizado ao sul e extremo sul do município (distritos sanitários do Pinheirinho, Bairro Novo e Tatuquara), coincidindo com o aumento de incidência nos municípios com os quais fazem divisa (Araucária, Fazenda Rio Grande e São José dos Pinhais).

Após o colapso vivenciado pela cidade em maio, houve uma queda significativa do número de casos ativos. Ao finalizar o período em análise, em 15/09/2021, o maior coeficiente de incidência seguia sendo registrado no Pinheirinho (17.544,01 casos por 100 mil habitantes), que também era o distrito sanitário com o maior coeficiente de mortalidade (478,13 óbitos por 100 mil habitantes), seguido pelo da Matriz (425,42) e do Boqueirão (407,98).

A gestão da pandemia

Desde os primeiros casos confirmados em Curitiba, o município tem buscado um equilíbrio entre as determinações das autoridades sanitárias, ao mesmo tempo, procurando não contrariar os interesses do empresariado, fortemente alinhado ao negacionismo do governo federal e à falsa dicotomia entre saúde e economia. O "equilíbrio" buscado pelo município se materializa com a criação do sistema de bandeiras, implementado em junho de 2020, e que, em teoria, adota critérios exclusivamente técnicos para a definição das políticas de distanciamento social em cada momento.

Destaca-se que esse sistema de bandeiras adotado em Curitiba exclui a adoção do *lockdown* como medida de prevenção de uma situação de maior gravidade. Em tese, em quadros de extrema gravidade, com crescimento acelerado da contaminação, alta incidência de novos casos e com a capacidade de atendimento próxima ao colapso, as medidas mais rigorosas previstas seriam adotadas. Mas, na prática, isso não se confirmou. A coerência, inicialmente "técnica", começa a mudar no mês de outubro de 2020, em virtude das eleições municipais, a despeito de a cidade ter apresentado uma piora nos indicadores no mês de setembro: entre 27 de setembro e 26 de novembro, período que compreende a campanha eleitoral e as eleições, a cidade permaneceu sob a bandeira amarela. A partir de 13 de outubro, Curitiba reiniciou um crescimento da taxa de ocupação dos leitos do SUS exclusivos para a covid-19. O então prefeito de Curitiba, Rafael Greca (DEM), foi reeleito em primeiro turno, e em 27 de novembro foi novamente decretada a bandeira laranja, com medidas mais restritivas. Mas já era tarde demais. Tanto os casos como os óbitos voltaram a se elevar, tendo entrado em rota de declínio apenas a partir de junho de 2021.

No período pós-eleitoral de 2020, o prefeito Rafael Greca afirmou que ia fazer o possível para evitar medidas extremas. "Nós temos na cabeça que este mês de dezembro é muito pesado para o comércio porque os donos de lojas têm que pagar três salários: o salário de novembro, o salário de dezembro e o décimo terceiro salário" (LACOMBE, 2020).

Os altos índices de contágio e de mortes, e a lotação dos hospitais, evidenciando o iminente colapso do sistema municipal de saúde, eram motivos que impediam uma flexibilização do sistema de bandeiras. A solução veio no decreto municipal 1.710 de 17/12/2020, a pretexto de atender ao aumento de vendas no comércio, com a flexibilização da bandeira laranja, permitindo a abertura de mercados, *shoppings*, restaurantes, igrejas e serviços não essenciais.

Outras inconsistências já haviam levado o Ministério Público do Paraná (MPPR) a um questionamento sobre a ineficácia dos métodos de avaliação de risco adotados pela prefeitura, pois estimulavam a diminuição do isolamento social, aumentando os riscos de propagação do novo coronavírus (MPPR, 2020, n.p.). Ou seja, a gestão do sistema de bandeiras adotado em Curitiba parece atender melhor os propósitos políticos, empresariais etc., do que os da proteção à saúde pública.

Em 13/03/2021, pela primeira vez desde o início da pandemia, Curitiba adota a bandeira vermelha, a mais restritiva, e em 18/03/2021, atinge o limite de ocupação dos leitos UTI (100,2%, segundo a SMS) e clínicos, exclusivos para pacientes da covid-19 (101%), evidenciando o colapso no sistema de saúde da cidade. Foram ativados 162 leitos covid-19, mas a ampliação do número de leitos é capaz apenas de evitar a adoção de bandeiras com medidas mais restritivas e de restrição de circulação, agradando os setores empresariais da cidade. Esse é um dos pontos que permite afirmar que, em Curitiba, optou-se por gerir a pandemia em vez de enfrentá-la. Relatório da UFPR de dezembro de 2020 destacava que o *lockdown* seria a única forma de achatar a curva e evitar o colapso (PDUR-GPSPS, 2020). Também destacava que não houve um esforço para viabilizar o isolamento social como aconteceu para garantir o funcionamento do comércio durante a pandemia. Os resultados têm sido devastadores, principalmente para as populações mais vulneráveis da cidade.

Apesar dos números elevados, Curitiba voltou à bandeira laranja em 5 de abril. A curva de casos voltou a crescer, obrigando a prefeitura a decretar a bandeira vermelha, pela segunda vez, em 28/05/2021, porém sob um decreto que abre permissões a atividades e serviços não

essenciais, bem como ao comércio. Vigorou até 08/06/2021, substituída pela bandeira laranja, e em 07/07/2021, pela amarela, na qual permanece até o período final desta análise.

Entre os demais municípios da RM, apesar de fazerem parte do mesmo grupo político, houve certa lentidão para a tomada de decisões em conjunto, e muitas vezes divergiram sobre o que deveria abrir ou fechar entre as bandeiras amarela, laranja e vermelha.

Criada nos anos 1970, a Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Curitiba (ASSOMEC) teve um papel fundamental na unificação de decisões e, de certa forma, em dialogar com o governo do estado do Paraná na reivindicação de decretos estaduais, durante os picos da doença, para que os municípios tivessem medidas mais restritivas. Em maio de 2020, foi criado pela Assomec o Fórum Metropolitano de Combate à Covid-19 (CURITIBA, 2020). Dois meses depois, o então prefeito de Campo Largo, Marcelo Puppi, interveio para que fosse feito um "pacto pela Grande Curitiba" a fim de alinhar as discussões. "Não adianta tomar decisões isoladas. O sentido metropolitano é essencial. Queremos que Curitiba seja única com todos os prefeitos trabalhando em conjunto para conter a pandemia", ressaltou Puppi (PACTO, 2020). Por ironia do destino, Marcelo Puppi faleceu em janeiro de 2021, vítima da covid-19.

Entre as reivindicações iniciais da maioria dos prefeitos da RM estava a necessidade da promulgação de um decreto estadual com medidas mais restritivas na região, sobretudo em relação aos municípios do AP. Apesar das deliberações do fórum, chefes municipais optaram por não obedecer aquilo que fora acordado, medida que contribuiu para o avanço da covid-19 na RM (PRADO, 2021). Um dos fatores que explicam a adoção de medidas mais brandas foram as pressões de comerciantes e associações comerciais dos municípios para que o *lockdown* não fosse adotado.

Com o decreto municipal de Curitiba, Nº 565 de 12/03/2021,[2] que dispôs sobre medidas

2 CURITIBA (2021). Decreto n.º 565 de 12 de março de 2021. Dispõe sobre medidas restritivas a atividades e serviços para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública (...). Disponível em: https://g1pr.rpc.com.br/Decreto%20565.2021.pdf. Acesso em 19 out. 2021.

restritivas a atividades e serviços para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública, a capital paranaense entrou na bandeira vermelha, e as medidas para conter o avanço da doença passaram a ser mais restritivas. Entretanto, nem todas as prefeituras da RM, sobretudo as pertencentes ao AP, alinharam-se às normas. Prefeitos e representantes dos municípios participaram de uma reunião, promovida pela Assomec, para o alinhamento das restrições em seus decretos municipais, com foco em restringir a circulação em toda a região. As restrições de Curitiba foram adotadas quase na íntegra por alguns municípios. Em 19/03/2021, o governador Ratinho Júnior (PSD) publicou o decreto 7.145/2021,[3] com medidas restritivas a atividades e serviços, para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública, voltado obrigatoriamente a 11 municípios da RM de Curitiba (Campo Largo, Campo Magro, Almirante Tamandaré, Colombo, Pinhais, Piraquara, São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande, Araucária, Quatro Barras e Campina Grande do Sul). No caso dos demais municípios, tinha caráter apenas recomendativo para adoção dessas medidas. Esse decreto foi revogado dias depois, e os municípios da RM passaram a se orientar nas disposições do decreto estadual 7.230/2021.[4]

No vai e vem de decretos, os índices de contágio e óbitos seguiram em ascensão, ameaçando a ocorrência de uma terceira onda. Coube à Assomec cobrar dos prefeitos municipais decretos municipais específicos para criar uma barreira de contenção do vírus, mas nem todos colocaram em prática conforme o deliberado. O secretário executivo da Assomec afirma que a associação insiste que o trabalho conjunto entre os 29 municípios da RM de Curitiba não pare e aposta na criação de uma Câmara Técnica da Assomec, hoje Fórum Metropolitano de Combate à Covid, composta pelos secretários da saúde da região, a fim de promover políticas públicas conjuntas e evitar que cenários, como o do enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, se repitam (PRADO, 2021).

3 PARANÁ (2021a). Decreto nº 7145 de 19 de março de 2021. Estabelece, de 19 de março de 2021 até 28 de março de 2021, medidas restritivas a atividades e serviços, para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública (...). Diário Oficial. Disponível em: https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=411362. Acesso em 19 out. 2021.

4 PARANÁ (2021b). Decreto n° 7230 de 5 de março de 2021. Prorroga até as 5 horas do dia 15 de abril de 2021 a vigência das medidas que especifica, previstas (...). Diário Oficial. Disponível em: https://www.aen.pr.gov.br/arquivos/3103decreto7230.pdf. Acesso em 19 out. 2021.

O monitoramento do Plano de Vacinação

A SESA-PR publicou em 15/01/2021 o Plano Estadual de Vacinação contra a covid-19. O documento foi elaborado seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde (MS) e teve a colaboração do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR), prevendo ações e estratégias para os três níveis de gestão – União, estados e municípios.

Com base nas informações disponibilizadas pelo portal Transparência Covid, até o dia 22/09/2021, a RM de Curitiba contabilizava 2.602.420 pessoas vacinadas com a 1ª dose, 1.328.889, com a 2ª, e 96.482, com a dose única. Na RM, apenas 38,59% da população total estimada para 2020 pode ser considerada imunizada, ou seja, recebeu as duas doses da vacina ou a vacina em dose única (Tabela 2).

Entre os municípios com mais de 100 mil habitantes, somente Curitiba e Pinhais alcançaram mais de 40% da população imunizada. Campo Largo, Araucária, Colombo, São José dos Pinhais, Fazenda Rio Grande e Piraquara registraram proporções entre 30% e 37% da população imunizada, e Almirante Tamandaré, apenas 26,49% – todos integrantes do AP de Curitiba. Entre os municípios de menor porte, Adrianópolis é o único a superar o marco de 50% da população imunizada, enquanto Tunas do Paraná em pouco ultrapassa os 20% – ambos os municípios situam-se na RM institucionalizada, porém fora do AP.

Em Curitiba, conforme a SMS, até essa data todos os grupos prioritários haviam recebido a primeira dose, e desses, nos segmentos vulneráveis foram imunizadas 100% das pessoas indígenas e 99,8% das pessoas em situação de rua (Tabela 3). Com quase toda a população idosa imunizada ao menos parcialmente contra a covid-19, já se observam os resultados da vacinação em Curitiba. Após o colapso vivenciado pela cidade em maio de 2021, ocorreu uma queda significativa do número de casos ativos e da média móvel de casos, assim como o de internações. Até 22/09/2021, a taxa de ocupação de leitos SUS exclusivos para covid-19 era de 56%, com 136 leitos livres do total de 311 leitos.

RECORTE	POPULAÇÃO 2020	1ª DOSE	2ª DOSE	DOSE ÚNICA	IMUNIZAÇÃO COMPLETA / POPULAÇÃO (%)
Curitiba	1.948.626	1.415.757	784.168	37.082	42,15
Municípios arranjo populaciona	1.557.478	1.058.776	480.993	53.575	34,32
Demais mun. RM	187.787	127.887	63.728	5.825	37,04
RM Curitiba	3.693.891	2.602.420	1.328.889	96.482	38,59
Paraná	11.516.840	7.939.381	4.653.323		40,4

Tabela 2 – Situação da imunização contra a covid-19 na RM de Curitiba (22/09/2021)

Fonte: Transparencia_ Covid.qvw. Acesso em 19 out. 2021.

Nota: considera-se imunizada a pessoa que tomou a dose única ou as duas doses da vacina.

GRUPOS PRIORITÁRIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA 20201	1ª DOSE	2ª DOSE	DOSE ÚNICA	1ª DOSE (%)	2ª + DOSE ÚNICA (%)
Comorbidades	140.000	116.861	111.549	6	83,47	79,68
Gestantes e puérperas2	18.000	13.344	10.305	2	74,13	57,26
Idosos3	220.268	213.551	212.996	36	96,95	96,71
ILPI	6.000	7.011	6.173	15	116,85	103,13
Indígenas	73	82	80	0	112,33	109,59
Pessoas com deficiência	12.200	8.208	7.619	6	67,28	62,5
Pessoas em situação de rua	1.400	1.141	645	752	81,5	99,79
Trabalhadores da educação	45.000	42.594	40.587	36	94,65	90,27
Trabalhadores da limpeza públi	3.170	1.252	1.095	874	39,5	62,11
Trabalhadores da saúde	92.801	97.903	92.841	1.431	105,5	101,59
Trabalhadores do transporte	6.600	227	243	7.585	3,44	118,61

Tabela 3 – Vacinação entre segmentos prioritários em Curitiba (22/09/2021)

Fonte: Curitiba SMS (2021) - extraído do Painel Covid-19

Notas:

(1) As estimativas populacionais de cada grupo prioritário são preliminares, sujeitas a alterações;

(2) O grupo "idosos" foi modificado para 65+ para atender aos critérios de envio de dados do Ministério da Saúde, via Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS);

(3)Gestantes e puérperas são computadas apenas as sem comorbidades; aquelas que possuem fatores de risco entram no grupo das comorbidades.

AÇÕES ALTERNATIVAS E EMERGENCIAIS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NAS PERIFERIAS

Políticas, ações alternativas e emergenciais

A pandemia de covid-19 impôs várias urgências relacionadas não somente à saúde, mas ao trabalho, ao transporte e à moradia. Grupos sociais desfavorecidos foram desigualmente atingidos pelos impactos da crise econômica, e muitos são pessoas em situação de rua, catadores de materiais recicláveis, trabalhadores informais que têm seus trabalhos altamente impactados pelos efeitos da doença.

A Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) não possui um plano emergencial de assistência social que priorize o atendimento aos territórios mais vulneráveis e grupos de risco. Somente em agosto a PMC propôs o Plano de Recuperação de Curitiba, com propostas focadas mais na recuperação econômica do que na assistência social. Por ter sido lançado tardiamente com relação ao início da pandemia e pelo caráter de recuperação econômica, atendeu mais a grupos de classe média que possuem maior capacidade de enfrentamento à situação de crise imposta pela pandemia do que a grupos de baixa renda. E, ainda, a Prefeitura de Curitiba propôs o projeto "mesa solidária", que, ao contrário do nome, visa apenas centralizar e controlar doações.

Apesar de conhecer a demanda social, a Prefeitura não demonstra interesse em priorizar os segmentos vulneráveis. Percebe-se a dificuldade da articulação entre as secretarias municipais e entre as diferentes esferas de governo no combate integrado dos efeitos sociais e econômicos para além dos impactos na saúde.

Na luta pela sobrevivência e na ausência de políticas de suporte aos grupos desfavorecidos, ações organizativas se multiplicam, dado que a população procura virar-se por conta própria. São ações que não têm a mesma abrangência, escala e recursos de uma política pública, mas que chegam aos grupos vulneráveis em caráter emergencial. As ações de solidariedade nascem

em pequenos grupos e por vezes contam com medidas mais amplas a partir de entidades parceiras, voluntários que vão se agregando às iniciativas propostas.

As universidades participaram neste momento com pesquisas e projetos de extensão de apoio à sociedade, como a do Laboratório de Urbanismo e Paisagismo (LUPA) da UTFPR, que se propôs a mapear as ações de solidariedade que ocorriam durante o ano de 2020, a partir de uma demanda do Centro de Formação Urbano Rural Irmã Araújo (CEFURIA). O Mapa da Solidariedade (POLLI *et al.*, 2020) incorporou a dimensão territorial como estratégia de mobilização e enfrentamento da pandemia e mostra uma periferia muitas vezes invisibilizada pela ausência do Estado. Apesar do término da extensão, as ações do Mapa da Solidariedade permanecem ativas, por meio da criação do aplicativo NÓS (Nosso Olhar Solidário), que ganhou o iF World Design Guide - Social Impact Prize 2021, Oscar da área do Design, contemplado com apoio financeiro, junto a outros projetos globais de relevância social (VAN KAICK *et al.*, 2020).

Uma Campanha que ganhou grande amplitude foi a Resistindo com Solidariedade, articulada pelo Instituto Democracia Popular e Casa da Resistência e, ao longo do tempo, foi agregando outras entidades. Inicialmente a ideia era destinar 70% dos recursos arrecadados para as ocupações da CIC, e 30% para cestas básicas para outros locais de Curitiba e região. Com a redução das doações, no final de 2020 e a partir de 2021, a campanha apenas compra carne e embalagens para auxiliar outras campanhas existentes. Essa campanha chegou a propor um Plano Emergencial de Assistência Social para o município[5], obtendo a recomendação de sua adoção da Câmara de Vereadores à prefeitura. Porém, não houve aceitação por parte do executivo municipal.

Em Curitiba, além da doação direta de alimentos dos assentamentos da reforma agrária, tem-

5 Para mais informações, consultar: https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/em-denuncia-ao-poder-publico-de-curitiba-organizacoes-reivindicam-plano-emergencial-para-populacao-vulneravel/23333. Acesso em 19 out. 2021.

se a cozinha comunitária "Marmitas da Terra"[6], que motiva as famílias dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) a dividir, repartir o excedente do que plantam neste tempo de crise (Figura 1). Ao mesmo tempo, ocorrem mutirões para plantar, limpar, colher e separar os alimentos, além da organização logística com a colaboração de trabalhadores da cidade. Já no destino (geralmente na periferia de Curitiba), há o esforço de mostrar a origem da produção. A cozinha Marmitas da Terra chega a produzir aproximadamente 300 a 500 marmitas por semana. No início, era possível distribuir em ao menos quatro praças em Curitiba. Mais recentemente, em 2021, foram entregues mais de 400 apenas em uma praça. Houve um aumento de pessoas em situação de rua e a inclusão de famílias que perderam o emprego na pandemia, além de diversos imigrantes.

Além dessas iniciativas populares, outra experiência é a campanha Marmita Solidária[7], um projeto social idealizado pela *chef* Lívia Santin. São cerca de 200 marmitas por dia, durante 7 dias da semana. Um dos projetos que auxilia o Marmita Solidária é o Gastromotiva. Criada em 2006 pelo *chef* curitibano David Hertz, a iniciativa já está presente em três cidades no Brasil (Curitiba, São Paulo e Rio de Janeiro) e também em El Salvador, na América Central.

O número de iniciativas populares, campanhas e mobilizações mostra a crescente demanda social em tempos de crise. No entanto, pouco tem contado com as ações das políticas públicas, especialmente se considerarmos os grupos mais vulneráveis. As iniciativas não levam em conta o caráter territorial e periférico das cidades, o que pode comprometer a efetividade das ações, e têm sofrido quedas significativas de doações.

Medidas emergenciais e alternativas de enfrentamento a violações de direitos

6 Para saber mais consultar: MST chega à marca de 51 mil Marmitas da Terra distribuídas em Curitiba e RMC, 9 abr. 2021.MST. Disponível em: https://mst.org.br/2021/04/09/mst-chega-a-marca-de-51-mil-marmitas-da-terra-distribuidas-em-curitiba-e-rmc. Acesso em 19 out. 2021.

7 Para saber mais consultar: http://www.marmitasolidaria.com.br/. Acesso em 19 out.2021.

Figura 1 - Entrega de Alimentos doados pelo MST - Cozinha Comunitária

Fonte: Giorgia Prates (2020)

Figura 2 - Entrega de Alimentos doados pelo MST - Cozinha Comunitária

Fonte: Giorgia Prates (2020)

Entidades não governamentais e lideranças dos movimentos sociais têm denunciado a falta de políticas substanciais e abrangentes pela PMC para atendimento emergencial da pandemia, fome, população em situação de rua, desabrigo etc. Uma série de medidas foram adotadas por essas organizações, em atenção à população em condição de vulnerabilidade, como a doação de alimentos à população em situação de rua. Como forma de controlar a ação social, a prefeitura apresentou o Projeto de Lei 005.00103.2021, instituindo o Programa "Mesa Solidária". O projeto propunha coibir as ações da sociedade, com a imposição de multa de até R$ 550 para aqueles que distribuíssem alimentos sem autorização do município, além de criar entraves burocráticos para ações de solidariedade da sociedade civil, sem oferecer qualquer tipo de obrigação ou ação concreta do poder público para combate à fome no município. Única iniciativa do executivo municipal para com as populações de rua, o projeto foi alvo de um embate entre organizações da sociedade civil e a prefeitura, sendo chamado popularmente de "Mesa Autoritária", espelhando a completa falta de diálogo do governo com a sociedade (AULER; RIBEIRO, 2021).

Movimentos sociais, grupos de pesquisa de universidades e organizações da sociedade civil têm apontado problemas e ausência da prefeitura na gestão da crise social conjugada à pandemia. De modo geral, os espaços institucionais de participação social tiveram o funcionamento prejudicado durante a pandemia, impedindo o acesso a informações e tornando irrelevante o aspecto decisório (como exemplo, o PL Mesa Solidária não foi levado ao conhecimento do Conselho Municipal de Segurança Alimentar).

A política de assistência social voltada ao enfrentamento da crise total engendrada pelo coronavírus foi insuficiente e retardatária. A postura adotada no começo da pandemia foi o fechamento das unidades de assistência social do município, sem nenhum estabelecimento prévio de funcionamento nem informações de acesso pela população.

Embora em maio de 2020, no âmbito da campanha da sociedade civil "Resistindo com Solidariedade", houvesse a proposição de um Plano Emergencial de Assistência Social para o

município, incluindo a solicitação de uma atuação mais territorializada, somente em agosto a prefeitura publicou a portaria de criação de um Plano de Contingência da FAS para o período da pandemia e instituiu o Comitê Interno de Crise da Fundação de Ação Social.

> Para combate à fome, a medida mais anunciada pelo município foi a de distribuição de pequenos kits alimentares e/ou vales em Armazéns da Família pela Secretaria de Educação, como forma de cobrir a lacuna da ausência de merenda escolar para as famílias beneficiárias do Bolsa Família com filhos na rede de ensino público municipal. Tal medida foi absolutamente insuficiente ante a grave dimensão da crise social e seus impactos à população de baixa renda. Também foi evidente o desencontro de informações acerca da iniciativa. O anúncio foi feito inicialmente como crédito de R$ 50 nos Armazéns da Família. Porém, depois foi feita a distribuição de pequenos kits alimentares. Mesmo quanto ao procedimento para obtenção não havia uniformidade dentre as regionais. Recentemente foi anunciado o auxílio alimentar no valor de R$ 70 para consumo nos armazéns da família. Não está claro, porém, se tal medida substitui o benefício para as famílias com crianças no ensino municipal. De uma forma ou outra, a política não contempla a população em situação de rua, que é o maior alvo do PL Mesa Solidária. (AULER; RIBEIRO, 2021)

Constata-se grande dificuldade de acesso ao auxílio emergencial por esta população, pois muitas pessoas em situação de rua não estão cadastradas no CaDÚnico, não lembram dos dados pessoais ou não possuem documentação válida, e não têm acesso a celular ou internet para efetivarem o cadastro, ou seja, o modelo de assistência ignora as realidades particulares deste público (BORGES, 2020a).

Em relação aos catadores de recicláveis, o número de pessoas que se submetem a essa atividade tem aumentado enquanto há uma diminuição na revenda desses materiais. Com isso, tanto catadores avulsos quanto os contratados pelas prefeituras se veem sem renda e sem auxílio, expondo-se, ainda, aos riscos à vida que vêm pelo material recolhido e pela desassistência governamental – um trabalho cotidiano tornado fonte de medo e insegurança (BORGES, 2020b). A vacinação de catadores e outras medidas ficaram restritas às entidades cadastradas no Ecocidadão[8], que são parcela pequena do todo, além de que a divulgação das agendas de vacinação é muito restrita às mídias sociais.

Há que se considerar ainda que a prefeitura de Curitiba segue promovendo despejos de áreas

8 Programa da prefeitura municipal voltado a cooperativas de catadores e de separação de materiais recicláveis, vindos da coleta seletiva da cidade.

públicas em meio à pandemia, sem ofertar nenhuma política mínima de assistência ou abrigo provisório para as famílias que sofreram essa violência.[9] Além da violação de um direito humano, que é o despejo em si, sobretudo na pandemia, nenhuma alternativa foi ofertada às pessoas, no máximo "inscrever na fila da Cohab". Informações da campanha Despejo Zero dão conta de que[10] no Paraná 1.656 famílias foram despejadas durante a pandemia e outras 3.270 famílias estão sendo ameaçadas de despejo, apesar da Liminar ADPF 828 do ministro do STF Luís Roberto Barroso, que suspende despejos coletivos por 6 meses.

Não se pode desconsiderar outra ação lamentável na gestão da pandemia no município, que foi a reorganização das 42 Unidades Básicas de Saúde de Curitiba. Essa reorganização, além de privar o atendimento a exames de rotina e *check-ups*, pautou-se unicamente na criação de leitos por meio do reordenamento da estrutura existente, visando evitar o colapso do sistema de saúde de Curitiba. Com isso, desviou o foco das ações para prevenção à covid-19; e o município não agiu para combater a crise sanitária emergente, mas para administrar suas consequências. A capacidade de atendimento à população na atenção primária à saúde, consultas e exames rotineiros, ficou dificultada pela diminuição de unidades de atendimento, obrigando as pessoas a se deslocarem de seus bairros para atendimento. Foram deixados "corredores" extensos sem unidades disponíveis em regiões de população com baixa renda *per capita*. Trata-se de uma dupla violação do direito à cidade e à saúde, pois desampara populações vulneráveis e inflige maior sofrimento a pessoas menos favorecidas que, muitas vezes, têm menos capacidade de reagir a injustiças e menos recursos para se protegerem ou se tratarem.

Trata-se, portanto, de uma decisão política que causou o desamparo e a exposição ao risco da covid-19 de forma desproporcional a grupos de classes vulneráveis e, considerando que se trata de uma crise sanitária, é também uma injustiça ambiental. Ademais, a busca por tratamento em bairros diferentes pode significar o aumento da mobilidade urbana e, consequentemente,

9 Vários desses casos foram registrados em matérias do *Brasil de Fato* PR e *Cwb Resiste*.

10 Disponíveis em: https://drive.google.com/file/d/1CIZjXacbUDgMqSaidkIps0ba9BF9q8Ju/view. Acesso em 19 out. 2021.

a circulação do vírus e a possibilidade do surgimento de novas variantes.

PROPOSTAS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NAS PERIFERIAS

No cenário da pandemia, é necessário que o poder público busque soluções para as dificuldades enfrentadas pelas comunidades periféricas e pela população em situação de rua, agravadas pela covid-19, como o fechamento de espaços de atendimento e, em especial, pela perda de renda, afetando o acesso à moradia, alimentação, educação e saúde. A Frente Mobiliza Curitiba destacou, em nota pública, três grandes eixos de medidas emergenciais de assistência social em Curitiba: 1) melhora do sistema de informações da assistência social, com padronização de procedimentos e ampla divulgação das ações; 2) suspensão das cobranças da Companhia de Habitação Popular de Curitiba (Cohab) durante os meses da pandemia, como também a suspensão de aluguéis e parcelas de financiamento de imóveis da população de menores rendimentos; e 3) assistência à população em situação de rua e disponibilização de infraestrutura adequada para essa população, tal como banheiros, material de higiene e espaços de acolhimento (MOBILIZA, 2020).

Para a população em situação de rua e garantia de acesso à alimentação com dignidade, algumas sugestões efetivas têm sido formuladas: oferta de água potável em locais públicos e regiões diversas da cidade; reabertura e abertura de novos albergues, com atenção às necessidades de diferentes públicos; ampliação do atendimento nos restaurantes populares de forma gratuita em locais diversos da cidade; abertura dos banheiros nas praças e ruas da cidadania para uso da população em situação de rua; políticas públicas de moradia, locação social e aluguel social; ampliação da compra direta da agricultura familiar para doação a cozinhas comunitárias ou restaurantes populares. Mas há muito ainda a ser feito diante da falta de medidas para lidar com as urgências impostas pela crise social, pelo aumento da cesta básica em Curitiba, pelo crescimento da pobreza, além do higienismo social praticado pela prefeitura de Curitiba (AULER; RIBEIRO, 2021).

Várias demandas de cunho socioeconômico têm sido recebidas pelos mandatos de vereadores de Curitiba e transformadas em projeto de lei, como para criação de um programa de vale-gás, cujo projeto foi protocolado pela vereadora Carol Dartora; ou de distribuição de máscaras adequadas à população e aos servidores, para prevenção apropriada; entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O território é uma variável importante nos estudos sobre a produção e reprodução das desigualdades. Na RM de Curitiba, as periferias seguem respondendo pelas situações de maior precariedade, mesmo integrando o território formal de uma região considerada o polo econômico do estado e que se posiciona entre as mais dinâmicas do país. Nela, as medidas adequadas de contenção da propagação do vírus se mostraram muito aquém do necessário para se evitar o acúmulo de casos e o agravamento da doença.

A trajetória da pandemia entre os grupos vulneráveis dos municípios da RM, e em particular de Curitiba e seus bairros, acentua a desigualdade nas condições de atenção, mesmo em municípios cujos coeficientes de incidência e mortalidade são relativamente inferiores. Por um lado, as medidas de controle da disseminação não foram capazes de garantir a sobrevivência com saúde das pessoas em condições de vulnerabilidade social e daqueles segmentos dependentes do trabalho precarizado – que não puderam "ficar em casa" à espera de que o vírus fosse eliminado. Por outro lado, como as medidas de alcance regional foram ínfimas, a elevada circulação de pessoas entre os municípios foi um aditivo à disseminação do vírus é um problema para os serviços de saúde, inexistentes ou desprovidos da infraestrutura mínima para um atendimento adequado às exigências da covid-19.

Até a última data de análise, venceram os interesses do capital sobre o direito à vida da população. A RM de Curitiba, em vez do enfrentamento da pandemia por intermédio de políticas públicas de proteção à saúde e à vida, optou por ações que acarretaram consequências trágicas (previsíveis e evitáveis) do aumento do número de casos e de óbitos.

REFERÊNCIAS

AULER, M.; RIBEIRO, D (2021). Prefeito Greca, urgente é a fome! Entenda a oposição ao Projeto de Lei Mesa Solidária e outros problemas da gestão da crise social em Curitiba. Jornal Plural, 22 abr. 2021. Disponível em: https://www.plural.jor.br/artigos/prefeito-greca-urgente-e-a-fome/. Acesso em 19 out. 2021.

BORGES, L (2020b). Coronavírus e catadores: riscos à vida que vem pelo material reciclado e pela desassistência governamental. Terra de Direitos, 14 abr. 2020. Disponível em: https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/coronavirus-e-catadores-riscos-a-vida-que-vem-pelo-material-reciclado-e-pela-desassistencia-governamental/23278. Acesso em 19 out. 2021.

BORGES, L (2020a). Em ato em frente à Prefeitura de Curitiba, população de rua reivindica medidas de proteção à Covid-19. Terra de Direitos, 11 ago. 2020. Disponível em: https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/em-ato-em-frente-a-prefeitura-de-curitiba-populacao-de-rua-reivindica-medidas-de-protecao-a-covid19/23447. Acesso em 19 out. 2021.

CURITIBA (2020). Grande Curitiba alinha medidas de combate à covid-19. Publicado em 03/07/2020. Disponível em: https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/grande-curitiba-alinha-medidas-de-combate-a-covid-19/56524. Acesso em 19 out. 2021.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Painel Covid-19. Disponível em: https://imunizaja.curitiba.pr.gov.br/PainelCovid/. Acesso em 19 out. 2021.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020a). Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020b). Regiões de Influência das Cidades – Regic 2018. Rio de Janeiro: IBGE.

LACOMBE, L. E (2020). Rafael Greca sobre pandemia: “Faço o possível para evitar medidas extremas”. Rede TV. Opinião no ar. Videos Completos. Publicado em 01/12/2020. Disponível em: https://www.redetv.uol.com.br/jornalismo/OpiniaoNoAr/videos/opiniao-no-ar/rafael-greca-sobre-pandemia-faco-o-possivel-para-evitar-medidas-extremas#:~:text=N%C3%B3s%20temos%20na%20cabe%C3%A7a%20que,de%20emprego%20na%20nossa%20regi%C3%A3o. Acesso em 19 out. 2021.

MOBILIZA CURITIBA (2020). Nota da Frente Mobiliza Curitiba: em defesa de medidas de assistência social para amenizar efeitos da pandemia nas populações vulneráveis. Publicada em 14/04/2020. Disponível em: http://www.mobilizacuritiba.org.br/2020/04/14/nota-da-frente-mobiliza-curitiba-em-defesa-de-medidas-de-assistencia-social-para-amenizar-efeitos-da-pandemia-nas-populacoes-vulneraveis/. Acesso em 19 out. 2021.

MPPR (2020). Ministério Público do Paraná. Com a manutenção de bandeira amarela, Ministério Público do Paraná questiona a matriz de risco usada pelo

Município de Curitiba. Disponível em: https://mppr.mp.br/2020/11/23191,11/Com-a-manutencao-de-bandeira-amarela-Ministerio-Publico-do-Parana-questiona-a-matriz-de-risco-usada-pelo-Municipio-de-Curitiba.html. Acesso em 19 out. 2021.

PACTO METROPOLITANO, Grande Curitiba alinha medidas de combate à covid-19. Curitiba Notícias, 03/07/2020. Disponível em: https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/grande-curitiba-alinha-medidas-de-combate-a-covid-19/56524. Acesso em 19 out. 2021.

PARANÁ. SESA. Boletins: Informe epidemiológico coronavírus (covid-19). Arquivos pdf. Disponíveis em: https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19. Acesso em 19 out. 2021.

PDUR-GPSPS (2020). Programa de Pós-graduação em Sociologia. Grupo de Pesquisa Sociologia e Políticas Sociais. Políticas públicas de combate à pandemia do coronavírus na Região Metropolitana de Curitiba. Universidade Federal do Paraná / Instituto Federal do Paraná – relatório de pesquisa I – versão resumida, dezembro de 2020, 34 p. Disponível em: https://saci.ufpr.br/saci/data/solicitacao/18253_rmc_resumida_capa.pdf. Acesso em 19 out. 2021.

POLLI, S. A.; SANCHES, A.; LUNELLI, A.; GAMA, C.; PEREIRA, C. G. R. F.; MICKUS, G.; MAGALHAES, G. S.; KSZAN, M. S.; STECCA, B. (2020). A experiência do mapa da solidariedade frente à desigualdade em tempos de pandemia. Revista Tecnologia e Sociedade (*online*), v. 16, p. 21.

PRADO, V. (2021). Secretário executivo da Associação dos Municípios da Região Metropolitana de Curitiba (ASSOMEC). Entrevista a Jonathan Seronato, 12/07/2021.

VAN KAICK, T. S.; LIU, E.; ESCOBAR, B. T. de; CROCETTI, S. (2020). Desenvolvimento do Aplicativo NÓS - Nosso Olhar Solidário: formando redes facilitadoras no período da pandemia COVID-19. XXII ENGEMA - Encontro Internacional sobre Gestão Empresarial e Meio Ambiente. FEA/USP. São Paulo. Disponível em: https://engemausp.submissao.com.br/22/arquivos/658.pdf. Acesso em 19 out. 2021..

04

REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA (CE)

AUTORIA

Maria Clélia Lustosa

Eustógio Dantas

Eduardo Gomes Machado

Adriano Paulino de Almeida

Liza Santos Oliveira

Ruth Rios

Carlos Lucas Souza da Silva

Rebeca Oliveira

INTRODUÇÃO

A pandemia de coronavírus encontrou a população brasileira mais vulnerável, diante da crise econômica e do desmonte de políticas públicas voltadas à educação, à saúde, à ciência, ao meio ambiente e à assistência social, além da atitude negacionista do governo federal e da demora em comprar vacinas, o que provocou, em um ano e meio, mais de 600 mil mortes. O Brasil, segundo *a Coronavirus Resource Center* (Universidade Johns Hopkins), em 23/8/2021, com 574.527 óbitos, era o quinto em taxa de mortalidade do mundo, com 272,22/100 mil hab.

Na década inclusiva (2000-2010), segundo o IPEA (2010), o Estado Social brasileiro aumentou sua capilaridade no território nacional pela ampliação do mercado de trabalho formal, pelo aumento real do salário mínimo, pela previdência social, pela implantação do Bolsa Família e dos programas de benefícios de prestação continuada, propiciando, em alguns períodos, a redução da desigualdade social e da pobreza. No entanto, com a erosão do papel do Estado e com o desmonte das políticas públicas, pós-2016, há uma redução de investimentos no campo da assistência social, da saúde e da educação, que alcança, prioritariamente, os grupos mais vulneráveis (ARRAIS, 2020; OBSERVATÓRIO DO ESTADO SOCIAL BRASILEIRO, 2021). A crise econômica, o aumento do desemprego e o achatamento do salário mínimo provocam o aumento da miséria, e com isto o Brasil retorna ao mapa da fome. Ao mesmo tempo que a miséria se expande, as manchetes de jornais informam que o país lidera o ranking mundial de produção e exportação de diversos alimentos básicos, como soja, carne de frango, açúcar, entre outros.

As crises econômica e política foram acentuadas pela crise sanitária e pelos conflitos entre as esferas de poder. Com o início da pandemia, o desencontro das políticas dos governos federal e estadual dificultou a ação pública no controle da disseminação do vírus. No entanto, a interferência do Supremo Tribunal Federal garantiu a autonomia dos estados e municípios no gerenciamento de seus territórios e população, permitindo algumas medidas sanitárias, como o isolamento, o controle das fronteiras municipais e a redução da mobilidade.

No Nordeste, os governadores criaram um consórcio, em 2019, para atuação interestadual nas áreas de saúde, segurança pública e educação, visando atrair investimentos e alavancar projetos de forma integrada para a região e gerar emprego e renda, além de realizar compras de produtos e serviços em maior escala e a menor preço. Durante a pandemia, o Consórcio Nordeste facilitou a uniformização e a inovação de gestão da crise sanitária pelos estados consorciados, embasado na orientação técnica do comitê científico, inclusive, para aquisição conjunta de equipamentos hospitalares e vacinas (MELO, 2020).

Das regiões, o Nordeste apresentava, em 17.10.2021, a menor taxa de mortalidade do país, 205,9/100 mil habitantes, inferior à do Brasil, que era de 287,1/100 mil hab. No entanto, o Ceará destacava-se como a mais alta taxa do Nordeste, 266,9/100 mil hab., com 24.378 óbitos. A primeira onda teve um forte impacto no estado, diante da dificuldade de acesso a equipamentos e para abertura de leitos e de UTIs. De março de 2020 a 25 de setembro de 2021, o Ceará registrou 24.293 óbitos, sendo que 13.527 ocorreram em 2021. Embora o número tenha sido maior em 2021, a administração estadual estava mais preparada para atender a população com hospitais, equipamentos e quadro médico treinado para tratar da doença (BRASIL, 2021).

O Ceará, um dos primeiros estados a ser atingido pela pandemia, foi um território propenso à rápida disseminação da Covid-19. O aeroporto internacional de Fortaleza, um dos mais próximos da Europa e EUA, por sua localização privilegiada, foi uma das portas de entrada de turistas estrangeiros e de brasileiros que retornaram das férias, após o Carnaval, e que disseminaram o vírus na capital.

Para discutir o impacto da pandemia, partimos da concepção de vulnerabilidade social da Cepal (2002), como a condição de exposição a riscos, articulada a capacidade de cada indivíduo, família ou comunidade de enfrentá-los e controlar a materialização dos seus efeitos, mediante uma resposta endógena ou através de um apoio externo. Segundo Kaztman e Filgueira (1999), o nível de vulnerabilidade é proporcional à capacidade do indivíduo de controlar as forças

que lhe afetam e depende da posse ou controle de ativos, ou seja, recursos requeridos para o aproveitamento das estruturas de oportunidades oferecidas pelo meio, o mercado, o Estado ou a sociedade de maneira geral, tais como as ONGs.

O impacto da epidemia foi amenizado em várias comunidades vulneráveis pelas estruturas de oportunidade oferecidas pelo poder público, como a distribuição do auxílio emergencial e outras ações dos governos estadual e municipal e principalmente pelo apoio da sociedade, através de grupos informais e ONGs, que distribuíram material de higiene, cestas básicas, marmitas, construíram alguns banheiros e lavatórios em espaços públicos de Fortaleza. No entanto, muitos vulneráveis não foram capazes de enfrentar os riscos, diante da crise do sistema de saúde, da lotação dos hospitais e UPAs, da falta de recursos financeiros e transporte para se deslocar, ocorrendo muitas mortes, inclusive nos domicílios.

Diante do exposto, o presente documento está dividido em três partes. A primeira faz um panorama da pandemia na RMF e do estado atual da vacinação; a segunda enfatiza a dinâmica da epidemia em Fortaleza, dos territórios do adoecimento aos territórios da morte, reforçando o que já apontava o Índice Epidêmico de Vulnerabilidade (EPIFOR-2020), considerando os dados do Integrasus, PMF, governo do Ceará. A terceira trata das ações da administração estadual, com base no site do governo do Ceará, e das ações alternativas e emergenciais de enfrentamento da pandemia nas periferias e favelas empreendidas pelas redes/articulações locais, que se fundamenta em pesquisa participativa realizada no grande Bom Jardim, pelo Comitê Popular-Comunitário de enfrentamento da Covid-19.

PANORAMA DA COVID NA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA E A VACINAÇÃO

A Região Metropolitana de Fortaleza (RMF)[1], composta de 19 municípios, é exemplo de

1 A Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) é composta de 19 municípios, sendo eles Aquiraz, Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Paracuru, Paraipaba, Pindoretama, São Luís do Curu,

crescimento econômico concentrador e excludente e é marcada por grandes desigualdades socioeconômicas, com áreas de padrão de vida próximo ao de países desenvolvidos, e outras, em situação de pobreza extrema. A metrópole cearense, no último trimestre de 2019, tinha 26,2% dos domicílios com renda familiar inferior a um quarto do salário mínimo (R$ 275). Em 2021, estudos do Observatório das Metrópoles (2021) demonstraram que 32,7% dos domicílios da RMF estão nesta situação, um pouco menor do que no período mais crítico da epidemia, em que este percentual atingiu 38,7% das famílias (SALATA e RIBEIRO, 2021).

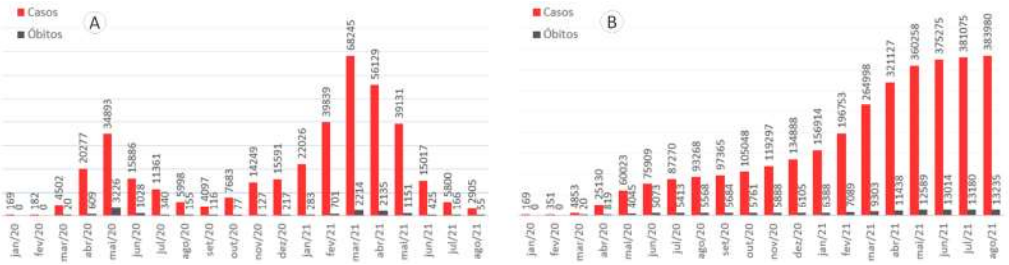
De acordo com dados do IntegraSUS, a RMF registrou 383.980 casos confirmados e 13.235 óbitos pela Covid-19, até agosto de 2021. Em dezembro de 2020, tinham sido acumulados 134.888 casos e 6.105 mortos. Na primeira onda, os meses de abril, maio e junho registraram 20.277, 34.893 e 15.886 casos, e 609, 3.226 e 1.028 óbitos respectivamente, com o pico no mês de maio. Na segunda onda, de janeiro a agosto de 2021, foram notificados 249.092 casos e 7.130 óbitos, mais do que todo o ano de 2020. Os óbitos ficaram distribuídos em vários meses, acentuando-se a partir de fevereiro, com 701, março com 2.214, abril com 2.135, maio com 1.151 e junho com 425, recuando para 166 em julho e 55 em agosto. Esta distribuição dos óbitos durante o ano de 2021 evitou a crise dos serviços da RMF que já estavam mais preparados para atender a demanda (Figura 1).

Entretanto, foi nos municípios mais industrializados e com presença de muitos conjuntos habitacionais que se notificaram os maiores índices. As cidades, que apresentaram o maior número de óbitos, conforme Tabela 1, foram o polo metropolitano (9.711), Maracanaú (744) e Caucaia (965), com taxas de mortalidade de 356,6, 322,1 e 231,6 óbitos/100 mil hab., respectivamente (Tabela 1). Vale ressaltar que o tamanho da população, o adensamento populacional e o intenso movimento pendular das pessoas que estudam e trabalham são fatores importantes na disseminação da pandemia.

Esses municípios, conurbados à Fortaleza, com o segundo e o terceiro maior PIB da RMF,

São Gonçalo do Amarante e Trairi.

Figura 1 - Casos e óbitos por Covid-19 isolados (A) e casos e óbitos por Covid-19 acumulados (B), período de janeiro de 2020 a agosto de 2021, Região Metropolitana de Fortaleza



Fontes: Casos confirmados e óbitos por Covid-19, IntegraSUS, 2020/2021.

Tabela 1 - Panorama da Covid-19 na Região Metropolitana de Fortaleza

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA	CASOS	ÓBITOS	TX. MORTALIDADE	POPULAÇÃO VACINADA (D1)	POPULAÇÃO VACINADA (D2 E DU)	% POPULAÇÃO VACINADA (D1)	% POPULAÇÃO VACINADA (D2 E DU)
Aquiraz	81.581	6.869	93	114,0	43.511	23.163	53%	28%
Cascavel	72.706	6.329	157	215,9	46.935	24.144	65%	33%
Caucaia	368.918	22.496	965	261,6	225.334	126.560	61%	34%
Chorozinho	20.286	1.973	39	192,3	12.770	7.956	63%	39%
Eusébio	55.035	9.711	128	232,6	42.802	23.391	78%	43%
Fortaleza	2.703.391	256.231	9.641	356,6	1.982.478	1.305.298	73%	48%
Guaiúba	26.508	1.641	61	230,1	13.205	7.093	50%	27%
Horizonte	69.688	7.393	134	192,3	45.474	23.949	65%	34%
Itaitinga	38.661	4.653	70	181,1	28.322	9.616	73%	25%
Maracanaú	230.986	21.685	744	322,1	146.594	98.743	63%	43%
Maranguape	131.677	11.749	267	202,8	76.233	40.106	58%	30%
Pacajus	74.145	5.618	122	164,5	45.777	22.219	62%	30%
Pacatuba	85.647	6.254	239	279,1	47.106	25.435	55%	30%
Paracuru	35.526	5.023	112	315,3	25.484	12.606	72%	35%
Paraipaba	33.232	2.926	76	228,7	19.237	7.134	58%	21%
Pindoretama	20.964	2.329	39	186,0	16.742	8.366	80%	40%
São Gonçalo do Amarante	49.306	7.259	212	430,0	38.853	17.694	79%	36%
São Luís do Curu	13.086	1.356	40	305,7	8.023	3.698	61%	28%
Trairi	56.653	2.485	96	169,5	32.810	15.359	58%	27%
Total	**4.167.996**	**383.980**	**13.235**	**317,5386925**	**2.897.690**	**1.802.530**	**0,6952237958**	**0,432469225**

Fonte: população estimada para 2021 pelo IBGE; casos e óbitos confirmados (Integra SUS, 01/20 a 08/21, última atualização no dia 19/09/21); Tx. de Mortalidade acumulada por município = (óbitos / população estimada)

* 100.000 habitantes; vacinômetro (Secretaria da Saúde, Governo do Estado do Ceará - última atualização no dia 30/09/21).

contêm as maiores populações e alojam muitas indústrias e conjuntos habitacionais. Em 2010, segundo o Observatório das Metrópoles, foram considerados com muito alto grau de integração à dinâmica metropolitana e apresentaram intenso movimento pendular. De Caucaia, saiam diariamente 61.705 pessoas, o equivalente a 25,70% daquelas que estudam ou trabalham, e entravam somente 6.146, ou seja, 2,56%. Enquanto Maracanaú, sede do distrito industrial, por ser um grande polo gerador de empregos, recebia 19.591 (12,94%), número três vezes maior do que Caucaia. No entanto, 29.734 pessoas (19,64%) ainda buscavam outras cidades, principalmente a capital para estudar ou trabalhar (COSTA; AMORA, 2015).

Outro município que se destacou, pela maior taxa de mortalidade da RMF, foi São Gonçalo do Amarante, com 430 óbitos/100 mil habitantes, o qual notificou 212 óbitos em uma população estimada, em 2019, de 49.306 habitantes. Esse município é sede do Complexo Portuário do Porto do Pecém e da Zona de Processamento e Exportação, com grande movimento pendular de trabalhadores das indústrias e dos serviços, e que permaneceu em funcionamento durante toda a pandemia.

Ressalte-se também, em números absolutos de casos e óbitos, os municípios mais populosos e na direção dos quais se prolonga o corredor industrial de Maracanaú, Maranguape (267 óbitos) e Pacatuba (239 óbitos), com o terceiro e quarto, respectivamente, maior número de habitantes da RMF (Figura 2).

No que diz respeito à vacinação no Ceará, tem início em 18.01.2021, com a chegada das primeiras 218 mil doses da vacina Corona Vac, sendo priorizados os grupos da chamada fase 1: trabalhadores de saúde, pessoas institucionalizadas (que residem em asilos) com 60 anos de idade ou mais, e pessoas institucionalizadas com deficiência. Posteriormente outras faixas etárias foram inseridas, atingindo inclusive adolescentes a partir dos 12 anos. A logística desenvolvida pelo governo do Ceará envolveu aviões, helicópteros e caminhões, sendo traçadas seis rotas de distribuição aérea e duas terrestres, contemplando a capital e as Áreas

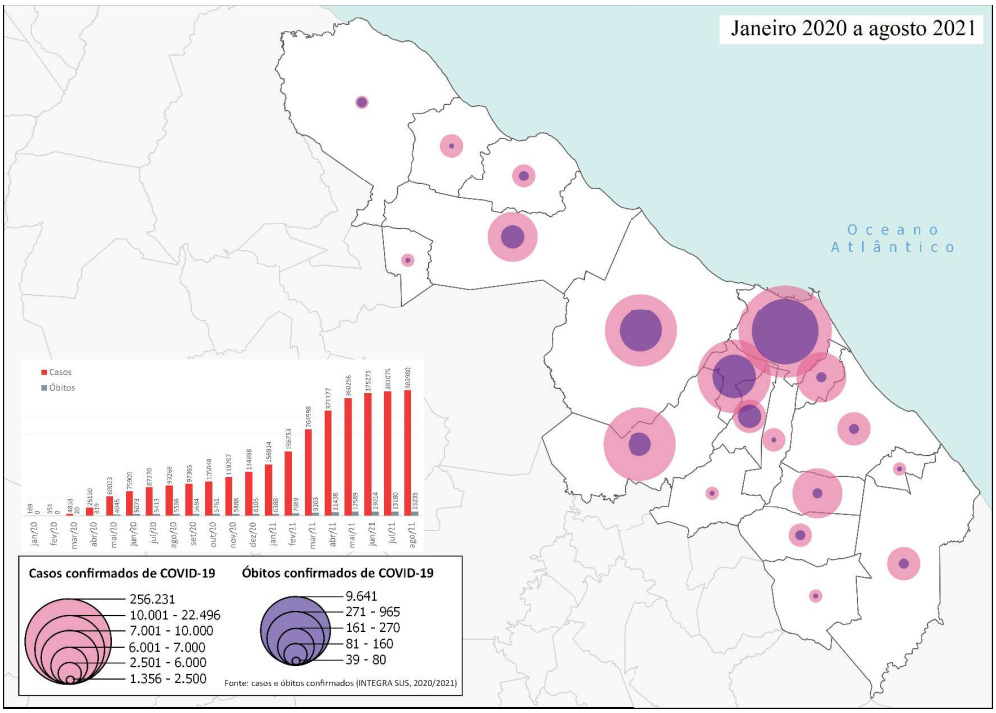


Figura 2 - Número de casos e óbitos na pandemia de Covid-19 na RMF (janeiro de 2020 a agosto de 2021)

Fontes: Casos confirmados e óbitos por Covid-19, IntegraSUS, 2020/2021.

Descentralizadas de Saúde (ADS)[2].

Em toda RMF, a primeira dose da vacina está em andamento para a população geral de 12 a 59 anos e idosos acima de 60 anos. Entretanto, de acordo com dados da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, coletados no dia 30 de setembro de 2021, a segunda dose está sendo aplicada em todos os municípios nos grupos acima de 18 anos; apenas os municípios de Caucaia, Eusébio e São Gonçalo do Amarante apresentam parcela da população vacinada no grupo de 12 a 17 anos. Em relação à primeira dose, seguindo os dados coletados até o dia 30 de setembro de 2021, 70% da população da RMF e 73% de Fortaleza foi vacinada. Já na aplicação da segunda dose, o quantitativo diminui consideravelmente, apresentando 43% da população vacinada na RMF e, em Fortaleza, apenas 27% (CEARÁ. 2021b).

2 Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) compreendem os municípios de Maracanaú, Caucaia, Baturité, Itapipoca, Sobral, Tianguá, Camocim, Acaraú, Crateús, Juazeiro do Norte, Crato, Iguatu, Brejo Santo, Icó, Tauá, Quixadá, Canindé, Aracati, Russas e Limoeiro do Norte.

O município de Fortaleza apresenta os maiores quantitativos referentes à vacinação na RMF, com um total de 1.982.478 aplicações na primeira dose e 1.305.298 na segunda dose, até o dia 30 de setembro de 2021, pois apresenta o maior quantitativo populacional.

COVID EM FORTALEZA: DOS LUGARES DE ADOECIMENTO AOS TERRITÓRIOS DA MORTE

A disseminação do coronavírus, que se transmite pelo ar ou por contato pessoal com secreções contaminadas, ocorreu de forma diferenciada e teve impactos diversos nos bairros da cidade de Fortaleza. Dantas et al. (2020) chamaram atenção para a existência de lugares de adoecimento e os territórios da morte, que concentram os óbitos, em função do movimento pendular casa-trabalho-casa e da vulnerabilidade social dos indivíduos atingidos pelo mal, que se contagiam no local de trabalho e disseminam o vírus nos seus bairros de moradia.

Os lugares de adoecimento seriam bairros de alto IDH (Meireles e Aldeota), por onde começou a disseminação da pandemia na capital, com o retorno dos brasileiros em férias do exterior e que contaminaram trabalhadores do aeroporto, motoristas de táxi, de Uber, entregadores, domésticos, profissionais do setor da saúde e outros empregados do comércio e serviços, que não conseguiram fazer isolamento e continuaram atendendo aos clientes. Estes trabalhadores, utilizando sistema de transporte coletivo (fluxo casa na periferia e trabalho no setor Norte-Central), em precárias condições de higiene e sanitárias e com volume elevado de passageiros, foram envolvidos involuntariamente na transmissão da Covid-19. Muitos deles se contaminaram no local de trabalho e faleceram nos bairros onde moravam, que se transformaram em território da morte.

Embora o elevado número tanto de casos como de mortes acabe incidindo com destaque em bairros com maiores participações de idosos (Meireles, Aldeota), os territórios que concentram as populações de alta vulnerabilidade social tiveram o maior número de óbitos. Nesses bairros, nos quais as políticas públicas rareiam, limitando acesso à infraestrutura, aos serviços, à

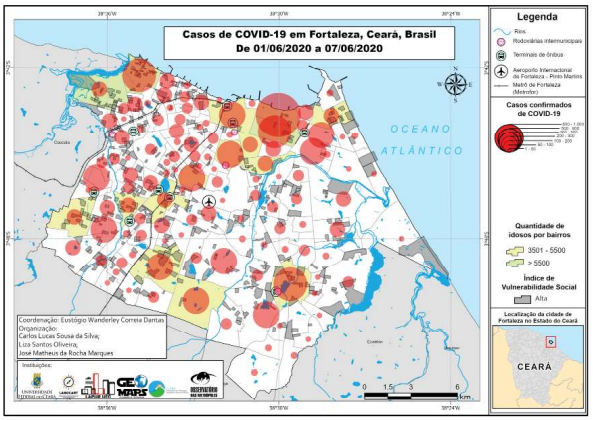
renda, um elevado número de pessoas está alojada em casas precárias, de áreas reduzidas, que impedem o isolamento, quando contaminadas.

A chegada do vírus em março de 2020 atingiu uma população 100% desprotegida. A Figura 3, com a distribuição de casos e óbitos por coronavírus de janeiro até junho de 2020, período considerado como a primeira onda, ressalta o sistema viário radioconcêntrico, os terminais de ônibus e metrô, por onde a maior parte dos trabalhadores se desloca em transporte público; em cinza, os setores censitários com a população de alta vulnerabilidade social; e, em amarelo e verde, os bairros com muito alta e alta concentração de idosos. Estas variáveis ajudam a entender a disseminação da epidemia (mobilidade) e identificar os ambientes, com população mais vulnerável, em que ocorreram o maior número de óbitos.

A propagação da primeira onda se dispersou inicialmente pela faixa litorânea, tanto para o leste (Grande Vicente Pinzon, Cais do Porto) como para o oeste (Grande Pirambu) da capital, áreas com altíssima densidade, atingindo a maior taxa de mortalidade. Se espalhou também pela divisa com Caucaia, se disseminando nos bairros de Autran Nunes, Antônio Bezerra, chegando ao Bom Jardim, Granja Lisboa, Granja Portugal e Siqueira (O POVO, 19.8.2021).

Até junho de 2020, tinham sido registrados 36.799 casos e 3.727 óbitos, quando se observa o recuo da primeira onda, após o pico em Fortaleza no mês de maio, com 2.391 mortos e 15.680 casos. Nesse momento, a pandemia já estava espalhada por quase toda a cidade, principalmente na zona oeste, onde estão as maiores densidades populacionais e os menores IDH, registrando-se alta letalidade. Enquanto os bairros de mais altos IDH apresentaram menor letalidade: Lourdes, 61 casos e 0 mortes; Meireles, com 1.193 casos e 52 mortes, e Aldeota com 946 casos e 40 óbitos (PMF; SESA, 2020).

Os "territórios da morte", com elevadas taxas de letalidade, são áreas caracterizadas pela presença de aglomerados subnormais, elevados índices de vulnerabilidade social, baixo IDH, e acrescentando-se ainda a presença de elevado número de idosos. Na zona oeste, estão Barra do Ceará, 728 casos e 107 óbitos, Vila Velha, com 355 casos e 89 mortos, Cristo Redentor,



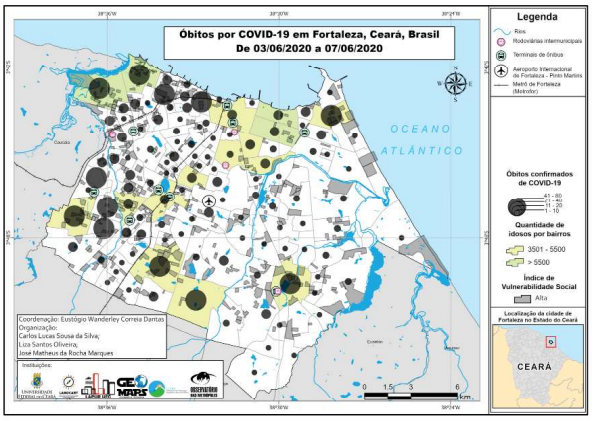
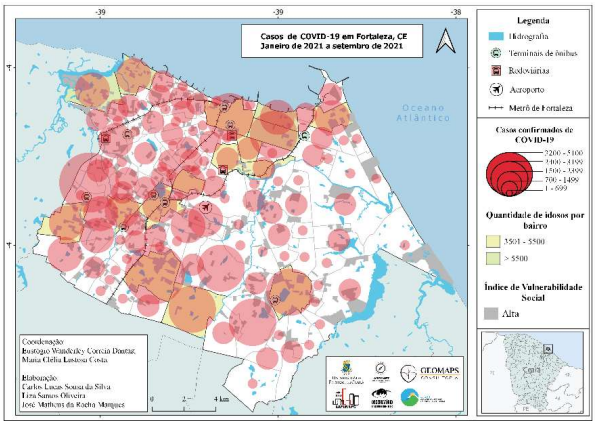


Figura 3 - Número de casos e óbitos na pandemia de Covid-19 na RMF (janeiro de 2020 a junho de 2020)

Fontes: Casos confirmados e óbitos por Covid-19, IntegraSUS, 2020.



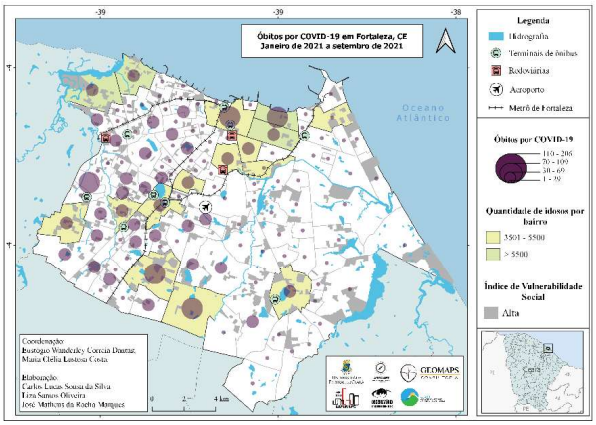


Figura 4 - Número de casos e óbitos na pandemia de Covid-19 na RMF (janeiro de 2021 a setembro 2021)

Fontes: Casos confirmados e óbitos por Covid-19, IntegraSUS, 2021.

264 casos e 66 mortos; e bairros do litoral leste, Vicente Pinzon, com 354 casos e 73 óbitos, Cais do Porto, com 118 casos e 41 óbitos, celeiros de trabalhadores domésticos, informais, que atendem os bairros de alto IDH da zona leste (PMF; SESA, 2020).

A segunda onda, por sua vez, começa a ser registrada na capital em outubro de 2020, estendendo-se por sete meses, de forma lenta até meados de dezembro, quando ganha impulso e acelera a velocidade de transmissão até abril, segundo o epidemiologista Antônio Lima Silva Neto da SMS, gerente da Célula de Epidemiologia (RAMIRES, 2021). Semelhante à primeira onda, que também teve início, em bairros de classe alta (Aldeota e Meireles), a segunda onda (Figura 4), de propagação bem mais lenta, foi mais longa e com maior número de mortes do que a primeira.

Houve um aumento expressivo de casos e mortes em alguns bairros de muito alto e alto IDH, uma vez que o vírus encontrou uma população mais suscetível nessas áreas, que registraram as maiores taxas de isolamento social na primeira onda, em 2020. A doença se desloca do aglomerado Central/Litorâneo (bairros de alto IDH), atingindo bairros menos populosos da antiga Regional 3, 4 e mais internos da Regional 1, que tinham sido poupados pela primeira onda, como Fátima, Benfica, Parquelândia, Damas, e se dirige ao sul, alcançando o Jóquei Clube e João XXIII (RAMIRES, 2021).

Ressalte-se, nessa segunda onda, os bairros de baixo IDH, como o Grande Pirambu e o Grande Vicente Pinzon, foram menos afetados do que na primeira onda, pois o vírus encontrou a população menos susceptível; já a zona sudeste de Fortaleza, à margem esquerda do Rio Cocó, da Regional 6, com bairros de ocupação mais espaçada e habitações horizontais, foi poupada nas duas ondas. Há uma mudança no perfil dos contaminados, com rebaixamento da faixa etária, diante do fato de que os jovens passaram a fazer grandes aglomerações, cansados do longo período de isolamento, e de que os idosos estavam mais protegidos pela vacina. Mesmo assim, a faixa etária acima dos 65 anos permaneceu com o maior número de falecimentos.

Com o arrefecimento da segunda onda epidêmica, o boletim epidemiológico da SMS de

Fortaleza (13.08.2021) indica os dez bairros com maior número de óbitos provocados pela doença, citando apenas dois de IDH alto (Meireles e Aldeota), e que contam com grande número de idosos: Mondubim (244 óbitos), Prefeito José Walter (237 óbitos), Barra do Ceará (224 óbitos), Meireles (215 óbitos); Aldeota (211 óbitos); Vila Velha (211 óbitos); Centro (198 óbitos); Granja Lisboa (191 óbitos); Messejana (176 óbitos). Quando consideramos a taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, que leva em consideração a população de cada bairro, Pedras (1.292,5) e Manoel Dias Branco (947,6), com baixa densidade, e Prefeito José Walter (947,1), de alta densidade, encabeçam a lista (O POVO, 14.8.2021)

AÇÕES ALTERNATIVAS E EMERGENCIAIS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Ações do poder público

A pandemia que assolou o mundo desde 2020 e persiste até os dias atuais, trouxe para o Brasil, em específico para o estado do Ceará, drásticas circunstâncias, como o colapso no sistema de saúde e falta de insumos. De um lado, um diálogo difícil com o governo central, que insistia em não admitir a gravidade da pandemia, e, do outro, o diálogo fácil e fluido entre o governador do Ceará e o prefeito de Fortaleza, que propiciaram ações agressivas de isolamento social e outras estratégias de minimização dos impactos no sistema de saúde. A articulação regional dos nove estados da região se efetivou no Consórcio Nordeste e com a instituição de um Comitê Científico de apoio ao combate à pandemia da Covid-19. Em contexto político de fragilização da estrutura federativa, o regionalismo se mostrou primaz na formação de fórum de diálogo e discussão a envolver os governadores dos estados nordestinos e a apontar ações concretas de minimização da ausência do governo central, dado replicado em outras regiões (Centro-Oeste e Sul).

Nesta perspectiva, em Fortaleza, a dimensão política não se apresenta como um entrave maior, se evidenciando diálogo fácil entre o governo municipal e o estadual, diferente do ocorrido

em outros estados brasileiros. A determinação de isolamento social mais severo, com restrição da circulação e suspensão de atividades econômicas formais e informais (indústria, comércio e serviços), gerou uma crise econômica, com aumento do desemprego, que exigiu ações do poder público e da sociedade civil para amenizar a situação de fome e insegurança alimentar das famílias, mas que não foram suficientes.

De acordo com dados do Portal da Transparência do Governo Federal, o programa social de Auxílio Emergencial destinado à população mais vulnerável totalizou, na Região Metropolitana de Fortaleza, R$ 6.651.262.875,00. Desse valor, o maior percentual concentra-se na cidade de Fortaleza, levando em consideração o grande quantitativo populacional existente no polo, representando 61,8% do total aplicado na RMF, seguida dos municípios de Caucaia, com 9,5%, e Maracanaú, com 6% do total (BRASIL, s.d.).

Em um cenário de aumento do desemprego, restrição de locomoção, e outros imensuráveis problemas gerados pela pandemia Covid-19, o governo do estado do Ceará vem promovendo algumas medidas de auxílio, com o intuito de amenizar a situação econômica da população mais vulnerável no enfrentamento do coronavírus, as quais são destacadas abaixo.

Famílias carentes foram beneficiadas com isenção de tarifas de água para os imóveis de padrão básico com consumo de até 10 m³ ao mês, em abril (593.160 clientes; R$ 21,15 milhões), maio (584 mil clientes; R$ 21,96 milhões) e junho (589 mil clientes; R$ 22,44 milhões) de 2020 e em março e abril de 2021(379.114 clientes; R$ 15 milhões/mês). A isenção da tarifa de energia, para quem consome até 100 kw/hora, foi dada a 540 mil famílias, em maio de 2020, e 621 mil em junho de 2010; e a quase 500 mil famílias nos meses de abril e maio de 2021.

Foram distribuídos vale-gás social para 245.966 famílias, em 2020 e em março e abril 2021 para 379.114 famílias (valor de R$ 15 milhões/mês) que estavam credenciadas no Cartão Mais Infância, inseridas no Cadastro Único e beneficiárias do programa Bolsa Família com renda per capita igual ou inferior a R$ 89,34; e a jovens inscritos no programa Superação. No período de suspensão das atividades presenciais nas escolas estaduais, visando garantir a segurança

alimentar, foi concedido o cartão vale-alimentação, no valor de R$ 80, beneficiando 423 mil alunos da rede pública estadual de ensino, desde o dia 29/04/2020.

A antecipação do pagamento do Cartão Mais Infância, no valor de R$ 85, para 47 mil famílias com crianças na 1ª infância e em situação de extrema vulnerabilidade social gerou um investimento superior aos 4 milhões de reais mensais. Nos meses de janeiro a setembro, 150 mil famílias foram contempladas com o valor mensal de R$ 100, resultando em um investimento superior aos R$ 141 milhões mensais em 2021.

O Auxílio Catador beneficiou 1.342 catadores de materiais recicláveis, em 2020, e 2.500 em 2021, no valor de 1/4 do salário mínimo, com duração de 6 meses. O auxílio financeiro para profissionais do setor de eventos contemplou 19.830 profissionais com um valor de R$ 1 mil, divididos em duas parcelas de R$ 500, nos meses de abril e maio. E foi garantido também auxílio de R$ 1 mil, divididos em duas parcelas de R$ 500, para os trabalhadores do setor de bares e restaurantes que estavam desempregados (garçons, cozinheiros, auxiliares de cozinha, gerentes, recepcionistas, entre outros). O Programa de Microcrédito Produtivo Orientado (Ceará Credi) investirá, inicialmente, R$ 100 milhões para apoiar microempreendedores e trabalhadores cearenses com crédito que varia entre R$ 500 e R$ 5 mil (CEARÁ. Apoio as famílias cearenses, 2021).

AÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: UM COMITÊ POPULAR-COMUNITÁRIO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM FORTALEZA, CEARÁ

O movimento popular-comunitário do Grande Bom Jardim (GBJ) gerou conhecimentos relevantes para o enfrentamento da Covid-19, articulando saberes científicos e populares, mobilizando quatro universidades e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-Ceará), além das lideranças locais e de gestores e técnicos governamentais.

O GBJ, com uma população estimada em 223 mil habitantes, formado por cinco bairros

oficiais da cidade (Bom Jardim, Canindezinho, Granja Lisboa, Granja Portugal e Siqueira) e agregando dezenas de comunidades e assentamentos precários, situa-se na área sudoeste da metrópole. Essa grande periferia é marcada por segregação socioespacial de larga escala e por intensa vulnerabilidade social e precariedade urbana, com suas populações vivenciando violências, violações de direitos, desigualdades e injustiças associadas à classe, raça, etnia, nacionalidade, gênero, sexualidade, geração, matrizes cosmológicas e culturais e religiosidade (MACHADO, 2017).

A partir do final dos anos 1970, constitui-se um movimento popular-comunitário no Grande Bom Jardim, com diferentes formas de organização e estratégias políticas, elaborando demandas, pautas e agendas políticas relevantes. Nesse processo, em 1994 constitui-se o Centro de Defesa da Vida Herbert de Sousa (CDVHS), que fomentou, a partir de 2002, a criação e desenvolvimento da Rede de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável do Grande Bom Jardim (Rede DLIS do GBJ). Instituída em 2003, a Rede intenciona "elaborar e agenciar a implementação de uma política de desenvolvimento local sustentável, numa região com forte vocação associativa" (ALMEIDA, 2014, p. 22), articulando, atualmente, 34 componentes, entre associações, movimentos sociais, coletivos e organizações da sociedade civil. A Rede agencia diversas pautas, buscando democratizar o Estado e afetar/monitorar sistemas e políticas públicas.

Diante da chegada da pandemia à Fortaleza, o movimento popular-comunitário no GBJ criou, em abril de 2020, o **Comitê Popular de Enfrentamento da Covid-19 no Grande Bom Jardim**, composto por 59 representações institucionais e integrado por 90 pessoas, visando à vigilância popular em saúde coletiva. O Comitê Popular surge e atua em um contexto marcado por grandes desafios políticos e por intensa vulnerabilidade social, os quais atingem intensamente as populações residentes em periferias das metrópoles brasileiras.

No primeiro semestre de 2020, quando se agravou a insegurança alimentar e nutricional, o Comitê efetivou campanhas de solidariedade, que atingiram 29.650 pessoas entre março e

junho de 2020. Em torno de 7.412 famílias foram apoiadas com a distribuição de alimentos, produtos de higiene e outros insumos, assim como máscaras, água sanitária, álcool e outros produtos de higiene (CARLOS et al, 2020a). Cabe indicar que em 2021 essa solidariedade se consolidou no formato das cozinhas sociais, com o Comitê Popular conquistando, inclusive, recursos públicos para o apoio a algumas dessas cozinhas em atuação no território.

Dados sobre a comunidade, o número de casos e óbitos por Covid-19, a violação dos direitos humanos e as ações do Comitê foram registradas no e-book Informe Direitos Humanos - Violações de direitos no contexto da pandemia da Covid-19 na periferia de Fortaleza: o caso do Grande Bom Jardim (Volumes 1 e 2), em edição do Centro de Defesa da Vida Herbert de Sousa (CDVHS). A população participou ativamente das ações através de leitura comunitária de pontos de aglomeração e de casos, por meio da metodologia do mapeamento participativo. Posteriormente, foi feito um diálogo entre o mapa comunitário de pontos de aglomeração e de casos e os mapas da vigilância epidemiológica municipal de Fortaleza. Essas ações foram registradas em dois relatórios que apresentaram e discutiram o Mapa Participativo da Covid-19 na comunidade e as ações do comitê e o impacto da pandemia no Grande Bom Jardim (ALMEIDA, 2021; CARLOS et al, 2001a, 2021b; MACHADO et al, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de coronavírus atingiu o Brasil em um momento de crise econômica e crise política, de conflitos entre poderes, dificultando o gerenciamento da crise sanitária e provocando morte, miséria e fome entre a população mais vulnerável socialmente.

Apesar da atitude negacionista do governo federal e da demora em comprar vacinas, os estados nordestinos tiveram a menor taxa de mortalidade das regiões brasileiras. O Comitê Científico do Consórcio Nordeste facilitou a uniformização e a inovação de gestão da crise sanitária e deu orientação técnica, inclusive, para aquisição conjunta de equipamentos hospitalares e vacinas.

A primeira parte do dossiê tratou da epidemia na escala da região metropolitana, ressaltando as elevadas taxas de mortalidade por Covid-19 nos municípios mais populosos e densos, conurbados à capital, que abrigam parque industrial e conjuntos habitacionais e que estão mais integrados à dinâmica metropolitana.

A segunda parte discutiu a disseminação do coronavírus no intraurbano fortalezense, observando os lugares de adoecimento, bairros de alto IDH, por onde teve início a pandemia, que chega do exterior por via aérea com turistas brasileiros. Nesses bairros, trabalhadores domésticos, entregadores e outros prestadores de serviços, que não puderam se isolar, se contaminam e involuntariamente disseminam este mal nos transportes públicos e nos bairros onde residem, de baixo IDH, alta vulnerabilidade social e precárias condições sanitárias. Estas áreas se transformam em territórios da morte, pois nelas as taxas de mortalidade e letalidade são muito altas.

Na última parte, um breve levantamento de algumas ações do poder público e o relato de ações da sociedade civil por meio do Comitê Popular de enfrentamento da Covid no Grande Bom Jardim, associação de várias instituições que tentaram amenizar a miséria e fome em uma região do sudoeste de Fortaleza, que concentra uma população vulnerável, carente de infraestrutura e serviços urbano.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, Adriano Paulino (2014). (Grande) Bom Jardim: reterritorialização e política de representação à luz da nova pragmática. 2014. Dissertação de Mestrado. Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará.

ALMEIDA, A. P.; MACHADO, Eduardo Gomes; FURTADO, L. S.; FREITAS, C. F. S.; CARNEIRO, F. F.; KERR, L. R. F. S. (2021). Relatório A pandemia da Covid-19 no Grande Bom Jardim: diálogo entre o mapa comunitário de pontos de aglomeração e de casos e os mapas da vigilância epidemiológica municipal de Fortaleza (Relatório de pesquisa).

ARRAIS, T. A. et al. (2020). 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, pp.1 -29. Disponível em: https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.13734. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL (s.d.). Ministério da Cidadania. Auxílio emergencial – Covid-19. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/Covid-19/transparencia-e-governanca/auxilio-emergencial-1. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL (2021). Painel Coronavírus. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em: 20 out. 2021.

CARLOS, C. A. F. e MACHADO, EDUARDO G. (Org.). (2020a) INFORME DH - Nº 1 - Violações de direitos no contexto da pandemia da Covid-19 na periferia de Fortaleza: o caso do Grande Bom Jardim. 1. ed. Fortaleza: Centro de Defesa da Vida Herbert de Sousa, v. 1 e 2.

CARLOS, C. A. F. e MACHADO, EDUARDO G. (Org.). (2020b). INFORME DH - Nº 2 - Violações de direitos no contexto da pandemia da Covid-19 na periferia de Fortaleza: o caso do Grande Bom Jardim. 1. ed. Fortaleza: Centro de Defesa da Vida Herbert de Sousa, v. 2.

CEARÁ (2021a). Secretaria de Saúde. Plano de operacionalização para vacinação contra COVID-19. Fortaleza. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/PLANO-OPERACIONALIZACAO-VACINA-9ed_31_03_01_11h_.pdf. Acesso em: 09 out. 2021.

CEARÁ (2021b). Ações de apoio às famílias cearenses. Disponível em: https://www.ceara.gov.br/acoes-de-apoio-as-familias-cearenses/. Acesso em: 20 out. 2021.

CEPAL (2002). Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasília, CEPAL/ECLAC.

COSTA, M. C. L.; AMORA, Z. B. (2015). Fortaleza na rede urbana brasileira: de cidade a metrópole In: Fortaleza: transformações na ordem urbana.1 ed., Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Metrópoles, 2015, v.1, p. 31-76.

COSTA, M. A. et al. (2020). 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.

DANTAS, Eustógio W. C.; COSTA, M. Clelia L.; SILVA, Carlos Lucas 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), n. 45, p. 1-30, 2020.

FORTALEZA (2020). Relatório Técnico - Propensão à epidemia grave de COVID-19 da população residente em bairros do Município de Fortaleza - EPIFOR-COVID-19 Fundação Oswaldo Cruz, Prefeitura Municipal de Fortaleza, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Ceará, 23.04.2020. Disponível em: http://www.saudedigital.ufc.br/wp-content/uploads/Relatorio-COVID-19_Fortaleza-final-2.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

FORTALEZA (2020; 2021). Informe Semanal COVID-19. PMF. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. SMS COPEVI, Fortaleza. 12.06.2020 e 15.10.2021.

KAZTMAN, R.; FILGUEIRA, C. (1999). Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades. Montevideo, CEPAL/ PNUD.

MACHADO, E. G (2017). Desigualdades e segregações socioespaciais em Fortaleza, Brasil: uma análise a partir da Praia do Futuro. O PÚBLICO E O PRIVADO (UECE), v. 30.

MACHADO, Eduardo Gomes; FURTADO, L. S.; SILVA, R. B. ; ALMEIDA, A. P. (2021). Relatório Mapa Participativo da Covid-19 no Grande Bom Jardim: Leitura Comunitária de Pontos de Aglomeração e de Casos. (Relatório de pesquisa).

MELO, T. M. (2021). Consórcio Nordeste: atuação na cooperação dos estados consorciados no manejo coordenado da pandemia frente à omissão do Poder Público Federal. Caderno de comunicados científicos do II Encontro Internacional (Coleção Democracia Pós Pandemia, v.1). Curitiba: Transparência Eleitoral Brasil, GRD Editora. Disponível em: https://journal.nuped.com.br/index.php/teleitoral/article/view/227. Acesso em: 20 out. 2021.

MONDUBIM, José Walter e Barra do Ceará concentram maior número de óbitos (2021). O Povo, Fortaleza, 25 ago. 2021. Disponível em: https://mais.opovo.com.br/jornal/economia/2021/08/25/mondubim-jose-walter-e-barra-do-ceara-concentram-maior-numero-de-obitos.html. Acesso em: 20 out. 2021.

OBSERVATÓRIO DO ESTADO SOCIAL BRASILEIRO (2021). Projeto. Goiânia. Disponível em: http://obsestadosocial.com.br/sobre-o-projeto. Acesso em: 20 out. 2021.

RAMIRES, Ana Rute. Primeira e segunda ondas da Covid-19 tiveram velocidade e percurso diferentes em Fortaleza (2021). O Povo, Fortaleza, 19 ago. 2021. Disponível em: https://mais.opovo.com.br/jornal/cidades/2021/08/19/primeira-e-segunda-ondas-da-Covid-19-tiveram-velocidade-e-percurso-diferentes-em-fortaleza.html. Acesso em: 10 out. 2021.

SALATA, A. R.; RIBEIRO, M. G (2021). Boletim Desigualdade nas metrópoles. n. 05. Porto Alegre. Disponível em: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/wp-content/uploads/2021/10/BOLETIM_DESIGUALDADE-NAS-METROPOLES_05FINAL.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

05

REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA (GO)

AUTORIA

Celene Cunha Antunes Monteiro Barreira

Débora Ferreira da Cunha

Elcileni de Melo Borges

Elis Veloso Portela Araújo

Juliana Gomes da Silva de Melo

Lorena Cavalcante Brito

Lúcia Maria Moraes

Marcos Bittar Hadad

Roberta Silva Marques

Yordana Dias das Neves Naciff

UFG

IESA
INSTITUTO DE
ESTUDOS SOCIOAMBIENTAIS

INTRODUÇÃO

O presente relatório esboça uma atualização do panorama da Covid-19 no estado de Goiás, sua evolução desde o último levantamento realizado até o mês de julho de 2020 entre as diferentes regiões, e com ênfase na dimensão socioterritorial da pandemia no contexto da Região Metropolitana de Goiânia (RMG), a mais afetada no estado. Observou-se uma grande evolução nos impactos, seja no aumento do desemprego, fechamento de atividades, seja na obsolescência de atividades profissionais da noite para o dia.

Percebe-se ainda um importante aumento nas seguintes questões: interrupção de ocupações informais; necessidade de moradia e abrigamento, que já não era atendida no contexto pré-pandêmico e, agora, foi maximizada pela diminuição do poder de compra da classe média e pela pobreza extrema para quem perdeu toda a sua renda e não conseguiu recuperá-la; sensação de perda de renda generalizada pela alta da inflação e aumento do custo de vida e a interrupção do auxílio de renda emergencial; dificuldades no abastecimento agroalimentar; agravamento dos impactos sobre as mulheres; déficit crescente de mobilidade urbana, ou mesmo das condições sociais de acesso aos serviços de saúde.

Empreendeu-se, ainda, uma síntese atualizada das principais medidas adotadas pelos governos (federal, estadual e municipais) para enfrentamento da covid-19 e das articulações locais de formação de redes de solidariedade com setor privado e ONGs, bem como das omissões estatais e insuficiências da política pública em voga.

PANORAMA DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DE GOIÁS

Com uma população aproximada de 7 milhões de pessoas (IBGE, 2021), distribuídas em 246 municípios, Goiás teve, até outubro de 2021, 865.569 casos confirmados de Covid - 19, com 23.533 óbitos, de acordo com os dados da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (Plataforma Covid desenvolvida pelo Lapig/UFG), evidenciando a rápida evolução: em 30 de junho de

2020 eram 24.666 casos confirmados, com 475 óbitos. Os Gráficos 1 e 2, a seguir, mostram a evolução de casos confirmados e de óbitos em Goiás e Goiânia, do início da pandemia à 01 de outubro de 2021, destacando os períodos de picos e agravamento da doença, demarcados pelas diferentes ondas e variantes da covid-19 durante esse período da pandemia.

Com relação à letalidade dos casos de covid-19, de acordo com as informações tabuladas pela Fundação Fiocruz, Goiás apresentou, em 2021, uma taxa de letalidade de 2,7%, em comparação dos 2,1% do ano passado.

Conforme dados da Plataforma Covid Goiás UFG, a distribuição espacial da covid-19 entre os municípios goianos (Figura 1), com informações acumuladas até 31 de dezembro de 2021, indica os altos índices de contaminação nos principais polos urbanos do estado: Goiânia é o epicentro com maior número de casos; seguido por Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde e Luziânia, no Entorno do DF.

Nas demais regiões do estado de Goiás a incidência maior de casos ocorreu da seguinte forma: Região Centro Goiano, nas cidades de Goianésia, Região do Entorno do DF, nas cidades de Águas Lindas, Formosa, Novo Gama, Valparaíso e Cidade Ocidental; Região Sul Goiano, nas cidades de Catalão, Morrinhos, Caldas Novas, Goiatuba, Itumbiara, Santa Helena de Goiás, Jataí e Mineiros.

Essas regiões e cidades possuem dinâmica econômica relacionada ao agronegócio e à indústria mecânica e compõem a periferia de DF.

Assim, na Figura 2 (acumulado até 24 de setembro de 2021), o destaque é a proliferação do número de óbitos por Covid-19 no estado de Goiás (representado pelos círculos vermelhos), que reflete a lógica da dinâmica econômica regional.

Na comparação, as Figuras 1 e 2 evidenciam o aumento de casos e óbitos de covid-19 na RMG e no Entorno do DF. Por outro lado, verifica-se uma situação que, no contexto do coronavírus, tem sido comum em todo Brasil: a posterioridade de contaminação por covid-19

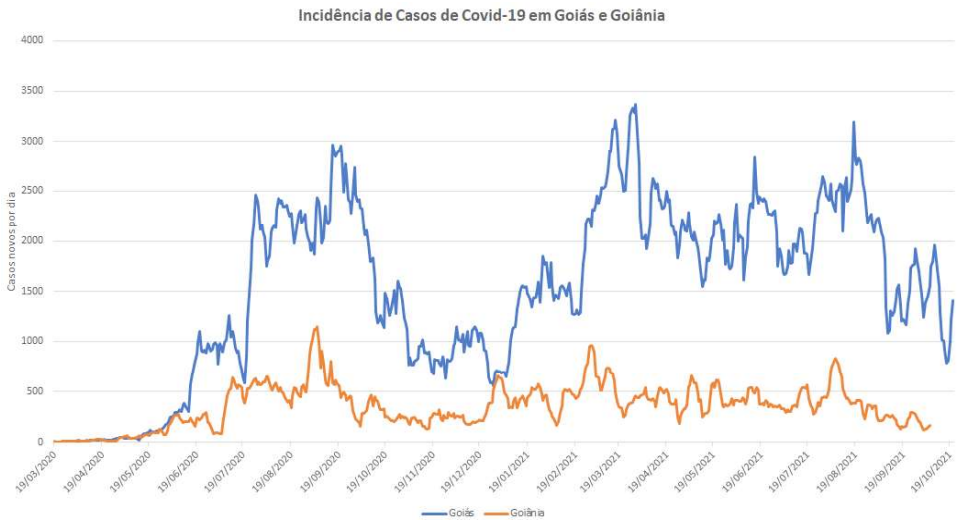


Gráfico 1: Incidência de casos da covid-19 em Goiás e Goiânia

Fontes: Fiocruz (2021) elaborado por Yordana Naciff.

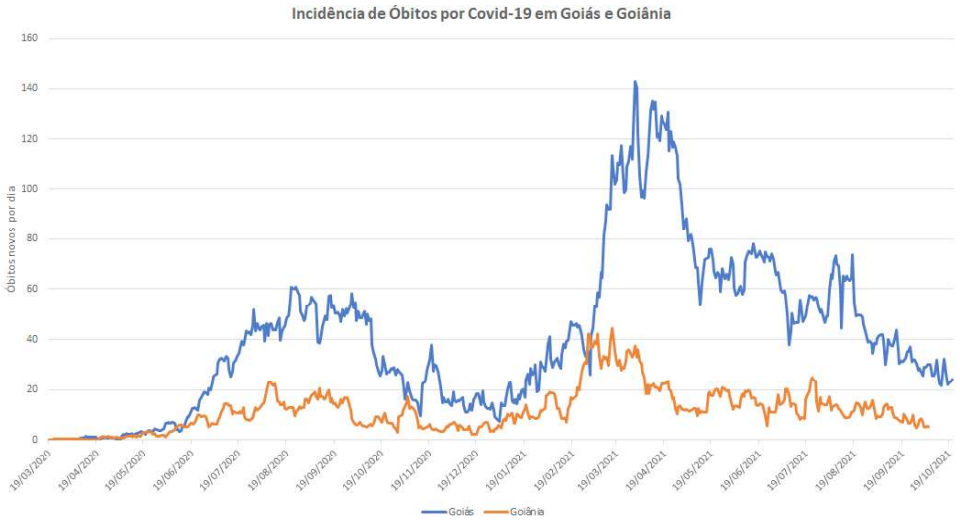


Gráfico 2: Incidência de óbitos da covid-19 em Goiás e Goiânia

Fontes: Fiocruz (2021) elaborado por Yordana Naciff.

A espacialização da evolução espaço temporal da Covid-19 no território metropolitano pode ser visualizado a seguir (Figura 3).

Todos os 21 municípios da região, sem exceção, têm registros da ocorrência de covid-19. Até mesmo os pequenos, como Caldazinha e Brazabrantes, que são considerados municípios fora de rota para grandes centros produtores.

Chama a atenção, da 1ª para a 2ª parcial, o aumento expressivo do número de casos nos municípios de Trindade, Senador Canedo e Inhumas (até então concentrados no Polo Metropolitano). Da 3ª parcial em diante, acrescenta-se o município de Goianira; e da 3ª para a 4ª parcial, assiste-se a explosão de casos e óbitos nas cidades de mais alta integração ao polo (ver Mapa 4).

Considerando o nível de integração do polo dos municípios da RMG (ver Figura 4), com uma mancha gradiente representando esses níveis de integração ao polo, constata-se que: a maior quantidade de casos e óbitos está concentrada na cidade-polo (Goiânia), seguida pelos municípios de Aparecida de Goiânia e Senador Canedo. Sendo que estes casos e óbitos estão relacionados ao nível de integração do município ao Polo.

Em toda a **RM de Goiânia** (REGIC 2018), que possui um estoque total de 1.041.909 domicílios, foram identificados **17.009 domicílios distribuídos em 114 Aglomerados Subnormais** (o que corresponde a 1,64% do estoque total do país), presentes em oito municípios metropolitanos: Goiânia, Aparecida de Goiânia, Senador Canedo, Trindade, Abadia de Goiás, Guapó, Santo Antônio de Goiás e Goianápolis.

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

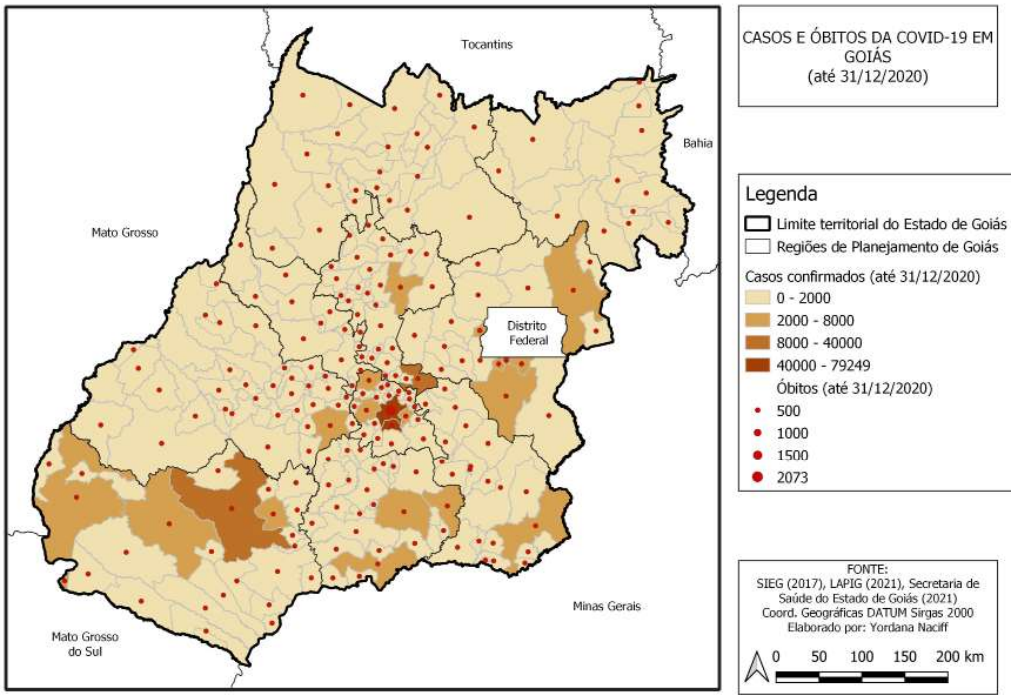


Figura 1: Evolução territorial e temporal de casos e óbitos da covid-19 em Goiás (até 31 de dezembro de 2020).

Fontes: SIEG (2017), LAPIG (2021), Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (2021).

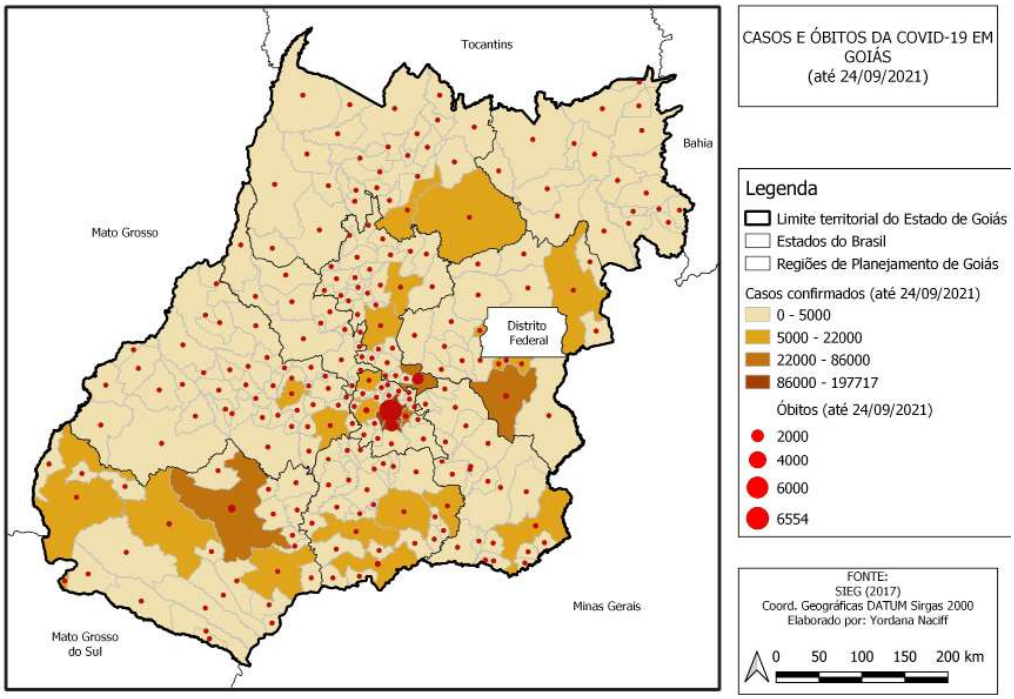


Figura 2: Evolução territorial e temporal de casos e óbitos da Covid-19 em Goiás (até 24 de setembro de 2021)

Fontes: SIEG (2017).

nas regiões menos dinâmicas.

Quanto à infraestrutura de saúde, o estado de Goiás investiu na construção de hospitais de campanha e criação de novos leitos, distribuídos na capital e em outras regiões do estado: três hospitais de campanha em Goiânia; um em Águas Lindas de Goiás (Entorno do DF) e um em Anápolis. Além disso, formalizou parcerias e convênios para gerar novos leitos com o Hospital das Clínicas (HC) da UFG e a Maternidade Oeste, da prefeitura de Goiânia, e em outros municípios do estado, como Porangatu, Itumbiara, Jataí, Formosa, São Luís de Montes Belos e Luziânia (Entorno do DF).

Mesmo no momento de maior pico durante a segunda onda de covid-19, registrado entre fevereiro e abril de 2021, a estratégia do governo estadual foi a criação de novas UTIs, mas que tão logo se mostraram insuficientes: taxa de ocupação de vagas nas UTIs para a doença de mais de 100% de ocupação na rede pública; e de 92,35% na rede privada, em 02 de março de 2021.

PANORAMA DA PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO METROPOLITANA DE GOIÂNIA (RMG)

As 15 principais metrópoles brasileiras, conforme dados do Observatório das Metrópoles, acumulam, desde o início da pandemia até 15 de junho de 2021, a quantidade de 222.346 óbitos. Neste contexto, a RMG está situada em décimo lugar, com 8.197 óbitos acumulados

O maior índice de contaminação no município de Goiânia (30% dos casos de Goiás) pode estar relacionado à 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 estadual, concentrando 36% do Produto Interno Bruto de Goiás (IMB, 2016). Já a população de Goiânia em relação à região metropolitana representa 58% (IBGE, 2021).

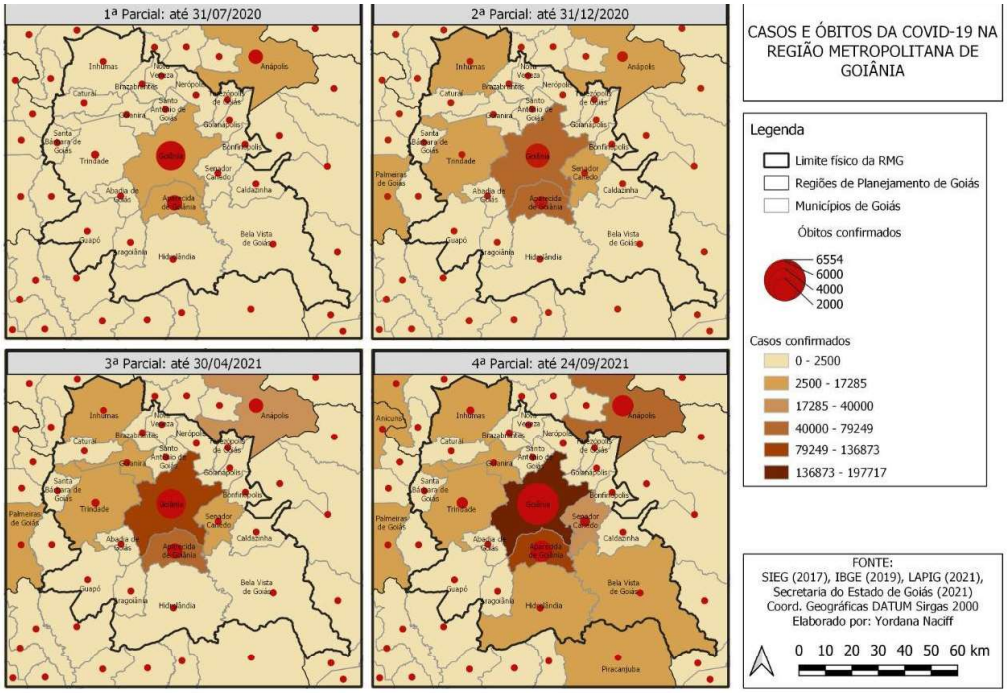


Figura 3: Casos e óbitos da covid-19 na Região Metropolitana de Goiânia

Fontes: SIEG (2017), LAPIG (2021), Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (2021).

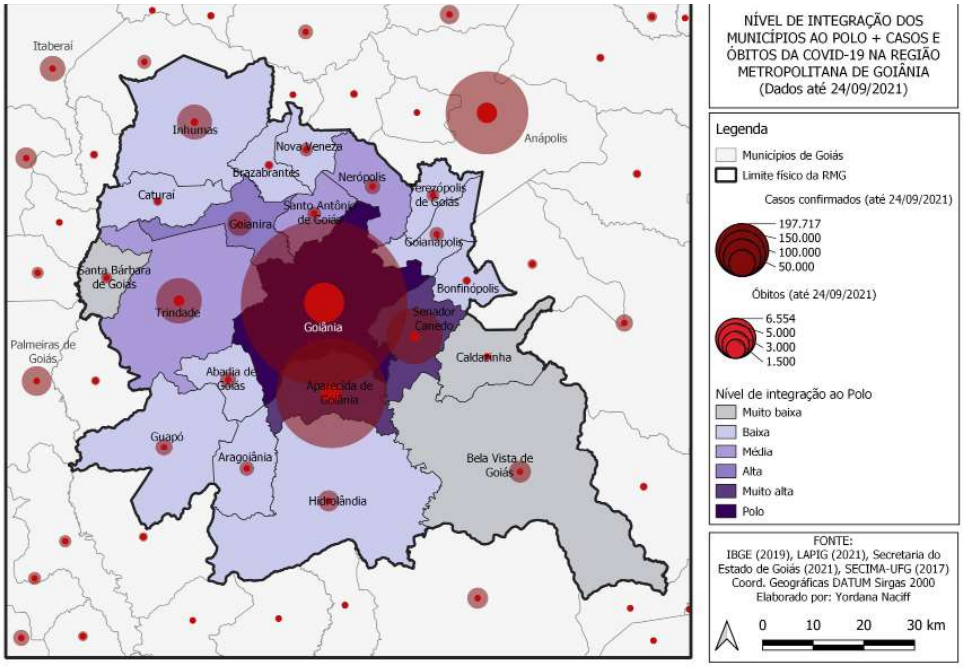


Figura 4: Nível de integração dos municípios ao polo e casos e óbitos da covid-19 na Região Metropolitana de Goiânia (até 24 de setembro de 2021)

Fontes: IBGE (2019) Secretaria do Estado de Goiás (2021). SECIMA-UFG (2017).

médio de 2,5 km (em alguns casos até 1 km).

MEDIDAS E AÇÕES DO PODER PÚBLICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Como forma de contribuir com o sustento das famílias em situação de vulnerabilidade social durante o período de pandemia da covid-19, a prefeitura de Goiânia lançou o programa Renda Família que oferece benefício de 300 reais, durante 6 meses, para famílias carentes adquirirem alimentos no comércio local. De março a setembro de 2021 foram entregues 13.173 cartões, sendo que 1.015 já foram devolvidos.

Ressalta-se que a maior parcela dos municípios que compõem a RMG tem direcionado parte significativa de suas ações para a questão da segurança alimentar, fornecendo cestas básicas à população mais necessitada. Secundariamente, constatou-se auxílios no pagamento de contas básicas, como água, gás e energia elétrica.

No que diz respeito à garantia da Educação Pública em tempos de pandemia e pós-pandemia da covid-19, constatou-se situações diversas na RMG: municípios que ainda não retornaram ao regime presencial, outros que já retomaram as atividades presenciais, aderindo ao sistema híbrido e seguindo os protocolos de segurança. Todos os municípios da RMG, independente da modalidade, têm garantido o acesso à educação para os estudantes matriculados nas respectivas redes de ensino, como também a entrega de *kits* alimentação.

No âmbito do estado de Goiás foi criado o Programa Mães de Goiás, destinado a fornecer um subsídio mensal de R$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) mensais a mães goianas em situação de vulnerabilidade social. O benefício começou a ser concedido em setembro de 2021, estimando atender a 100 mil famílias.

Entre as ações implementadas pelo governo de Goiás para enfrentamento dos impactos sociais da pandemia de covid-19, a mais bem sucedida experiência é a Campanha de Combate

à Propagação do Coronavírus, implementada pela OVG, em março de 2020, numa ação de solidariedade, em parceria com o setor privado e sociedade civil, tendo destinado recursos do tesouro estadual (cerca de R$ 70 milhões) e mais recursos de doação: total arrecadado de R$ 6,3 milhões, de doações de pessoas físicas e jurídicas (entre 18/03/2020 e 24/07/2021), para oferecimento de cestas básicas, álcool gel 70% e equipamentos de proteção individual (EPI), distribuídos aos 246 municípios goianos, priorizando territórios populares, assentamentos rurais, acampamentos e comunidades quilombolas[1].

Condições de vida e vulnerabilidades: população em situação de rua de Goiânia, o transporte coletivo e despejos na RMG

Em Goiânia, a situação de vulnerabilidade social de pessoas em situação de rua tornou-se ainda mais evidente. De acordo com dados da Secretaria de Desenvolvimento Humano e Social de Goiânia (SDHS) de agosto de 2021, Goiânia teve um aumento de 33% da população em situação de rua. Segundo matéria veiculada no jornal *O Popular*, em março de 2021 o município contabilizava 1,2 mil pessoas vivendo nas ruas, número que subiu para 1,6 mil no mês de agosto do mesmo ano, sendo que, em 2019, registrou-se a presença de 343 pessoas em Goiânia

Uma das medidas voltadas para atender às necessidades da população em situação de rua foi o projeto desenvolvido pela prefeitura denominado Aquecendo Corações, que possibilita, mediante triagem, a hospedagem da população em um hotel conveniado com a prefeitura, que arca com os custos da acolhida e das refeições oferecidas aos contemplados pelo programa. Além disso, a prefeitura dispõe de projetos sociais, como a Casa de Acolhida, o Centro POP, o Serviço Especializado em Abordagem (SEAS) e o Consultório de Rua.

Destaca-se na RMG a ocorrência de importantes problemas. Entre eles, a permanente violação

1 O Relatório de Prestação de Contas da Campanha de Combate à Propagação do Coronavírus (OVG), contendo, também, a lista de doadores (pessoas jurídicas e iniciais de pessoa física), pode ser acessado em: https://app.powerbi.com/

de direitos, vivenciada cotidianamente no sistema de transporte coletivo que interliga os 21 municípios da RMG. Os registros são de situações de superlotação em ônibus e terminais, além de grande demora na espera pelos veículos, enfrentadas pela população, num flagrante descumprimento de decreto municipal.

Também podem ser elencadas ocorrências e ameaças de despejos na RMG, o que motivou a organização da campanha Parem os Despejos, que surgiu após o despejo realizado por determinação da prefeitura de Goiânia, no dia 03 de julho de 2020, desabrigando 20 famílias em situação de vulnerabilidade social, que até então eram residentes da ocupação urbana Residencial São Marcos. O movimento foi iniciado em dia 10 de julho do mesmo ano pelo Coletivo de Advogados Populares (CAP) Luiz Gama, Comitê Goiano de Direitos Humanos Dom Tomás Balduino, Núcleo de Assessoria Jurídica Universitária Popular (NAJUP) Pedro Nascimento e BR Cidades. A campanha Parem os Despejos passou a monitorar diversas comunidades ameaçadas em várias partes do estado, atuando a fim de garantir a suspensão dos despejos em tempos de pandemia (CAMPANHA DESPEJO ZERO, 2021).

Foram registrados outros casos de despejo na RMG, como na ocupação Beira-Mar, localizada em Aparecida de Goiânia, quando 56 famílias foram despejadas pela própria prefeitura, em parceria com a Guarda Civil Metropolitana e a Polícia Militar, sem que houvesse notificação prévia.

Em Aparecida de Goiânia, registra-se outro despejo realizado no dia 18 de setembro de 2021, que destituiu 42 famílias que residiam no Setor Independências Mansões.

Monitoramento do plano de vacinação da Covid-19

A vacinação nos municípios da RMG foi iniciada em consonância com os demais municípios do estado de Goiás, ocorrendo inicialmente nos dias 19 e 20 de janeiro de 2021. Os dados disponibilizados no site de cada prefeitura e redes sociais dos municípios integrantes da RMG mostram que a vacinação tem alcançado as metas. Atualmente, está sendo vacinada a

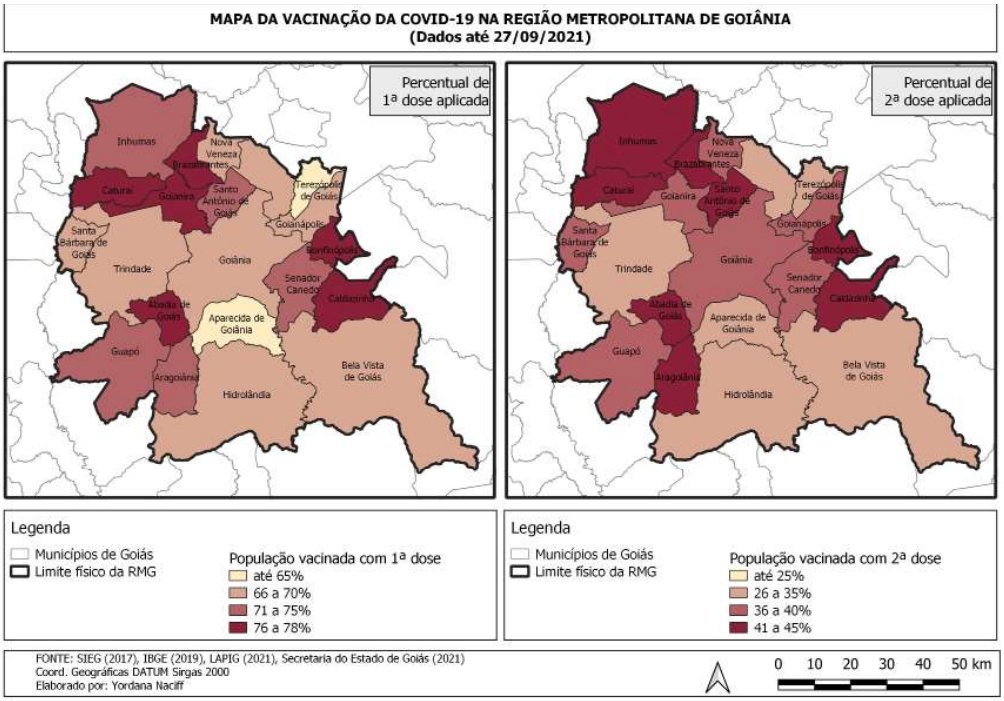


Figura 5: Mapa da Vacinação da covid-19 na Região Metropolitana de Goiânia

Fontes: SIEG (2017), IBGE (2019), Secretaria do Estado de Goiás (2021).

população na faixa etária abaixo dos 18 anos.

Nesta empreitada, destaca-se o papel desempenhado pelas mídias sociais, principalmente pela rede social Instagram, uma vez que as prefeituras de cada município utilizaram as redes sociais como um meio de comunicação com a sociedade.

No primeiro semestre de 2021, o processo de vacinação na RMG ocorreu de forma morosa, devido à escassez de vacinas. Além disso, destaca-se ainda a pouca procura para receber a segunda dose da vacina, de modo a completar o esquema vacinal.

Com base em levantamento realizado em 27 de setembro de 2021, situam-se entre os municípios com maior percentual de pessoas vacinadas com a primeira dose na RMG Caturaí (78,45%), Brazabrantes (78, 42 %) e Bonfinópolis (78,11%), todos eles com população estimada abaixo de 10 mil habitantes. Liderando o *ranking* da segunda dose e dose única, destacam-se os municípios de Caldazinha (45,93%), Inhumas (43,38%) e Aragoiânia (42,9%) (SES-GOIÁS,

2021). Os mapas da Figura 5 mostram os percentuais de vacinação alcançados na aplicação das primeiras e segundas doses dos municípios da RMG.

Cabe salientar que a vacinação da população residente na RMG foi de extrema importância no processo de retomada de atividades comerciais, educacionais, sociais e religiosas. Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao fato de que nem todos os municípios respeitaram o período de imunização da vacina (15 dias após a segunda dose), para proceder a liberação de importantes atividades. Cita-se o exemplo da Secretaria Municipal de Educação de Goiânia, que retomou as atividades presenciais de todas as etapas municipais de ensino sem sequer ter aplicado a segunda dose da vacina nos profissionais de educação.

PROPOSTAS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Em Goiás, o governo foi bastante incisivo nas medidas adotadas de início, como nos decretos que paralisavam as atividades econômicas, mas nem sempre foi acompanhado pelos prefeitos[2]. Como ação de apoio à economia, durante o primeiro período de paralisação das atividades econômicas, março a julho de 2020, e depois de março a abril de 2021, através da Goiás Fomento[3], liberou-se empréstimos para as empresas ou microempreendedores individuais (MEI), com juros zero e carência de seis meses. Porém, de acordo com a associação dos lojistas da Região da 44[4] e com o Sindicato de Bares e Restaurantes de Goiânia (Sindibares), boa parte dos que requisitaram este apoio reclama que não foi contemplada.

2 Como se sabe, o Supremo Tribunal Federal (STF), diante da inércia do Governo Federal nas medidas de prevenção e combate à pandemia, determinou que estados e municípios tinham autonomia para decidir tais ações, o que nem sempre ocorreu em conjunto, ficando mais a cargo das forças e interesses políticos locais.

3 A Agência de Fomento do Governo de Goiás, que tem como objetivo apoiar o empreendedorismo, atuando na concessão de financiamentos.

4 A Região da 44 se localiza na região central de Goiânia e possui milhares de lojas que comercializa, principalmente, vestuários. Sua maioria é informal, mas a associação que a representa afirma, mesmo sem dados comprovados, que é a maior área comercial do Centro-Oeste, responsável por uma das maiores gerações de tributos ao estado e ao município de Goiânia.

O governo goiano, que vive uma relação bipolar com o governo federal[5], reuniu todos os programas já existentes, que são voltados para o apoio às micro e pequenas empresas, qualificação profissional, geração de empregos, entre outros, em uma nova secretaria denominada de Secretaria da Retomada para promover a recuperação econômica do estado.

Atualmente, o governo goiano comemora a retomada da geração de empregos em Goiás. De janeiro a julho de 2021, pouco mais de 89 mil vagas de trabalho foram preenchidas em Goiás, o que colocou o estado, de acordo com o Caged, como o maior gerador de empregos do Centro-Oeste e o sexto do Brasil[6]. Goiás tem sua indústria liderada pelo segmento de alimentação e em outras crises econômicas também se destacou na geração de empregos por ser esta uma indústria extremamente essencial, ainda mais que, durante a paralisação das atividades econômicas, o agronegócio não parou e a produção de alimentos continuou a ocorrer no campo. No agronegócio, Goiás se diferencia dos demais estados do Centro-Oeste por processar em seu território boa parte do que é produzido no campo, tendo em vista que é um estado que possui muitas agroindústrias.

Conforme o Caged, o setor de serviços em Goiás foi o que gerou o maior número de empregos no mês de julho, 4.356 vagas. O comércio teve saldo de 2.921; indústria, de 2.703; construção, de 1.451; e a agropecuária, de 795.

No campo da construção civil, além das diversas obras públicas, entre elas a do BRT, em Goiânia e Aparecida de Goiânia e das Marginais Botafogo e Leste-Oeste em Goiânia.

5 O governador Ronaldo Caiado, até então apoiador do Governo Federal, no dia 15 de março de 2020 foi até uma manifestação pró-Bolsonaro, na Praça Cívica, em Goiânia, local da sede do governo estadual, pedir aos presentes que se retirassem do local, sendo vaiado e acusado de "traidor" pelos fanáticos defensores do presidente da República. Logo depois, assinou o decreto com o Toque de Recolher, paralisando a maioria das atividades econômicas a partir daquele momento. Nos dias que se seguiram, Caiado, médico por formação, defendeu incisivamente a paralisação das atividades, se posicionando contrário ao presidente. Porém, em diversos momentos, entre ele a inauguração do hospital de campanha, em Águas Lindas de Goiás, fez afagos a Bolsonaro, culminando na ridícula comparação do presidente, com Juscelino Kubitschek, quando do lançamento das obras da Ferrovia de Integração do Centro-Oeste, no dia 16 de setembro de 2021, na cidade de Mara Rosa.

6 De acordo com o governo estadual, Goiás ficou atrás de São Paulo, com saldo de 594.613, Minas Gerais (219.560), Santa Catarina (139.410), Paraná (132.328) e Rio Grande do Sul (107.563).

A construção civil privada também apresenta um crescimento no período da pandemia, provocada pela procura de imóveis de elevado padrão. Conforme a ADEMI-GO (Associação das Empresas do Mercado imobiliário de Goiás), no primeiro semestre de 2021, a quantidade de unidades lançadas disparou mais de 50% em relação ao mesmo período de 2020. Quanto à comercialização, o mercado imobiliário alcançou um crescimento de 35% nos negócios no primeiro semestre de 2021 em comparação com 2020, e com um aumento de 35% em número de unidades e de 79% em vendas, ou seja, em 2021, a quantidade de unidades comercializadas superou o número de unidades lançadas no semestre.

No campo da saúde, a grande transformação que ocorreu em Goiás, no "pós- pandemia", foi a fusão de cinco hospitais locais que juntos vão formar a maior rede hospitalar do Centro-Oeste, com valor estimado de 1,2 bilhões de reais.

Quanto à rede de hospitais públicos, a pandemia fez surgir oito hospitais de campanha, acelerou a estadualização de alguns hospitais municipais e levou o governo estadual, em agosto de 2021, a reorganizar, via decreto, a rede pública de saúde em Goiás, com a incorporação de novas unidades e alteração de nomes de unidades hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de covid-19, além de provocar intensa crise na saúde, causou ainda intensa crise na economia que, naturalmente teve reflexos sociais. Alguns governos estaduais e prefeitos também adotaram medidas, porém, na maioria dos estados e cidades, tais medidas não passaram de investimentos na área de saúde, com a abertura de leitos, instalação de hospitais de campanha ou inaugurações antecipadas de hospitais. Este talvez seja o maior legado da pandemia, deixar mais leitos de hospitais disponíveis para a população, além do merecido reconhecimento ao Sistema Público de Saúde (SUS), que a duras penas, mais por parte do esforço dos profissionais que da estrutura existente, conseguiu atender à população, mesmo que às vezes tenha parecido insuficiente.

O governo de Goiás encara o atual momento (setembro de 2021) como superada a pandemia e de retomada das atividades rotineiras. Recentemente liberou todas as restrições impostas ao transporte coletivo na RMG, autorizou a retomada presencial das aulas nas escolas estaduais, inclusive impondo esta condição aos prefeitos que impuseram resistência. Ordenou a retomada de atividades presenciais em todos os órgãos administrativos do estado, vem autorizando "eventos-teste" como jogos de futebol, shows artísticos, festas privadas[7] e eventos públicos que promovem aglomeração, como a Feira Literária de Pirenópolis.

7 Como o Festival Bom Odori. Evento organizado pela Associação Nipo-Brasileira de Goiás, em parceria com a Embaixada do Japão no Brasil e considerado o evento-teste do Governo do Estado e da Prefeitura de Goiânia. Foi realizado em agosto de 2021, de forma presencial e *on-line* com testagem de 100% do público e proibição de circulação entre setores do evento. Convidados foram acomodados em camarotes isolados de no máximo seis pessoas cada. Todo o público foi monitorado por 14 dias, e relatórios serão utilizados para avaliação da retomada dos eventos no estado

REFERÊNCIAS

ARRAIS, T. A. et al. (2020). 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, pp.1-29. Disponível em: https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.13734. Acesso em 18 out. 2021.

COSTA, Marco A. et al. (2020). 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.

DESPEJO ZERO, Campanha Nacional. (2021). Goiás - Campanha Parem os Despejos. Disponível em: https://www.campanhadespejozero.org/nucleo-goias. Acesso em: 05 out. 2021.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. (2013). Déficit habitacional municipal no Brasil – 2010. Belo Horizonte: Centro de Estatística e Informações.

GOIÂNIA, Prefeitura Municipal de. (2021). Prefeitura de Goiânia lança Renda Família + Mulher. Disponível em: https://www.goiania.go.gov.br/prefeitura-de-goiania-lanca-renda-familia-mulher/. Acesso em: 05 out. 2021.

GOIÁS, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de. (2021). Governo de Goiás inicia entrega dos cartões do Programa Mães de Goiás. Disponível em: https://www.social.go.gov.br/noticias/796-governo-de-goi%C3%A1s-inicia-entrega-dos-cart%C3%B5es-do-programa-m%C3%A3es-de-goi%C3%A1s.html. Acesso em 05 out. 2021.

GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde de. (2021). Mapa de imunizados por população. Disponível em: https://indicadores.saude.go.gov.br/pentaho/api/repos/:coronavirus:paineis:painel.wcdf/generatedContent. Acesso em: 27 set. 2021.

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 mai. 2020.

IBGE. PNAD COVID 19. Disponível em: https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/. Acesso em: 25 mai. 2020.

LEIJOTO, Márcio. Covid-19 é mais letal em 4 bairros de Goiânia. Jornal O Popular, 23 set. 2020. Disponível em: https://www.opopular.com.br/noticias/cidades/covid-19-%C3%A9-mais-letal-em-4-bairros-de-goi%C3%A2nia-1.2124055. Acesso em: 10 fev. 2021.

MP/GO. (2021). Liminar deferida ao MP obriga município de Teresópolis a seguir planos Nacional e Estadual de Imunização. Disponível em: http://www.mpgo.mp.br/portal/noticia/liminar-deferida-ao-mp-obriga-municipio-de-terezopolis-a-seguir-planos-nacional-e-estadual-de-imunizacao--2. Acesso em: 29 set. 2021.

ÔNIBUS circulam lotados no primeiro dia de decreto que determina que passageiros só viagem sentados (2021). G1 Goiás, 8 mar. 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/go/goias/transito/noticia/2021/03/08/onibus-circulam-lotados-no-primeiro-dia-de-decreto-que-determina-que-passageiros-so-viajem-sentados-em-goiania.ghtml. Acesso: em 05 out. 2021.

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.observatoriodasmetropoles.net.br/a-pandemia-de-coronavirus-e-as-desigualdades-socioespaciais-no-distrito-federal/. Acesso em: 25 mai. 2020.

PAIVA, L. H. et al. (2020). 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.

PINHEIRO, Eduardo (2020). Mapa mostra que Covid – 19 avança de bairros nobres para periferia de Goiânia. Jornal Opção. Disponível em: https://www.jornalopcao.com.br/ultimas-noticias/mapa-mostra-que-covid-19-avanca-de-bairros-nobres-para-periferia-de-goiania-251248/. Aceso em: 10 de fev. 2021.

OLIVEIRA, A. F.; MOYSES, A.; BARREIRA, C. C. A. M.; CUNHA, D. F.; BORGES, E. M.; MESQUITA, E. G. C.; ARAUJO, E. V. P.; MELO, J. G. S.; HORA, K. E. R.; BRITO, L. C.; SANTOS, M. A. S.; MARQUES, R. S.; NACIFF, Y. D. N. (2020) As Metrópoles e a Covid-19: panorama e contexto da Região Metropolitana de Goiânia. In: Luiz César de Queiroz Ribeiro. (Org.). As Metrópoles e a Covid-19: dossiê nacional. 1ed.Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles, v. 1, pp. 228-251.

OVG/GOIÁS. (2021). Relatório de prestação de contas da campanha de combate a propagação ao coronavirus. Relatório Power BI: julho de 2021. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNmJiZjFjNjQtMDM5Zi00N2NhLTg0NWEtNjJiMjViMzc4NjVlIiwidCI6ImQ0ZWI3N2QzLTQ4NjktNDZjYS1hN2NmLWY2MGU3YzU1OGNmNCJ9. Acesso em: 20 set. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. (2021). Casos no Estado de Goiás. Disponível em https://covidgoias.ufg.br/#/mobile. Acesso em: 27 set. 2021.OVview?r=eyJrIjoiNmJiZjFjNjQtMDM5Zi00N2NhLTg0NWEtNjJiMjViMzc4NjVlIiwidCI6ImQ0ZWI3N2QzLTQ4NjktNDZjYS1hN2NmLWY2MGU3YzU1OGNmNCJ9. Acesso em: 20 set. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. (2021). Casos no Estado de Goiás. Disponível em https://covidgoias.ufg.br/#/mobile

06

REGIÃO METROPOLITANA DE MARINGÁ(PR)

Ricardo Luiz Töws

Celene Tonella

Samanta Martinelli

INTRODUÇÃO

No primeiro dossiê elaborado sobre a Região Metropolitana de Maringá (TÖWS et al., 2020), destacamos uma linha do tempo sobre as medidas que estavam sendo tomadas, principalmente pelo poder público, em termos de oferta de infraestrutura, monitoramento e tentativas de controle da expansão da pandemia. Na ocasião, destacamos as 4 fases que identificamos, entre os meses de março e julho do ano de 2020, sendo a primeira, com medidas mais restritivas e fechamento dos estabelecimentos, seguida do afrouxamento com autorização de funcionamento dos serviços essenciais; na terceira, após diversas mobilizações e, inclusive passeatas realizadas pelos empresários, com a flexibilização das atividades comerciais e serviços e, por fim, na quarta fase, o fechamento parcial, realizado a partir da necessidade de equiparar os casos de contaminação com as possibilidades de atendimento.

Na ocasião, após inúmeras pressões, o prefeito de Maringá, Ulisses Maia, chegou a comentar nas redes que não adiantaria o sujeito chegar com malas de dinheiro, pois não teria leitos e equipamentos suficientes para atendê-lo. Com a expansão exacerbada dos casos de contaminação, seguida de morte de parte da população, deixou de fazer sentido analisar apenas as medidas restritivas e/ou os afrouxamentos resultantes dos decretos emitidos pelo poder público. Foi necessário levantar informações sobre as características e particularidades desse processo na Região Metropolitana de Maringá. Por isso, os tópicos que seguem destacam: i) Maringá e Região Metropolitana; ii) articulações da sociedade civil, mercado e Estado para atendimento de populações vulneráveis no contexto pandêmico na RMM (2020-2021); iii) relações econômicas na pandemia, com destaque para o setor da educação; e iv) a expansão da pandemia na Região Metropolitana de Maringá.

MARINGÁ E REGIÃO METROPOLITANA

Maringá é polo da Região Metropolitana de Maringá, institucionalizada pela Lei Complementar n.º 83/1998, totalizando 26 municípios na atualidade. É a terceira mais populosa cidade do

estado do Paraná e, do mesmo modo, a terceira Região Metropolitana com mais habitantes. É destacada, conforme REGIC - 2018 (IBGE, 2020), como Capital Regional B, compartilhando essa classificação, no Paraná, com Cascavel e Londrina, situando-se hierarquicamente abaixo de Curitiba, que é classificada como metrópole pelo referido estudo.

Conforme já destacado no dossiê anterior (TÖWS et al, 2020), com maior ou menor integração, Maringá é polo importante na oferta de atividades econômicas e serviços, em especial, saúde e educação. No caso dos serviços de saúde, atende a uma região ainda maior do que o território da Região Metropolitana, comportando, por exemplo, o consórcio intermunicipal de Saúde Cisamusep, com 30 municípios. No setor de educação, 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.

ARTICULAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL, MERCADO E ESTADO PARA ATENDIMENTO DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS NO CONTEXTO PANDÊMICO NA RMM (2020-2021)

A negligência, omissões e negacionismo marcaram a atuação do governo federal no enfrentamento à pandemia de covid-19, fatos largamente explorados por pesquisadores, políticos e meios de comunicação. Estados e municípios assumiram a liderança em buscar alternativas de sobrevivência da população mais vulnerável, assunto do presente tópico.

As ações perniciosas implementadas pelo governo Bolsonaro (2018-2022), fez ruir em parte uma consistente estrutura de políticas sociais implementadas principalmente nos governos Lula e Dilma Rousseff. Tivemos a oportunidade de melhor explorar em outro texto (TONELLA; BORGES, 2020), que o governo Lula resgatou a concepção do Estado como principal condutor das políticas públicas e, nos termos de Teixeira e Pinho (2018), instalou o novo desenvolvimentismo democrático, definido como revitalizador das

> "capacidades de planejamento governamental no sentido de viabilizar o crescimento econômico, a instauração do mercado doméstico de consumo de massas, a

> distribuição de renda e a incorporação do contingente majoritário da população ao corpo político da Nação".

Muito se avançou no período, pois foram implementadas mudanças fundamentais para o campo social ao longo das duas últimas décadas, até 2016. Parte dos aspectos inaceitáveis das desigualdades sociais no Brasil foi bastante reduzida, e o país saiu do mapa da fome, em 2014. Kerstenetzky (2017, p. 16) aponta que, no que se refere à pobreza relativa, no período de 2004 a 2014, enquanto se reduzia no Brasil, ela se expandia nos países desenvolvidos (de 10,5% para 11,1%). Programas de reconhecimento internacional, como o Bolsa Família, atende a milhões de famílias. Além disso, a assistência social deixou a prática da clientela e passou ao reconhecimento de sujeitos de direitos.

O giro conservador ocorrido com a eleição de Bolsonaro oportunizou que Estados e municípios assumissem protagonismo na luta contra a pandemia. A Constituição de 1988 define em seu artigo 18 que, União, estados e municípios são entes autônomos. Desse modo, esse artigo foi confirmado pelo Supremo Tribunal Federal em 15/04/20, definindo que tanto União como estados e municípios têm competência para legislar sobre medidas de saúde. Portanto, no entendimento do STF, governadores e prefeitos podem estabelecer regras de isolamento, quarentena e restrição de transporte e trânsito em rodovias e portos, entre outras ações.

Não foi diferente em relação aos municípios da RMM. Destacamos, principalmente, as diversidades de ação do município-polo no que diz respeito ao governo municipal, a entidades da sociedade civil e agentes do mercado em contraste com os demais municípios, mais dependentes das iniciativas do governo do Estado do Paraná e de uma sociedade civil mais estadualizada.

O presente tópico analisa as articulações ocorridas no âmbito da sociedade civil, do mercado e do Estado para amparar as populações vulneráveis em contexto da pandemia, na Região Metropolitana de Maringá.

Os atores citados assumiram protagonismo de diferentes perspectivas. O Estado aparece no lastro de programas sociais presentes na estrutura da política social, como o Bolsa Família, restaurantes populares, destinação de cestas básicas, encaminhamentos diversos a serviços já existentes no âmbito municipal, principalmente.

Ações da Prefeitura de Maringá no atendimento a segmentos vulneráveis

Conforme consta no site da Secretaria de Assistência Social, as principais ações foram a distribuição de cartões alimentação, cestas básicas, auxílio emergencial municipal e incremento no número de refeições no restaurante popular. Em agosto de 2020, foi liberado o cartão-alimentação no valor de R$ 90,00. O cartão permitiu a compra em mercados e supermercados de itens de alimentos e de higiene. Foram atendidas em torno de 15 mil pessoas. No mesmo mês, a Prefeitura de Maringá finalizou a licitação da compra de 60 mil cestas básicas e 40 mil cartões de alimentação. A distribuição passou a ocorrer conforme a necessidade da população e avaliação técnica, nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Conforme informa o site da Prefeitura, foram mais de R$ 9,1 milhões de investimentos para minimizar os impactos causados pela pandemia e auxiliar as pessoas em situação de vulnerabilidade social[1] na cidade pelos próximos 12 meses (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ, 2020).

O auxílio emergencial está previsto na Lei Complementar nº 1.278, publicada no diário oficial do município em 14 de abril de 2021, e prevê auxílio financeiro de R$ 600,00 reais, divididos em três parcelas de R$ 200,00. A primeira fase do auxílio foi destinada para pessoas em situação de vulnerabilidade social inscritas no Programa Bolsa Família e Cadastro Único e beneficiou 4.025 famílias.

No artigo 1º da referida Lei consta que

> "caso, após o cadastramento, o número de inscritos e habilitados ao pagamento do

1 Vulnerabilidade compreendida como privação (renda precária ou ausência de renda, nulo acesso aos serviços públicos...); fragilização dos vínculos afetivos, como discriminação etária, étnica, de gênero ou por deficiência.

> Auxílio Maringá Emergencial superar o quantitativo limite de beneficiários, deverá ser atendido, para fins do caput deste artigo, prioritariamente o interessado que:
>
> I - for provedor(a) de família monoparental;
>
> II - possuir filho(s) menor(es) em idade escolar, devidamente matriculado(s) em instituição de ensino;
>
> III - for pessoa com deficiência;
>
> IV - possuir 60 (sessenta) anos ou mais;
>
> V - ter, por conta dos impactos da pandemia, ficado sem renda nos últimos três meses".

Após análise da Secretaria de Assistência Social, 995 pessoas atenderam a todos os critérios previstos na lei e passaram a receber o auxílio no valor de R$ 600,00 pagos em três parcelas de R$ 200,00 (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ, 2021a).

A Prefeitura de Maringá também criou o Apoio aos Profissionais de Eventos, que auxiliou mais de mil pessoas com o benefício de R$ 1 mil. Os critérios elencados para poder receber o benefício foram: ter atuado social ou profissionalmente no setor de eventos nos 24 (vinte e quatro) meses imediatamente anteriores à publicação da lei, não ter emprego ativo formal e não ser beneficiário de outros programas sociais (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ, 2021b).

O balanço de agosto de 2021 foi que, desde o início da pandemia, a Prefeitura de Maringá intensificou as ações de apoio às pessoas em vulnerabilidade social. Entre 2020 e 2021, foram entregues 76.576 cartões-alimentação e 38.400 cestas básicas, em um total de investimento de R$ 10.214.166,00.

Restaurante Popular

Maringá possui, no momento, um restaurante popular, que oferta 1.250 refeições a 3 reais (obedecendo ao limite de 50% de lotação por conta da pandemia). Três novos restaurantes populares estão sendo construídos pela Prefeitura de Maringá e funcionarão no Residencial

Honorato Vecchi, Conjunto Residencial Ney Braga e Parque Residencial Tuiuti. Com isso, Maringá passará a ofertar o total de 2.250 refeições diárias e atenderá uma outra meta, que é descentralizar serviços sociais para a comunidade. O custo das três unidades soma R$ 1,7 milhão. Estão em fase final de construção.

Sociedade Civil e mercado

Por óbvio, o mercado tem como foco a atividade empresarial e comercial. A busca da lucratividade e do crescimento econômico, aliado à necessidade de sua sustentabilidade no mercado, situação chave para viabilizar a continuidade do exercício desta atividade. Esse segmento foi atingido duramente na pandemia, com a impossibilidade de abertura do comércio em determinados períodos, na baixa capacidade de consumo da população que teve seus proventos reduzidos ou perdidos totalmente.

No que diz respeito às entidades da sociedade civil, a atividade potencializada pela pandemia trata-se de um modelo de aporte já conhecido por elas. O que marca é a grande diversidade de entidades, com destaque para aquelas vinculadas às igrejas de diferentes matizes. É fato que, desde o processo de redemocratização, iniciado no final dos anos de 1970, o fenômeno do associativismo foi imprimindo sua marca na sociedade. As diferentes demandas e articulações em torno de direitos para uma vida digna em um contexto democrático foram ganhando robustez. Falamos de organizações de bairro, associações de moradores, profissionais e sindicais, grupos de mulheres, movimentos contra a discriminação racial, educação de base, associações religiosas, entre tantos outros. As organizações não governamentais adquiriram protagonismo nos anos de 1990 no Brasil. Caracterizaram-se por grande diversidade e composição, atuando desde a conquista por direitos básicos na periferia, passando por questões ambientais e até por aquelas visando auferir lucros (TEIXEIRA, 2002).

Em relação às instituições governamentais que empreenderam ações de atendimentos a grupos vulneráveis e/ou à saúde, destacamos as Forças Armadas, a Câmara Municipal de

Maringá, a Provopar, a Receita Federal, a Universidade Estadual de Maringá, o Sistema S, Corpo de Bombeiros e o Batalhão Ambiental. As ações foram desde arrecadação e distribuição de alimentos não perecíveis até recursos para o Fundo Municipal de Saúde. O público-alvo, em especial, pessoas em situação de vulnerabilidade social. Merece destaque a pesquisa feita pela Universidade Estadual de Maringá que resultou na fabricação a baixo custo de capacetes oxigenados. A iniciativa passou a atender vários municípios, até mesmo fora do Paraná.

As entidades da sociedade civil promoveram ações em atendimento a grupos vulneráveis e/ou saúde, como já afirmamos, e destacamos as paróquias maringaenses, , ONGs, Legião da Boa Vontade, APP Sindicato, MST, Santa Casa de Maringá, Rede Feminina de Combate ao Câncer, OAB Maringá, entre outras, cujas ações relacionam-se à arrecadação e à doação de alimentos, a campanhas de alimentos e agasalhos, entre outras, para atender a grupos específicos vinculados às instituições, bem como a pessoas com vulnerabilidade social, de modo geral.

Enfim, há uma saudável pluralidade de entidades que se mobilizaram em ações de socorro emergencial. Há igrejas, grupos de escoteiros, entidades de abrangência nacional como MST e OAB, até aquelas de perfil assistencial como Rede Feminina de Combate ao Câncer. Algumas ações reuniram um pool de entidades, como Museu Esportivo, Sociedade São Vicente de Paulo (abrigo) e Ong Maria do Ingá – direitos da Mulher.

Em relação às ações do mercado em atendimento a grupos vulneráveis, destacamos empresas como Unicesumar, Recco Lingeries, Grupo DB1, GTFoods, ACIM, A.Yoshii, PRC, Maringá Park, Imobiliária Silvio Iwata e Uningá.

Observa-se que empresas privadas se organizaram para o socorro emergencial de pessoas em vulnerabilidade social e para suprir o segmento da saúde com equipamentos. Destacam-se as faculdades privadas Unicesumar e Uningá. A Associação Comercial e Empresarial de Maringá (ACIM) participou na confecção de máscaras.

Demais municípios da RMM

Além do auxílio emergencial do governo federal, os paranaenses contaram com determinado tipo de auxílio vindo do governo do estado. O governo do Paraná desenvolveu o Auxílio Emergencial no valor de R$ 1.000,00 destinado a microempreendedores individuais (MEI) e pequenos empresários. A medida foi criada para o amparo de empresários do estado em decorrência dos impactos econômicos ocasionados pela pandemia da Covid-19. O objetivo foi atender 124 mil empresas.

A expectativa do governo do estado é impactar mais de 124 mil empresas paranaenses, através de um orçamento que está por volta de R$ 80,2 milhões. Os pagamentos estão ocorrendo por meio do Programa de Auxílio Emergencial (PAE). O PAE destinou 2 ou 4 cotas no valor de R$ 250,00, dependendo da categoria da empresa, levando a um teto de R$ 1.000,00 a ser recebido por cada negócio contemplado pelo benefício.

Foram detectadas poucas iniciativas de mobilização, tanto da sociedade civil como do mercado. Na chamada mancha urbana, na qual consta, além de Maringá, Sarandi e Paiçandu, ocorreram ações por parte de paróquias, da rede de TV–a RPC, do MST, do Unicesumar, além das associações comerciais.

RELAÇÕES ECONÔMICAS DA PANDEMIA: MERCADO, EDUCAÇÃO...

Diante de um cenário epidemiológico da Covid-19, no dia 20 de março de 2020 o Município de Maringá suspendeu as aulas presenciais por meio do Decreto n° 445/2020. Após quase 1 mês, sob o Decreto 687/2020 de 15 de maio de 2020, o Plano Emergencial de Atividade Não Presencial foi instituído. Diante desse cenário emergencial, a Secretaria Municipal de Educação (SEDUC) se torna a responsável pela orientação da efetivação deste plano emergencial que traria as diretrizes educacionais a serem trabalhadas no período da pandemia (PLANO EMERGENCIAL).

Enquanto a sociedade se encontrava mergulhada em um cenário de grandes interrogações, principalmente nas áreas econômicas (com o abre e fecha do comércio) e da área da saúde (na discussão da profilaxia ao vírus), a escola se encontrava inserida neste cenário caótico, imersa no grande desafio do ensino a distância para a educação infantil e fundamental pertencentes às administrações municipais.

O município precisava garantir o direito à educação, mas a incumbência dessas medidas também envolvia os poderes executivo e legislativo dos municípios, assim como conselho municipal de educação. Durante nossas pesquisas descobrimos que no ano de 2020 o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou a elaboração de um formulário não só para fiscalizar o uso de recursos públicos, mas também para saber a eficiência da gestão pública em diversos eixos: saúde, emprego e renda, assistência social e, entre outros, a educação. O que queremos mostrar é que esses dados educacionais precisam ser compilados para que se entenda melhor o que aconteceu no cenário educacional na região de Maringá e demais cidades da Região Metropolitana.

No caso do município de Maringá, tivemos contato com a assessoria de pedagogia da SEDUC. Tivemos acesso a algumas informações, como a determinação de espaçamento entre crianças de 1,5 metros em sala de aula, sobre o documento que seria enviado aos pais para assinatura de concordância com a volta às aulas, e demais informações não muito precisas.

No município de Maringá um plano de contingência do ano letivo de 2021 foi estabelecido abrangendo todas as unidades escolares e Centro Municipal de Educação Infantil (CMEIS) pertencentes às redes municipais. Importante destacar que Maringá possui 64 CMEIS de ensino infantil e 52 Escolas de Ensino Fundamental, isso pelos dados informados da Secretaria de Educação. No total, estão sob a gestão da referida Secretaria 23.441 alunos nas escolas municipais e 14.081 alunos matriculados nos CMEIS.

Na gestão do processo educacional, percebemos a lógica educacional de garantia do ensino, mas não da aprendizagem, cuja crítica é trivial em relação à educação brasileira como um todo.

Famílias com dificuldades diversas tiveram que se debruçar para atender a uma espécie de *homeschooling*, uma vez que pais e familiares foram bombardeados com conteúdos e atividades das escolas, que deveriam ser respondidas e entregues semanalmente. Em especial na cidade-polo, Maringá, a política municipal criou um cenário extenuante, tanto para os docentes quanto para os pais e familiares dos estudantes, uma vez que as dificuldades inerentes à adaptação familiar em tempos de pandemia são diversas. No município de Maringá, no que tange à educação infantil pertencente aos cuidados municipais, a gestão da crise demonstrou fragilidades da prefeitura em relação à disponibilidade de recursos tecnológicos e à capacitação profissional dos professores.

Ao findar este relatório, verificamos que existem medidas sanitárias para o retorno e encaminhamentos efetivos para esse retorno presencial, mas chamamos a atenção para eventuais possibilidades de contágios, uma vez que a vacinação não chegou a esse público.

Em relação às instituições privadas de ensino, os conflitos foram ainda maiores, inclusive ações foram movidas buscando atender aos interesses das escolas privadas, em detrimento dos estudos e capacidades de atendimento que o município de Maringá estava fazendo. Nos municípios da Região Metropolitana ocorreram menos embates, mas, em Maringá, o Sindicato das Escolas Particulares conseguiu uma liminar para o retorno presencial em março de 2021. Além da liminar, a justiça definiu que o município não edite novos decretos que suspendam as aulas presenciais enquanto o governo estadual libere para os demais municípios. Essa guerra de liminares e disputas permeou a gestão da pandemia em diversos setores.

A EXPANSÃO DA PANDEMIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE MARINGÁ

No início da pandemia, as primeiras pessoas contaminadas passaram pelos aeroportos, entre eles, de Maringá, ocasionando uma dispersão do vírus. Entre março e julho de 2020, período de análise para a confecção do primeiro dossiê (TÖWS et. Al., 2020), todas as cidades da

Região Metropolitana de Maringá (RMM) apresentaram casos, tendo Maringá concentrado a maioria dos casos de infecção (2.216 casos) e, no total da RMM, 3.049 casos. No referido relatório, identificamos que houve uma expansão no sentido centro-periferia, tanto da cidade polo quanto para a Região Metropolitana, refletindo, inclusive, a maior contaminação nos estratos superiores da tipologia ocupacional. Após esse transbordamento, com a incidência de mortes, passamos a estudar os dados sobre as mortes e medidas que foram tomadas para conter a expansão e o avanço da pandemia, inclusive com as estratégias tomadas pelo poder público e articulações da sociedade civil e mercado para mitigação do processo.

Dados sobre as articulações entre sociedade civil e mercado já trouxemos alguns destaques no tópico anterior, portanto, destacamos, a partir deste tópico, sobre a expansão dos casos e mortes a partir de agosto de 2020. Se em julho de 2020, na RMM, tínhamos pouco mais de 3 mil casos confirmados, em agosto este número havia dobrado e já haviam registros de 123 óbitos na RMM.

Juntamente com essa expansão, considerando as ondas da pandemia, verificamos diversos decretos que foram sendo emitidos, sobretudo pelo executivo de Maringá, para conter o avanço da pandemia. Após 1 ano, ou seja, em agosto de 2021, já tínhamos mais de 2.800 mortes pela pandemia na RMM (Quadro 1), sendo que, destas, 1.521, ou seja, a maioria, na cidade de Maringá.

Houve a desaceleração no número de óbitos por conta da efetividade da vacinação, sendo que, no último registro que levantamos no mês de outubro, tivemos, em Maringá, 1.557 óbitos, ou seja, 36 a mais em relação ao mês de agosto.

Refletindo sobre Maringá, identificamos que foi a cidade da RMM que mais teve incidência e conflitos inerentes ao processo. Em 2020, foram emitidos 34 decretos pelo poder público, sendo 15 restringindo as atividades e 19 flexibilizando e abrindo possibilidades de funcionamento das atividades. Ou seja, as movimentações e pressões do mercado foram eficientes em termos de pressionar o executivo para que pudesse desenvolver suas atividades. Nos relatórios

Quadro 1: Casos confirmados, recuperados e óbitos na Região Metropolitana de Maringá

Fonte: Boletins da SESA, 2021 Os dados podem ter pequenas inconsistências por conta de informações, no momento, de alguns municípios.

MÊS	CONFRIMADOS	RECUPERADOS	ÓBITOS
agosto	6.686	4.354	123
setembro	11.030	8.224	194
outubro	14.862	11.023	245
novembro	19.934	14.547	313
dezembro	29.511	20.799	415
janeiro	41.597	33.118	640
fevereiro	49.219	39.222	719
março	62.109	46.415	992
abril	72.699	56.919	1.929
maio	81.221	62.776	1.963
junho	89.624	68.678	2.205
julho	107.062	85.674	2.587
agosto	111.334	104.137	2.832

Quadro 2: Óbitos na RMM em comparação com Maringá

Fonte: Boletins da SESA, 2021. Os dados podem ter pequenas inconsistências por conta de informações, no momento, de alguns municípios.

MÊS	ÓBITOS NA RMM	ÓBITOS EM Maringá
agosto	123	70
setembro	194	114
outubro	245	132
novembro	313	178
dezembro	415	247
janeiro	640	367
fevereiro	719	408
março	992	570
abril	1.620	903
maio	1.963	1.084
junho	2.205	1.189
julho	2.587	1.394
agosto	2.832	1.521

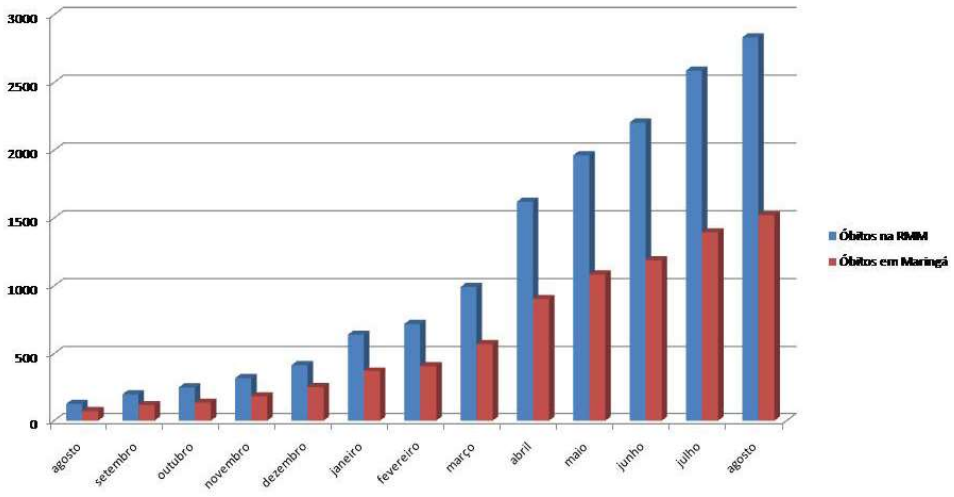


Gráfico 1: Óbitos na RMM em comparação com Maringá

Fonte: Boletins da SESA, 2021. Os dados podem ter pequenas inconsistências por conta de informações, no momento, de alguns municípios.

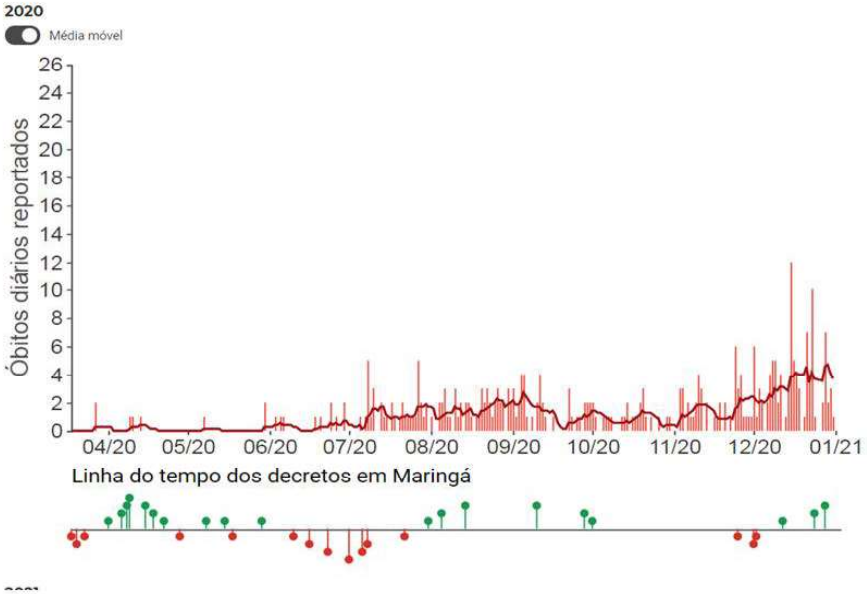


Gráfico 2: Óbitos diários reportados em 2020 e linha do tempo de Decretos Municipais

Fonte: ComplexLab, UEM, 2021, disponível em: http://complex.pfi.uem.br/covid/. Acesso em 18 out. 2021.

e depoimentos, em todo o tempo, havia a justificativa de flexibilização pela capacidade de atendimento dos serviços de saúde.

Em 2021, até o momento de fechamento do relatório, foram publicados 15 decretos, sendo 7 favoráveis à abertura das atividades e 8 contra. A maioria dos decretos foram publicados no período da nova onda da pandemia, nos meses 03 e 04 de 2021, quando se ampliaram os casos de óbitos (Gráfico 3).

Ao retomarmos a análise metropolitana, verificamos que, em todo o período, Maringá respondeu por, aproximadamente, 60% dos óbitos. No entanto, a maioria dos decretos e processos judiciais foram realizados em Maringá. Evidentemente, foi mais complexo mapear as ações nos municípios menores, uma vez que há menos transparência nos dados e ações. Sobre os processos judiciais, há uma investigação em andamento pelo Núcleo da RMM para identificação das particularidades e para mensurar o poder de influência sobre os decretos emitidos.

Em relação à imunização, conforme o Observatório Covid-19 Maringá, o plano de imunização iniciou no dia 19 de janeiro de 2021, com o seguinte protocolo:

- 1ª fase (17.570 pessoas / 35.140 doses): idosos e trabalhadores de instituição de longa permanência; trabalhadores da área da saúde.

- 2ª fase (57.409 pessoas / 114.818 doses): maiores de 60 anos.

- 3ª fase (38.577 pessoas / 77.154 doses): pessoas com comorbidades (diabetes mellitus, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea, demais indivíduos imunossuprimidos, anemia falciforme, obesidade grau 3, síndrome de Down).

- 4ª fase (12.129 pessoas / 24.258 doses): pessoas em situação de rua; serviço funerário; trabalhadores de força de segurança e salvamento; trabalhadores educacionais e da assistência

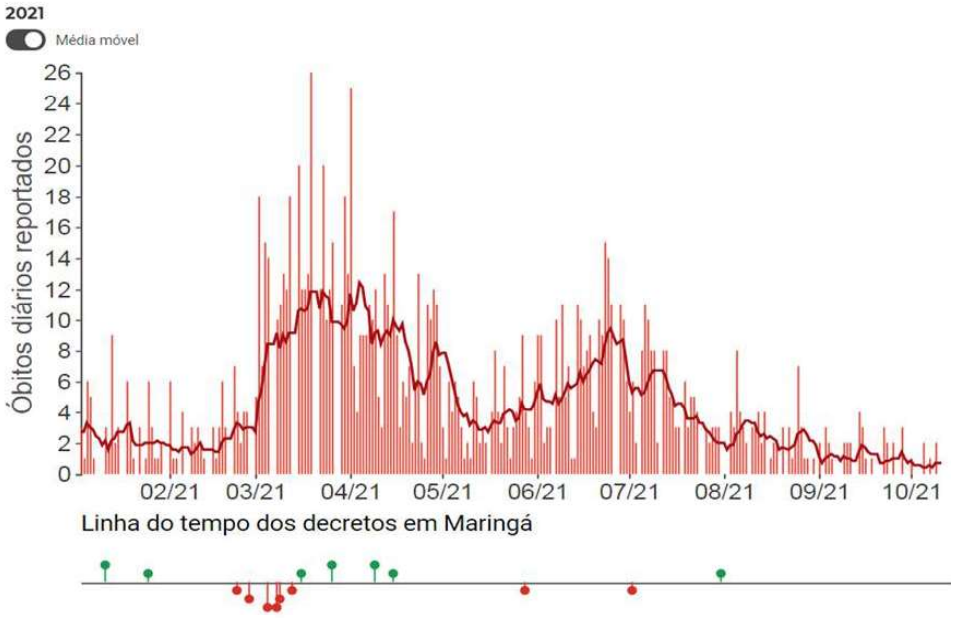


Gráfico 3: Óbitos diários reportados em 2021 e linha do tempo de Decretos Municipais

Fonte: ComplexLab, UEM, 2021, disponível em: http://complex.pfi.uem.br/covid/. Acesso em 18 out. 2021.

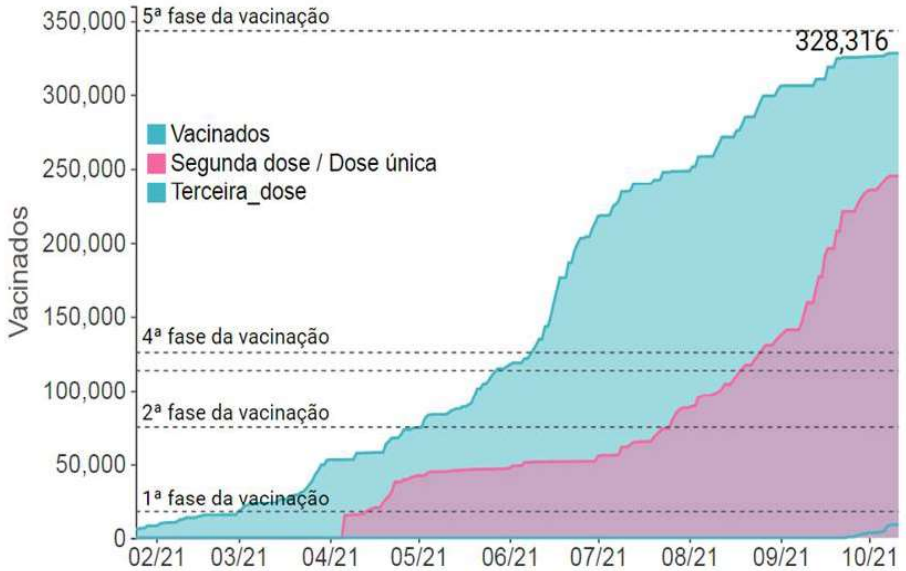


Gráfico 4: Imunização em Maringá

Fonte: ComplexLab, UEM, 2021, disponível em: http://complex.pfi.uem.br/covid/. Acesso em 18 out. 2021.

social; trabalhadores do transporte coletivo/aéreo/ferroviário e caminhoneiros; população privada de liberdade; trabalhadores do sistema prisional.

- 5ª fase (217.695 pessoas / 435.390 doses): menores de 60 anos.

Os detalhes do avanço da vacinação podem ser visualizados no Gráfico 4.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que houve um monitoramento mais efetivo pela cidade polo da Região Metropolitana, no entanto, pela quantidade de habitantes, ocorreu a concentração da maioria dos casos de contaminação e mortes. Em que pese o esforço realizado pela sociedade civil e pelo poder público, na contramão da ingerência que ocorreu no plano nacional, a Região Metropolitana foi afetada pela ampliação dos casos e por pressões de grupos negacionistas em relação à pandemia.

Setores como da Educação, por exemplo, passaram por pressões que resultaram em liminares garantindo o retorno presencial, mesmo diante da ampliação dos casos e das dificuldades em relação à infraestrutura de atendimento.

Após o plano de vacinação, houve significativa diminuição dos casos de contágio e redução dos óbitos, assim como foi trivial em todos os territórios em que ocorreu a vacinação em massa da população.

Maringá assegurou medidas restritivas mais efetivas em relação ao estado do Paraná. Ainda assim, as medidas restritivas impostas pelo governo estadual foram seguidas pelos demais municípios da Região Metropolitana.

Pontos positivos que levantamos relacionam-se aos planos de atendimento via entidades, bem como auxílios pecuniários viabilizados pelo poder público para a população em vulnerabilidade social. Pontos negativos são relacionados à parte da população negacionista que, a despeito

das medidas restritivas, forçou o retorno presencial das atividades econômicas, colidindo com o período de maior incidência da pandemia, o que obrigou o poder público a emitir diversos decretos.

Este é um estudo que está em andamento e necessita de aprofundamento para o entendimento dos desdobramentos da pandemia, sobretudo sobre a compreensão das relações econômicas da pandemia, bem como sobre o aprofundamento do estudo sobre os decretos, liminares, mobilizações, resistência e formas de sobrevivência.

REFERÊNCIAS

KERSTENETZKY, C. L. (2017). Foi um pássaro, foi um avião? Redistribuição no Brasil no século XXI. Dossiê Políticas Sociais e Redistribuição. Novos Estudos Cebrap, São Paulo, v. 36, n. 1, jul/out, pp. 15-34.

MARINGÁ. **Lei Complementar nº 1.278.** Institui e autoriza o pagamento de auxílio de reforço à renda destinado a famílias em vulnerabilidade em razão da pandemia da covid-19, no município de Maringá. Câmara Municipal de Maringá, Diário Oficial do Município de Maringá, 14 de abril de 2021. Disponível em: http://sapl.cmm.pr.gov.br:8080/sapl/consultas/norma_juridica/norma_juridica_mostrar_proc?cod_norma=13940. Acesso em: 18 out. 2021.

PARENTE LAMEIRAS, M. A.; CORSEUIL, C. H.; RAMOS, L. (2021). **Desempenho recente do mercado de trabalho e perspectivas para o ano**. [S.l.]: IPEA. Carta de Conjuntura, n. 52, Nota de Conjuntura 30, 3° Trimestre de 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/index.php/category/mercado-de-trabalho/. Acesso em: 02 out. 2021.

PREFEITURA MUNCIPAL DE MARINGÁ (2020). Prefeitura de Maringá fornece auxílio alimentação emergencial. Disponível em: http://www2.maringa.pr.gov.br/site/noticias/2020/03/29/prefeitura-de-maringa-fornece-auxilio-alimentacao-emergencial/36153. Acesso em: 02 out. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ (2021a): Prefeitura de Maringá divulga lista de aprovados da segunda fase do auxílio emergencial. Disponível em: http://www2.maringa.pr.gov.br/site/noticias/2021/08/13/prefeitura-de-maringa-divulga-lista-de-aprovados-da-2-fase-do-auxilio-emergencial/38220. Acesso em: 28 set. 2021.

PREFEITURA MUNCIPAL DE MARINGÁ (2021b). Cuida Maringá. Disponível em: http://www2.maringa.pr.gov.br/cuidamaringa/eventos/. Acesso em: 29 set. 2021.

TEIXEIRA, A. C. C. (2002). A atuação das organizações não-governamentais: entre o Estado e o conjunto da sociedade. In: DAGNINO, E. (org.) Sociedade Civil e espaços públicos. São Paulo: Paz e Terra, pp. 105-142.

TEIXEIRA, S. M. F. e PINHO, C. E. (2018) Liquefação da rede de proteção social no Brasil autoritário. Revista Katálisys. Florianópolis, v. 21, n. 1, pp. 14-42, jan./abr.

TONELLA, C.; BORGES, W. A. (2020). Processos de implementação da Política de Assistência Social no Brasil e o giro conservador recente. Revista Fronteras. Uruguai, n. 14, pp. 105-117.

TÖWS, R.L.; MACHIAVELLI, P.L.; LUZ, A.S.; FERREIRA, W. As metrópoles e a Covid-19, Dossiê Nacional: Região Metropolitana de Maringá. In: RIBEIRO, L.C.de Q. As metrópoles e a Covid-19: Dossiê Nacional. Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles, 2020, pp. 252-276.

07

REGIÃO METROPOLITANA DE NATAL(RN)

AUTORIA

Ruth Maria da Costa Ataíde

Maria do Livramento Clementino

Brunno Costa do Nascimento Silva

Amíria Bezerra Brasil

Juliana Bacelar de Araújo

Lindijane de Souza Bento Almeida

Maria Dulce Picanço Bentes Sobrinha

Raquel Maria da Costa Silveira

Richardson Leonardi Moura da Câmara

Sara Raquel Fernandes de Medeiros

Terezinha Cabral Neta Barros

Beatriz Medeiros Fontenele

Érica Milena Carvalho Leôncio

Flávia Duarte de Oliveira Cruz

Mariana Fernandes Freitas

Rodrigo Silva

João Victor Rocha de Queiroz

Larissa Kevinlyn Martins Marinho

Ana Beatriz de Paiva Sátiro

Bruna Cristiano Paulino Pereira

Esthefanny Emmanuelly Bezerra

Gabriela Queiroz Santos da Silva

Lucas Rodrigues de Carvalho

Rayssa Bezerra de Souza

Vassilissa Mendes Barbosa da Silva

FÓRUM DIREITO À CIDADE

UFRN UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

INTRODUÇÃO

Este documento tem por objetivo apresentar os resultados preliminares da atualização do monitoramento sobre a 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), como parte do levantamento realizado pelo Observatório das Metrópoles Núcleo Natal – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A sistematização contribui para a denúncia à política de enfrentamento da pandemia empreendida (ou ausente) pelas diferentes esferas de governo nos territórios monitorados. O OM 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]. Tomando como referência a estrutura sugerida pelo OM, o trabalho da equipe local observou os seguintes procedimentos: 1) levantamento de dados secundários nos canais de acesso à informação dos entes públicos – das esferas estadual e municipal; 2) realização de escutas no modo remoto e presencial com as representações dos grupos sociais e territórios populares com quais as equipes da UFRN, aqui representadas, mantêm articulação e que participaram do monitoramento realizado em 2020 e um novo movimento popular que surgiu durante a pandemia. Tais escutas foram realizadas com as articulações que ocorrem entre as equipes da UFRN, aqui representadas, e as organizações e movimentos populares que atuam na luta pelo direito à cidade, quais sejam: Fórum Vila em Movimento - Vila de Ponta Negra (FVM); Movimento de Luta dos Bairros, Vilas e Favelas (MLB) e Movimento Nacional de População em Situação de Rua/RN (MNPR/RN); Comunidade da Pesca Artesanal com mediação da Rede Mangue Mar; e Comunidade do Jacó com a mediação do Projeto de extensão

1 Projeto de Pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (PVC14077-2017) e executado no Departamento de Políticas Públicas (DPP) da UFRN.

2 Projeto de Extensão que realiza o monitoramento de políticas públicas, produz materiais formativos e promove a discussão sobre planos e projetos urbanísticos e ambientais, numa ação compartilhada entre os Departamentos de Arquitetura e Políticas Públicas da UFRN, o OM Núcleo Natal e os Programas de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo (PPGAU) e Estudos Urbanos e Regionais (PPEUR), também da UFRN.

Motyrum Urbano, também da UFRN. Além disso, adicionou o grupo Comunitários contra COVID que surgiu durante a pandemia.

DIAGNÓSTICO DAS POLÍTICAS DOS GOVERNOS ESTADUAL E PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NO CONTEXTO DO RIO GRANDE DO NORTE

O cenário de caos e emergência imposto pela pandemia da Covid-19 mobilizou a utilização de estratégias variadas, tanto em atendimento à saúde quanto em outras políticas, como assistência social, cultura, educação e segurança. O pacto federativo viabilizou alocações de recursos, mas também deu espaço ao surgimento de conflitos na implementação de medidas e ações. Nesse sentido, resgata-se a atuação do governo do estado do RN e da prefeitura municipal de Natal, a fim de compreender os recursos recebidos, os investimentos realizados e as políticas públicas implementadas.

Gestão financeira de combate à pandemia no estado do RN

Os dados financeiros deste dossiê correspondem aos repasses e investimentos recebidos pelo ente estadual (exercício 2020) e pelo município de Natal (abril de 2020 a março de 2021), destacando a alocação desses recursos no combate à pandemia.

O Fundo Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte recebeu, no exercício de 2020, um total de R$ 318,7 milhões para o enfrentamento da pandemia, sendo: R$ 296,5 milhões recursos federais transferidos do Programa Federativo de Enfrentamento à COVID-19; R$ 15,5 milhões recursos do orçamento estadual e R$ 6,7 milhões e doações de outros entes, como Ministério Público do Trabalho, Tribunais Regionais Federais, Pessoas Físicas e jurídicas, conforme destacado pela Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN (SESAP, 2021). Para as despesas realizadas, foram empenhados mais de R$ 275 milhões, sendo: R$ 254,8 milhões oriundos de transferências federais, R$ 15,5 milhões de orçamento estadual e R$ 5,2 milhões das doações

recebidas pelo ente estadual para o enfrentamento da pandemia.

As medidas e os valores acima listados enfocam o enfrentamento direto na área da saúde, com recurso destinado, sobretudo, em suprimento e recursos humanos. Os investimentos deixaram legados importantes na estrutura de saúde potiguar, com leitos clínicos, leitos de estabilização e leitos de unidades de terapia intensiva (UTIs). A utilização do território como estratégia foi apontada por pesquisadores do OM Núcleo Natal (MEDEIROS *et al.*, 2020), demonstrando a carência desses equipamentos nas regiões Agreste, Central e Assú. O cenário de 2021 aponta uma concentração maior de UTIs na Região Metropolitana de Natal (RMN) e na região de Mossoró, correspondendo às áreas do estado do RN que possuem o maior número de habitantes, mas também revela que o investimento realizado durante a pandemia possibilitou uma distribuição mais equitativa no território potiguar. Esse cenário foi viabilizado pela preferência do governo estadual em equipar a rede pré-existente, em vez de disseminar hospitais de campanha (Figura 01).

Quanto às receitas do município de Natal, os repasses ocorreram, sobretudo, por parte da União entre os meses de junho e setembro de 2020, com uma queda considerável a partir de outubro de 2020. O Gráfico 01 apresenta esses recursos por fonte de receita.

Quanto aos investimentos realizados pela prefeitura de Natal, tem-se que a maior fonte de receita foram as transferências da União, por meio do auxílio financeiro específico destinado ao combate à pandemia (66,7% da receita transferida) e da recomposição do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (20,2%). Tal recurso, previsto pela Lei Federal n° 14.041/2020, objetivava reforçar o repasse da União aos fundos de Participação dos Estados (FPE) e do FPM, em razão de perdas na arrecadação em função da pandemia da Covid-19. Em seguida, destacam-se os recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (com 8,2%) e as doações de instituições privadas (com 3,5%). Os repasses estaduais representaram, ao todo, 1,4% do total de receitas transferidas. No Gráfico 02, constatam-se os valores investidos pelo município, por mês, e a evolução dos casos confirmados a cada

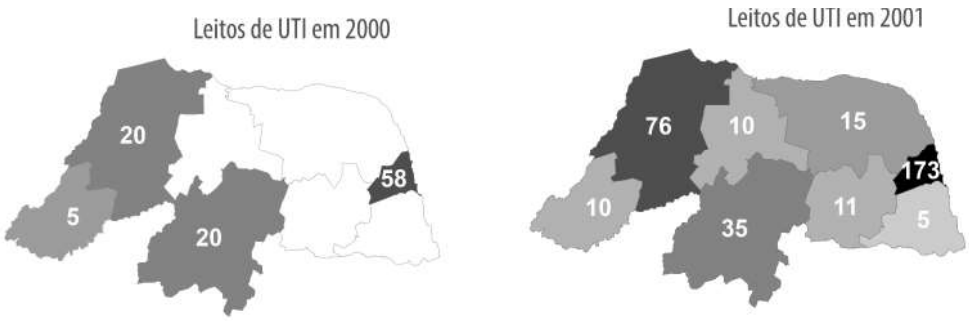


Figura 01 - Distribuição dos leitos de UTI no RN (2020 e 2021)

Fonte: elaborado pelos autores (2021) com base em SESAP (2021).

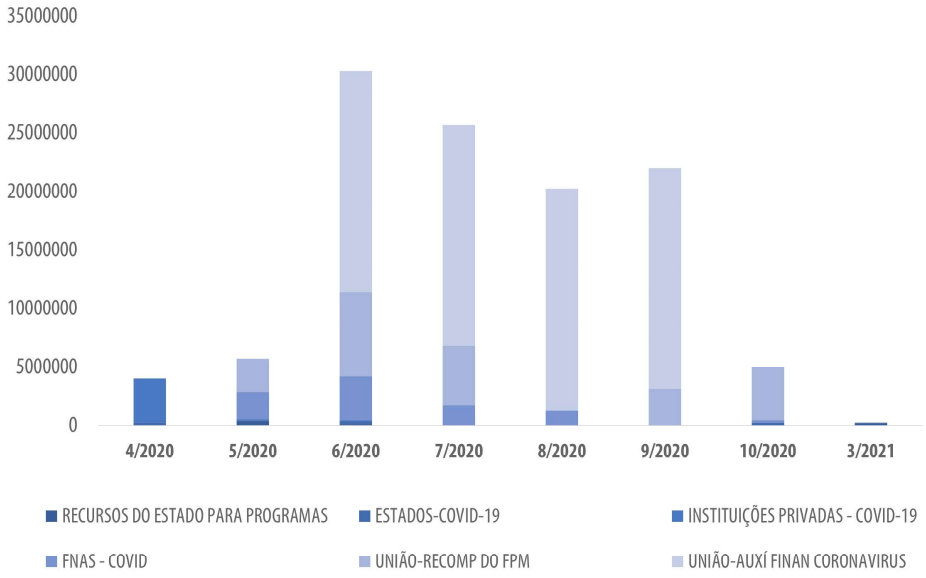
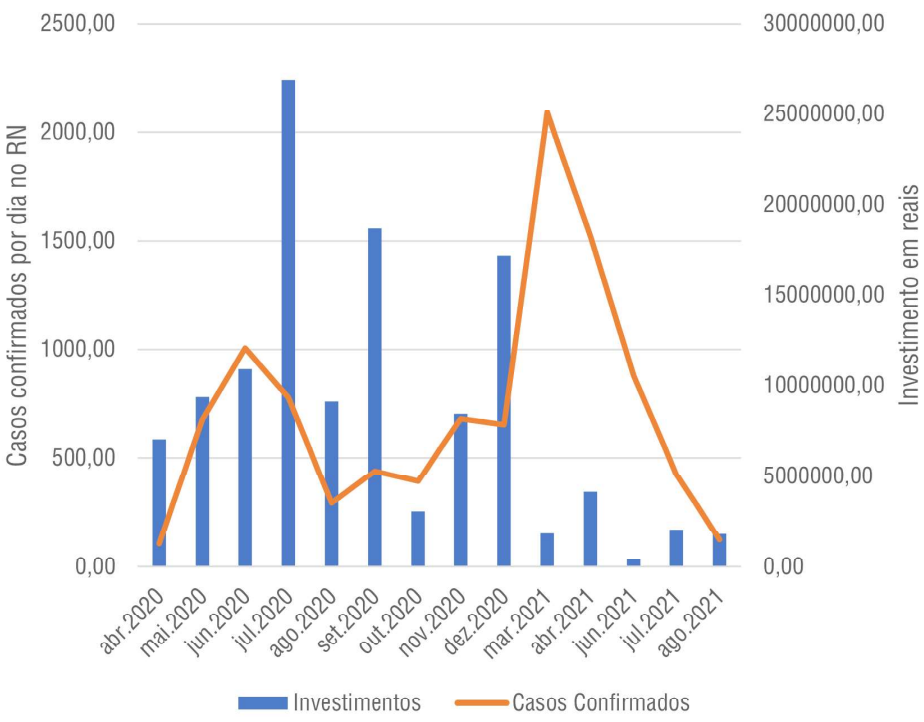


Gráfico 01 - Valor total, por mês, das transferências enviadas ao Município de Natal.

Fonte: elaborado pelos autores (2021) com dados do Portal Natal Transparente.

Gráfico 02 - Investimentos municipais e casos confirmados nos meses informados

Fonte: elaborado pelos autores (2021) com dados do Portal Natal Transparente e LAIS/UFRN (2021).



dia 15 do mês.

A maior parte das despesas foi realizada nos meses de julho, setembro, novembro e dezembro de 2020. Vale ressaltar que, apesar da ocorrência de novo pico de casos de Covid-19 em março de 2021, o volume de investimentos foi menor do que aquele identificado no ano anterior, inferindo-se que as linhas e ações de enfrentamento que foram estabelecidas em 2020 produziram um legado, que permitiu dar suporte às ocorrências em 2021.

Sobre as áreas com maiores despesas em Natal, considerando os valores efetivamente pagos, destacam-se os investimentos em saúde, que representaram 83,82%, seguido da assistência social, com 7,24% e da política cultural, com 4,92%. No caso da cultura, os investimentos foram aplicados em 581 projetos contemplados nas nove Chamadas Públicas da Lei Aldir Blanc de Emergência Cultural e nos 201 representantes dos Espaços Culturais, totalizando 782 projetos (PREFEITURA DO NATAL, 2020a).

Regramentos e estratégias de contenção

As medidas de contenção ao contágio na RMN indicaram, segundo Silveira *et al.* (2020), a ocorrência de dissonâncias entre as iniciativas estaduais e municipais. A partir dessa constatação, torna-se relevante conhecer o comportamento do contágio nos municípios da metrópole funcional, buscando entender a necessidade de alinhamento de medidas apontadas por Silveira *et al.* (2020) e Barros *et al.* (2020).

A análise foi realizada em etapas. A primeira consistiu na pesquisa documental da legislação estadual e do município de Natal, a respeito da Covid-19. Na esfera estadual foram emitidos 60 decretos (entre 13/03/2020 a 04/08/2021) e na esfera municipal 33 decretos e 9 leis complementares (entre 17/03/2020 a 29/04/2021). A legislação foi classificada em três categorias, sendo: i) Restringiu (R) quando incluía medidas de restrição, visando prevenir e combater a propagação da pandemia de Covid-19 no território estadual e/ou municipal; ii) Flexibilizou (F) quando indicava medidas de flexibilização, nos âmbitos privado e público; e iii) Estratégia e Medida de Apoio à Crise (EMAC), quando criava políticas públicas de áreas diversas. Em seguida, foi realizado o cruzamento desses dados com o número de casos confirmados de Covid-19 no RN e em Natal, a partir dos dados disponibilizados pelo Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS) da UFRN, tendo por base o dia 15 de cada mês em que houve decretos.

Os cinco municípios da RMN funcional apresentaram perfil semelhante de contágio do novo coronavírus entre fevereiro e dezembro de 2020. O Gráfico 03 permite identificar uma curva mais acentuada no município de Natal e um padrão de aumento de casos até agosto de 2020, o que remete à necessidade de alinhamento de medidas. A adoção de estratégias conjuntas, contudo, não ocorreu no período inicial da pandemia, tendo o desalinhamento sido ainda mais evidente em setembro e outubro do referido ano, em virtude do período de campanha eleitoral, como destacaram Barros *et al.* (2020).

A partir de junho de 2020 identificam-se diferentes níveis de contágios entre os municípios

Gráfico 03 - Número de casos nos municípios da RMN funcional (fev. a dez. 2020)

Fonte: elaborado pelos autores (2021) com dados do LAIS/UFRN (2020).

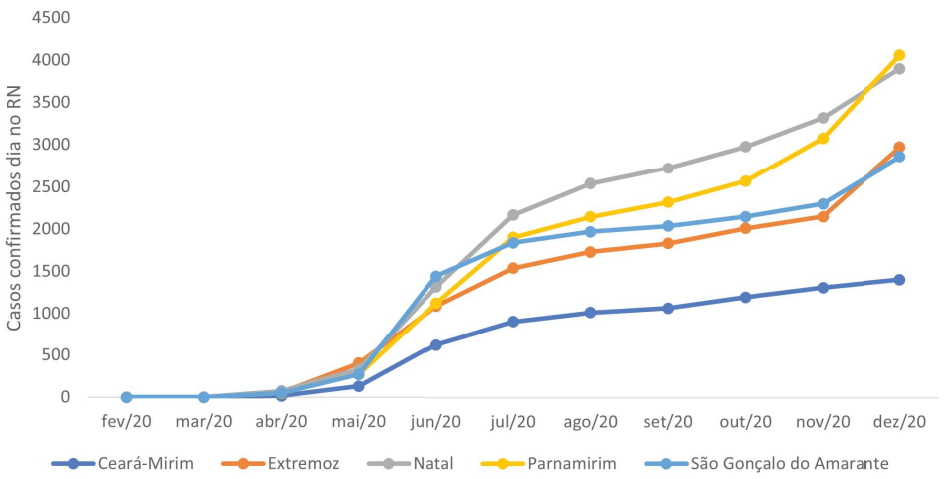
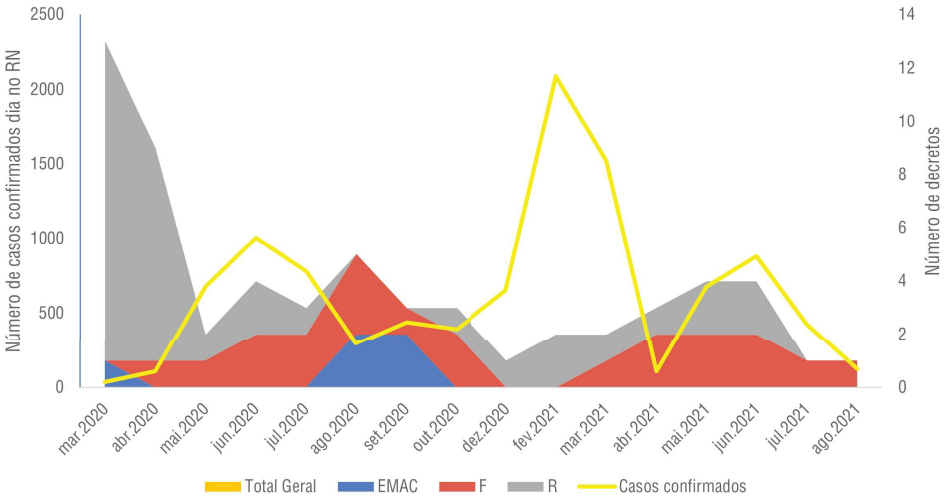


Gráfico 04 - Classificação dos decretos estaduais e a relação com o número de casos

Fonte: elaborado pelos autores (2021) a partir dos dados dos decretos estaduais e do LAIS/UFRN (2020, 2021).



que compõem a RMN funcional. Parnamirim aproximou-se dos números de casos de Natal, mesmo tendo apenas 1/3 da população em relação à capital.

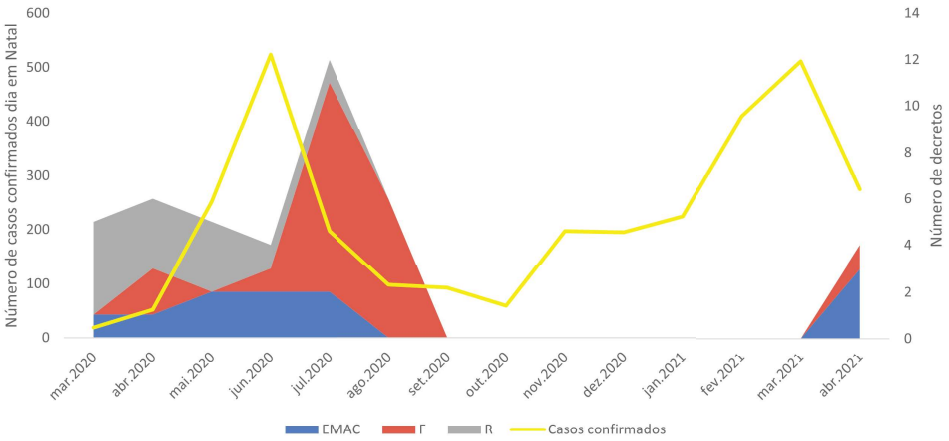
Os dados demonstram que o não alinhamento de medidas, também provocado pelo contexto eleitoral, resultou em um descompasso do contágio entre os municípios, requerendo a adoção de medidas focadas no território, também. O RN, contudo, somente adotou estratégias de regramentos territorializados a partir de maio de 2020. Os decretos regionalizados, por sua vez, observavam as regionais de saúde, as quais, na prática, como apontado por Medeiros *et al.* (2020), não observam as dinâmicas estabelecidas entre os municípios, por exemplo, na RMN.

Os gráficos 04, 05 e 06, apresentam a curva de casos de Covid-19 no RN e em Natal. É possível identificar que, durante os picos de contágio no estado, o governo estadual pautou sua atuação em medidas de restrição das atividades econômicas e sociais.

Entre março e outubro de 2020, o governo estadual publicou 12 medidas de flexibilização e 25 de restrição de atividades. Além disso, foram identificadas, principalmente no momento inicial da pandemia e entre os meses de agosto de setembro, algumas estratégias e medidas de apoio à crise (classificadas como EMAC), as quais regravam estratégias em áreas diversas das políticas públicas. O maior volume de medidas restritivas ocorreu em março de 2020, ressaltando-se que o segundo pico de pandemia, ocorrido em fevereiro de 2021, foi marcado por medidas restritivas, mas não na mesma intensidade inicial. Neste segundo momento, foi forte a atuação do setor privado, que buscou evitar que as restrições alcançassem o grau anteriormente determinado. Assim, por exemplo, no segundo pico, não foi determinado o fechamento de lojas com circulação artificial de ar, como *shoppings* e demais comércios, que permaneceram fechados no estado até julho de 2020.

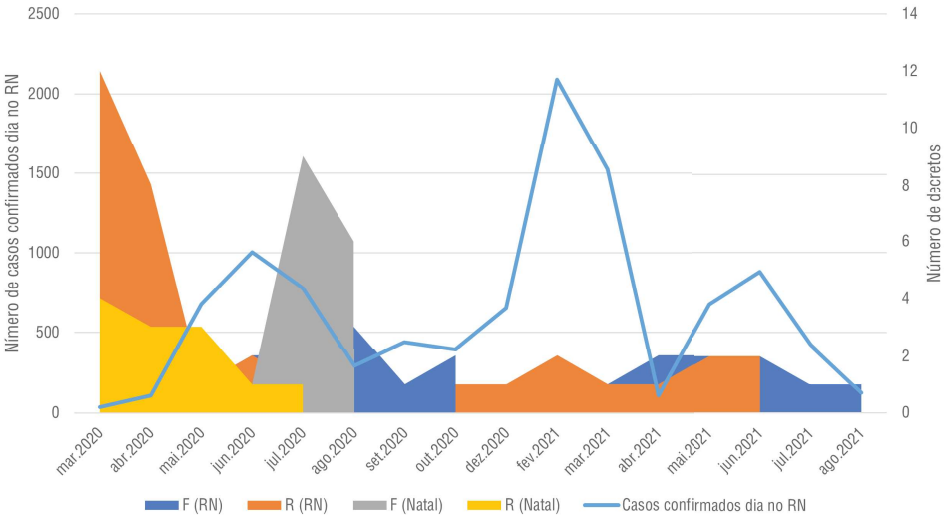
As estratégias e medidas de apoio à crise, nas mais diversas áreas de políticas públicas, foram mais frequentes no início da pandemia, destacando-se, entre elas, a Lei Municipal nº 7.044/2020, que determinava a disponibilização gratuita de *kits* de medicamentos para o tratamento de Covid-19 na rede SUS/Natal durante o período de pandemia, estabelecendo a

Gráfico 05 - Classificação dos decretos municipais de Natal e a relação com o número de casos confirmados por dia no município



Fonte: elaborado pelos autores (2021) a partir dos dados dos decretos municipais e do LAIS/UFRN (2020, 2021).

Gráfico 06 - Classificação dos decretos estaduais e municipais de Natal e a relação com o número de casos confirmados por dia no RN



Fonte: elaborado pelos autores (2021) a partir dos dados dos decretos municipais, estaduais e do LAIS/UFRN (2020, 2021).

distribuição do denominado *kit* covid no município (PREFEITURA DO NATAL, 2020b). As medidas de apoio à crise identificadas em março de 2021 estabeleciam regras para vacinação, como a inclusão dos trabalhadores em educação no município de Natal na fase 1, como grupo prioritário do programa emergencial de vacinação para o combate e erradicação da Covid-19 em todo o território do município de Natal, e a prioridade na vacinação das pessoas com deficiência. Os dados apontam que, tanto em nível estadual quanto municipal, as estratégias de apoio estiveram concentradas no começo de 2020 e 2021, períodos de início da crise e da vacinação, respectivamente.

O levantamento ainda tornou possível identificar as consonâncias e dissonâncias entre as medidas estaduais e municipais. Nesse caso, foram consideradas apenas as medidas de restrição e flexibilização. Os decretos de flexibilização municipal de Natal tiveram início antes mesmo do fim do pico inicial da pandemia. Nesse sentido, a flexibilização municipal não acompanhou o ente estadual, que somente editou medidas flexibilizadoras em maior grau a partir de agosto de 2020. O município de Natal editou atos restritivos apenas no início da pandemia, enquanto o ente estadual adotou tal perfil nos períodos de crescimento dos casos.

Políticas e estratégias de enfrentamento e combate: as linhas de ação do governo estadual e da prefeitura de Natal

As informações deste item foram coletadas nos *sites* oficiais dos órgãos estaduais, bem como no Relatório Anual de Gestão da SESAP/RN, referente ao ano de 2020 (SESAP, 2021).[3] Os dados foram organizados e sistematizados por temas, tomando como base o formulário 3 do Monitoramento Habitat – COVID-19, e se referem ao período de março de 2020 a setembro de 2021. Os temas considerados foram: planos de ação emergenciais específicos destinados às

3 O site https://coronavirus.natal.rn.gov.br/medidas.html sintetiza as medidas adotadas pela prefeitura do Natal. Acesso em 19 out. 2021.

periferias urbanas e às populações vulneráveis; espaços de participação social para acompanhar a pandemia; apoio humanitário/financeiro; acesso à Informação; acesso a serviços básicos; condições de moradia/abrigamento; condições de mobilidade; acesso a serviços de saúde e assistência social; e gênero e violência contra a mulher, criança, idoso, LGBTQI+.

As ações, ainda que descontínuas e de natureza distintas, foram direcionadas a diversos grupos sociais e pautaram objetivos também distintos. Também foi constatado que as estratégias adotadas não foram, como regra, precedidas pela elaboração de planos, programas e projetos, configurando-se como respostas pontuais a momentos de crise acentuada da pandemia.

Foram identificadas poucas estratégias conjuntas entre o governo estadual e os municípios, e, principalmente, com o município de Natal, evidenciando-se os conflitos e dissonâncias entre as ações de tais entes ao longo da pandemia (BARROS *et al.*, 2020). As ações conjuntas se tornaram mais evidentes a partir da criação do Programa Pacto pela Vida pelo governo estadual, em junho de 2020. Esta iniciativa, além de ampliar a infraestrutura hospitalar, previa a disponibilização, aos municípios, de equipes de vigilância sanitária e forças de segurança pública para a fiscalização do cumprimento das medidas instituídas pelos decretos estaduais. Tal medida se tornou necessária tendo em vista a constatação de que os municípios vinham editando medidas dissonantes e mais flexíveis do que aquelas estabelecidas pelo governo do estado, conforme destacado por Silveira *et al.* (2020). Assim, no RN, a gestão da crise requereu mais do que planejamento e investimentos financeiros, tendo em vista que a ausência de concertação inicial entre os atores se refletiu diretamente nos conflitos e nas políticas públicas.

A campanha de vacinação contra a Covid-19 na RMN

O Brasil é reconhecido mundialmente como um país com expertise diferenciada em imunização, dada a existência de um Sistema Único de Saúde (SUS) com um modelo de gestão e governança pautado na universalidade, integralidade e regionalização, que assegura uma vacinação em massa em um curto espaço de tempo. Entretanto, diante da falta de coordenação

do governo federal, responsável pela compra e distribuição das vacinas para os governos estaduais e municipais, o Brasil iniciou tardiamente a vacinação, a qual vem sendo realizada de forma lenta em virtude de atrasos nas entregas das vacinas.

Visando compreender como vem sendo conduzido o processo de imunização nos municípios da RMN, metodologicamente, foi realizada uma pesquisa de natureza quali-quantitativa, em duas etapas: 1) pesquisa documental, a partir dos relatórios oficiais; e 2) pesquisa jornalísticas no portal *G1/RN* e nos canais oficiais das prefeituras, do governo do RN e do governo federal.

A vacinação no RN e nos municípios metropolitanos

A vacinação no RN teve início em 19 de janeiro de 2021, aplicada nos profissionais de saúde da linha de frente e idosos institucionalizados. Observando o Plano Nacional de Imunização, o RN vem sentindo os impactos da campanha a partir da redução dos casos, das ocupações hospitalares e dos óbitos. De acordo com a Figura 02, a vacinação contra a Covid-19 no RN vem gerando redução nos casos, confirmando a função da imunização como a principal forma de combate e prevenção de doenças virais.

As dificuldades de operacionalização das medidas de restrição e de isolamento social em 2021 resultaram no aumento significativo no número de casos e óbitos nos primeiros trimestres do ano, superando inclusive o número de 2020.

Com a vacinação restrita a um público-alvo constituído por pessoas da terceira idade e com comorbidades, ocorreu uma queda no número de internações de idosos. No entanto, diante da falta de vacinação para a população ativa, um aumento significativo nas taxas de contaminação foi registrado. Com o início da vacinação nesse público, os efeitos da imunização ficaram evidentes, à medida que contemplou os mais jovens, promovendo a redução da circulação do vírus. Os dados da vacinação disponibilizados pelo RegulaRN revelam que a queda no número de óbitos e de leitos críticos aumenta à medida que alcança o público entre 30 e 40 anos, por ser uma população ativa que precisa se deslocar para trabalhar.

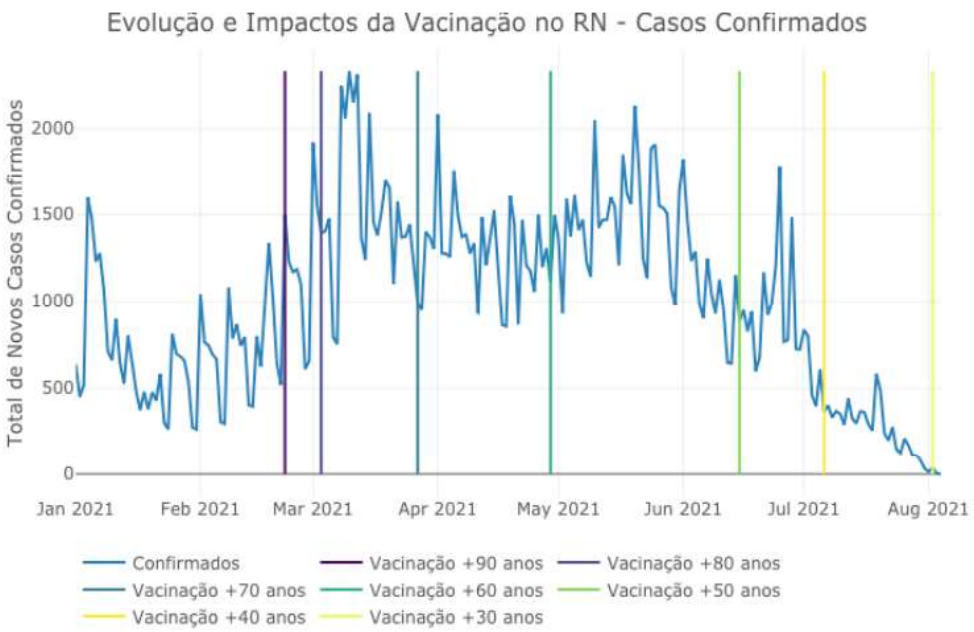


Figura 02 - Evolução e impactos da vacinação no RN em observância aos casos confirmados

Fonte: Farias et al., com dados do RegulaRN, 2021

Tabela 01 - Número de doses recebidas e aplicadas por município da RMN

MUNICÍPIO	TOTAL DE DOSES APLICADAS	DOSES RECEBIDAS (MUNICIPAL)
Natal	733.387	878.939
Parnamirim	193.539	205.472
São Gonçalo do Amarante	66.072	78.901
Macaíba	47.024	62.820
Ceará-Mirim	50.965	59.746
São José de Mipibu	28.304	33.241
Goianinha	17.842	19.210
Extremoz	24.028	30.278
Ielmo Marinho	8.698	12.325
Nísia Floresta	18.035	22.687
Arês	9.217	11.398
Bom Jesus	8.335	9.509
Vera Cruz	7.984	8.584
Maxaranguape	6.332	8.596
Monte Alegre	14.200	16.018
Total RMN	1.233.962	1.457.724
Total RN	2.661.218	3.069.445

Fonte: elaborado pelos autores (2021) com dados da Plataforma RN + Vacina (2021).

No que diz respeito ao ritmo da vacinação por município, na RMN, pode-se destacar, de acordo com a Tabela 01, que Parnamirim se apresenta com 94%, o maior percentual até o momento, em seguida, temos Vera Cruz e Goianinha, com 93%, demonstrando um nível maior de eficiência. Os municípios de Ielmo Marinho (71%), Maxaranguape (74%) e Macaíba (75%) seguem com um ritmo mais lento, o que pode se justificar pela falta de um maior engajamento, organização e decisões estratégicas dos municípios.

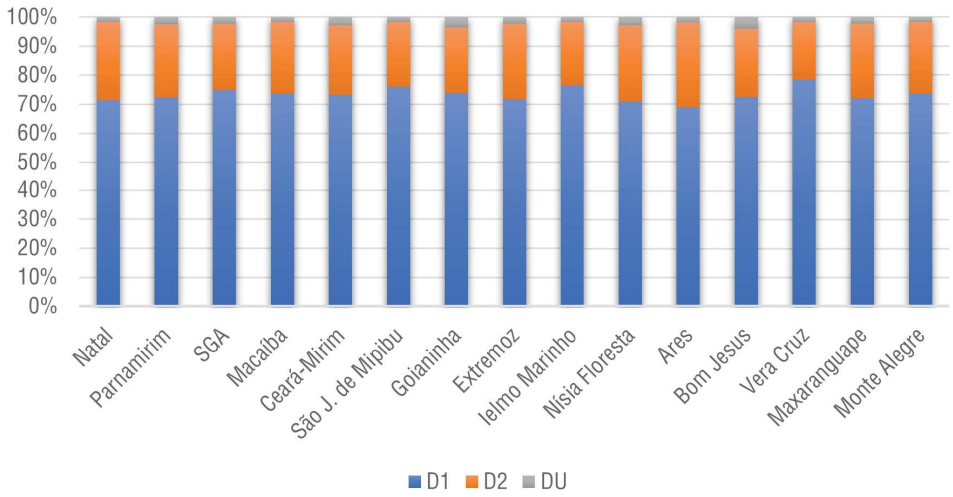
Conforme os dados disponibilizados pelo Consórcio de Veículos de Imprensa, até o dia 15 de setembro de 2021, no território potiguar foram aplicadas 3,4 milhões de vacinas, sendo 2,21 milhões referentes à primeira dose e 1,19 milhões relacionadas à imunização completa, seja a dose única ou segunda dose. Pontua-se que em setembro de 2021 ocorreu uma inversão na lógica de vacinação, na medida em que ocorre uma superação no número diário de aplicação da imunização completa, majoritariamente formada pela aplicação da D2, visto a baixa distribuição da dose única em território potiguar.

A variedade de vacinas aplicadas no Brasil, dadas as suas especificidades em relação ao ciclo vacinal, pode ser um dos fatores para essa variação no ritmo da imunização nos municípios. O Gráfico 07 resume o avanço da aplicação na RMN.

No que tange às perdas das vacinas pelos municípios, foi possível observar que ocorreu uma reclamação comum por todos os municípios: a quantidade de doses existentes nos frascos das vacinas, independente do seu fabricante, assim como outros problemas relacionados à falta de cuidado no manuseio e na conservação. Além disso, as mídias noticiaram problemas relacionados à data de validade das vacinas enviadas para os municípios, fato constatado no município de Macaíba, a partir da declaração de que 120 doses haviam sido perdidas, dada a validade do fabricante expirada.

O contexto institucional analisado das campanhas de imunização despertou o interesse sobre as estratégias de divulgação adotadas pelos municípios, tendo em vista a autonomia que lhes é assegurada pelo Ministério da Saúde. Nesse percurso foi possível verificar o uso das redes

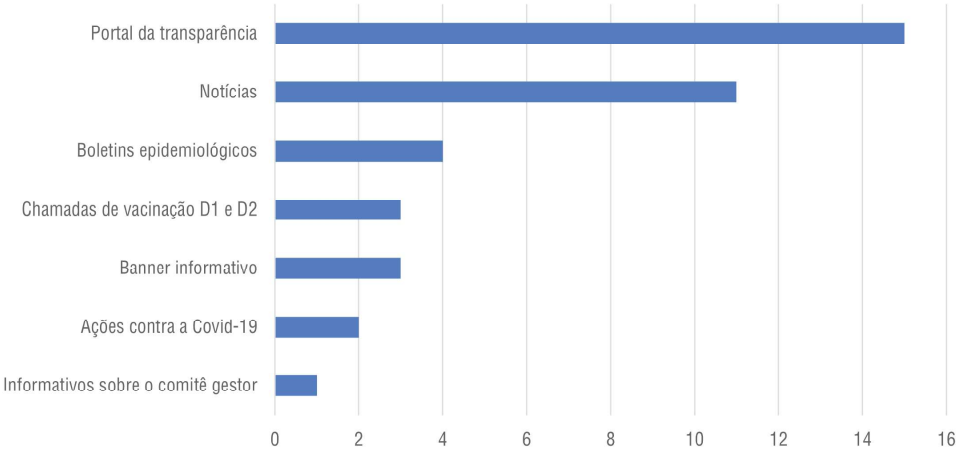
Gráfico 07 - Aplicação da vacina por doses disponíveis nos municípios da RMN*



Fonte: elaborado pelos autores (2021) com dados da Plataforma RN + Vacina (2021).

* Dados até 18/08/2021. 21:22:06

Gráfico 08 - Principais meios de mobilização utilizados nos sites das prefeituras da RMN



Fonte: elaborado pelos autores (2021) com base nos dados coletados no site da prefeitura de cada município (2021).

sociais pelos municípios nas suas campanhas vacinais contra a Covid-19. Todos os municípios da RMN estão fazendo campanhas de mobilização por meio de redes sociais para a vacinação contra a Covid-19, utilizando o *Instagram* como ferramenta principal, seguido do Facebook, o qual não é usado apenas por um dos municípios (Ielmo Marinho). O *Twitter* é utilizado apenas por cinco municípios.

No que se refere ao conteúdo das campanhas vacinais utilizadas pelos municípios da RMN, as postagens estão concentradas nas vacinas D1 e D2, conforme sua faixa etária; nos boletins epidemiológicos; e nos vacinômetros. As inovações com a realização de baladas, *drive-thrus*, entre outras, objetivaram ampliar a adesão da população.

As informações do Gráfico 08 sinalizam que todos os municípios disponibilizam em seus *sites* o portal da transparência para o acompanhamento das ações sobre a Covid-19, mesmo com poucas atualizações. Com maior frequência, têm-se as notícias e os boletins epidemiológicos, seguidos de *banners* informativos com ações de combate e prevenção. Por fim, verifica-se que o *site* ainda é utilizado timidamente, considerando a reduzida frequência de atualização das informações e postagens, assim como a pouca variabilidade dos conteúdos.

Portanto, as redes sociais têm sido bastante utilizadas como meio de comunicação por todos os 15 municípios metropolitanos. No entanto, os municípios estudados revelaram lacunas no que tange à transparência governamental, dada a desatualização dos *sites* oficiais das prefeituras sobre o tema.

A partir dos achados da pesquisa, pode-se ressaltar que a falta de coordenação pelo governo federal tem contribuído para impedir uma maior cobertura vacinal em um menor espaço de tempo no processo de imunização de sua população.

Na RMN, foi possível observar que todos os municípios iniciaram o processo de imunização da faixa etária 18+, ocasionando uma queda considerável de casos confirmados e número de óbitos. Diante disso, ratifica-se a tese defendida pela ciência de que a vacina é o principal

caminho para a saída da crise sanitária estabelecida pelo novo coronavírus, assim como mais investimentos na pesquisa e nas capacidades estatais dos estados e municípios é necessário para o fortalecimento da gestão do SUS.

OS TERRITÓRIOS POPULARES DE NATAL/RN: AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS A PARTIR DOS TERRITÓRIOS E GRUPOS

Para compreender como os residentes nos territórios em situação de vulnerabilidade social na RMN, se estendendo a determinados territórios[4] da pesca no estado, têm sido impactados pela realidade imposta pela pandemia da Covid-19, o conteúdo aqui posto consiste na atualização dos dados do dossiê elaborado pelo OM Núcleo Natal, em 2020. Esta atualização resultou de uma segunda consulta aos grupos e territórios vulneráveis, que possibilitou uma leitura continuada das estratégias de enfrentamento da pandemia que vêm sendo adotadas desde a última publicação. Esta leitura também proporcionou o estreitamento de relações já desenvolvidas entre a UFRN e os grupos Fórum Vila em Movimento; Comunidade do Jacó; Comunidade da Pesca; Movimento de Luta nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB); e o Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR/RN). Ademais, possibilitou uma aproximação com o grupo Comunitários contra COVID que se constituiu durante a pandemia.

Contextualização dos movimentos populares e comunidades dos territórios monitorados

O Fórum Vila em Movimento é uma rede cidadã formada, sobretudo, por moradores do

4 Os problemas relacionados no relatório anterior pela Comunidade da Pesca foram compartilhados a partir de reunião virtual com o Ministério Público, da qual participaram diversas representações de colônias de pescadores do RN. A escuta para este relatório foi realizada apenas com Rosângela do Nascimento, representante da Colônia de Pescadores Z4 – Natal, localizada na comunidade do Maruim, bairro da Ribeira.

bairro de Ponta Negra, Região Administrativa Sul de Natal, que atuam, principalmente, sobre ele e, mais especificamente, sobre a fração territorial que lhe deu origem, a Vila de Ponta Negra, também delimitada como Área Especial de Interesse Social (AEIS). As ações do FVM repercutem no cotidiano de cerca de 7 mil famílias e se amparam no histórico de luta e resistência dos grupos que habitam a Vila. O grupo desenvolve ações dirigidas à resolução dos problemas decorrentes da condição de vulnerabilidade socioambiental da Vila, entre eles: os ambientais, o de moradia e manutenção da renda e tráfico de drogas, da prostituição infantil e da violência doméstica, entre outros.

A Comunidade do Jacó, AEIS localizada no bairro das Rocas, Região Administrativa Leste de Natal, reúne aproximadamente 100 famílias, parte delas vivendo em situação de risco devido, principalmente, à precariedade construtiva das moradias, associada à declividade da encosta que margeia o assentamento. Além disso, convivem com entulhos e lixo, comuns em terrenos com alta declividade. Outra parte das famílias, que foi retirada no contexto de um processo de remoção judicializado, reside próximo à comunidade e recebe auxílio de aluguel social da prefeitura de Natal. Em razão desta ação, algumas habitações estão interditadas ou sob a responsabilidade da municipalidade e se encontram abandonadas e precarizadas.

A Comunidade da Pesca é constituída por colônias e associações de pesca do RN, grande parte coordenada por mulheres. Para a atualização do dossiê a presidente da Colônia de Pescadores Z4-Natal reafirmou a permanência de duas das suas principais pautas: 1) a luta pela efetivação de programas governamentais de apoio ao enfrentamento da crise gerada pelo derramamento de petróleo na costa litorânea, em setembro de 2019, ainda não solucionado, e que tem afetado não apenas as vendas dos pescados, mas a pesca artesanal com um todo e, por conseguinte, as condições de subsistência e segurança alimentar das famílias; 2) as incertezas sobre o destino da centenária Sede da Colônia, que está ameaçada de remoção no processo de negociação da área onde se encontrava a Comunidade do Maruim (CODERN/SPU/PREFEITURA).

O MLB integra um movimento nacional, com atuação no RN mais visível em Natal, reunindo,

segundo o movimento, cerca de 330 famílias. Essas famílias lutam por direitos urbanos básicos, como o acesso à moradia digna, ao emprego, à renda, à saúde, entre outros. Como movimento social, revelam duas realidades distintas: 1) famílias que ocupam lotes vazios sem edificação e/ou uso e edifícios não utilizados ou subutilizados (atualmente em três das quatro regiões da cidade); 2) moradores de vilas e favelas da cidade[5].

O MNPR/RN reúne, no estado do RN, cerca de 1.000 pessoas e aproximadamente 500 estão ligadas ao movimento, segundo estimativas do movimento. O MNPR/RN 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 abrigamento, de alimentação e de água, sujeição às condições precárias de higiene, à violência etc. Como as ações institucionais não têm respondido às demandas do grupo, considerável parcela dessa população ainda depende de doações (comida e *kits* de higiene), para garantir a sua sobrevivência. Esse problema se agravou na pandemia.

Observa-se, como destacado na primeira versão do dossiê, que parte dos grupos monitorados já se encontrava submetida às situações de violações de direitos humanos, algumas agravadas pela pandemia em curso. Ademais, percebe-se o surgimento de novas demandas e ações junto aos movimentos com relação à Covid-19, com destaque para atuação do grupo Comunitários contra COVID, que surgiu no ano de 2020, no contexto do agravamento da pandemia.

Criado em 24 de março de 2020, o grupo Comunitários contra COVID possui como objetivo central mitigar a situação de vulnerabilidade social, complexificada neste cenário de crise política, econômica, ambiental e sanitária. O grupo é formado por membros dos Conselhos Comunitários de Defesa Social (CCDS), vinculados a diversas instituições, além de voluntários das comunidades chamados de "Protetores(as)" e atua nas regiões norte e oeste do município.

5 Desde o último relatório, surgiram duas novas ocupações em Natal: a Valdete Guerra (200 pessoas), localizada no Planalto, e a Margarida Alves (50 pessoas), localizada em Mãe Luiza. Antes havia a Pedro Melo (20 pessoas) e Emanuel Bezerra (60 pessoas), localizadas na Ribeira, área central.

Os territórios populares e as denúncias de violações de direitos humanos durante a pandemia

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2021, com os grupos monitorados pelo Fórum Direito à Cidade, por meio de escuta na forma de entrevistas virtuais, à exceção da entrevista realizada com a representante da Colônia de Pescadores Z4-Natal. O roteiro da entrevista foi enviado para todos os movimentos com o intuito de complementar as informações. Observando a estrutura do Dossiê – 2020 as entrevistas foram sistematizadas por temas, considerando as impressões dos grupos e o contexto de pandemia um ano após a pesquisa anterior.

a) Acesso à água potável

Os relatos dos entrevistados confirmaram a persistência e o agravamento da falta de acesso à água potável antes e durante a pandemia da Covid-19. Exceto a comunidade do Jacó, todos os grupos relataram a ocorrência dos seguintes problemas: 1) cortes no abastecimento de água e na oferta intermitente do serviço na Vila de Ponta Negra, na ocupação Emanuel Bezerra e em comunidades das regiões norte e oeste, conforme registros do FVM, MLB e Comunitários contra a Covid; 2) ausência do serviço nas ocupações recentes, organizadas pelo MLB, com novos domicílios não atendidos; 3) situação similar foi relatada pela comunidade da pesca, associando o problema à indefinição do destino da Colônia Z4-Natal; 4) o MNPR/RN alega que foram poucas as reivindicações atendidas pelo município e que continuam recebendo auxílio do terceiro setor para algumas demandas de acesso à água; 5) os Comunitários contra Covid relataram que, além da ocorrência do serviço de forma intermitente, a água apresenta um odor ruim e contém ferrugem (presente em todas as regiões administrativas do município de Natal que o grupo atua).

b) Acesso à moradia/ salubridade da moradia

O acesso à moradia, bem como as suas condições de salubridade continuam sendo um grave

problema para os grupos entrevistados. O FVM relatou que o corte do auxílio moradia (aluguel social) provocou a volta de parcela da população para casa de familiares, aumentando o adensamento familiar e contrariando as medidas de distanciamento, além de impactar a segurança alimentar desta população. O representante da comunidade do Jacó destacou os impactos dos despejos, incluindo o fato de "ter" duas residências: a original e as casas alugadas. Nesse sentido, registra a preferência pela manutenção das residências próximas de suas habitações originais, devido à necessidade de verificar a ocorrência de furtos, ocupações irregulares ou danos à estrutura do seu imóvel. Quanto ao auxílio emergencial, os moradores continuam recebendo, apesar de problemas pontuais já relatados. As comunidades da pesca evidenciaram que as questões de moradia na Colônia Z4-Natal seguem indefinidas, com condições ambientais e de infraestrutura muito precárias. Os moradores da comunidade do Maruim, quase todos pescadores, foram reassentados para o Residencial São Pedro, localizado aproximadamente 1 km do assentamento. Contudo, as condições de insegurança e inadequação com o modo de vida da atividade pesqueira levou muitos a buscarem moradia na Zona Norte, distante da área do Canto do Mangue onde se encontra o ancoradouro dos barcos e a Colônia de Pescadores, ambos ameaçados de remoção. Essas ameaças colocam em risco as instalações, o patrimônio e o território da pesca.

O MLB realçou o aumento da demanda por moradias, em relação à consulta anterior. Não havendo soluções por parte do Estado, o movimento tem promovido ocupações, a exemplo da ocupação Margarida Alves, em Mãe Luiza, e da ocupação Valdete Guerra, no bairro do Planalto. Esta se encontra em um terreno do município, acolhendo 220 famílias, que estão sendo ameaçadas de despejo. Ademais, os representantes destacam a elevada superlotação dessas ocupações. O MNPR/RN comentou sobre a reabertura de abrigos~~, os~~ que continuam insuficientes em relação à demanda, e a escassez ou inexistência dos auxílios sob gestão municipal (assistência psicossocial, aluguel social, cestas básicas). Alguns dados sobre a violação de Direitos no RN são adicionados no final desta seção. Os representantes do grupo Comunitários contra Covid relataram que o maior problema incide na permanência dos

moradores nas casas, pois muitos residem em imóveis alugados e, devido às consequências da pandemia, a exemplo do desemprego, acabam se mudando mais vezes a procura de casas com valores de aluguéis mais acessíveis. Ademais, foi citada a falta de iluminação das ruas como um dos problemas para o acesso e a salubridade da moradia.

c) Mobilidade

Quanto à mobilidade, as reclamações são as mesmas relatadas no estudo anterior, entretanto, com maior agravamento dos problemas. A supressão de linhas para algumas comunidades (Vila de Ponta Negra e Planalto, por exemplo), assim como a contínua redução das frotas, acentuou os desconfortos da superlotação nos transportes públicos e das longas esperas nos dias úteis, para os deslocamentos diários. O MLB e o MNPR/RN também reafirmaram as dificuldades financeiras para uso do transporte coletivo, devido aos elevados custos das tarifas e, no seu oposto, aos baixos rendimentos da população em situação de vulnerabilidade. Adiciona-se, segundo o MNPR/RN, o preconceito sofrido pela população de rua no transporte público, dificultando mais ainda a utilização do serviço. Para os Comunitários contra COVID, o problema, assim como nos demais, recai sobre a redução da frota do transporte público, a qual ocasionou uma superlotação, impedindo, desse modo, o distanciamento social dentro dos ônibus.

d) Acesso à saúde (oferta e acesso às vacinas)

As condições do acesso à saúde foram relatadas como estáveis em relação ao relatório anterior, seja pela oferta ou ausência do serviço. O FVM, a comunidade da pesca e o MLB relataram a permanência do serviço, ainda que com as deficiências de sempre, expressas nas irregularidades das visitas da agente de saúde à comunidade do Jacó, nas barreiras ao atendimento dos residentes das ocupações do MLB, devido à falta de comprovante de residência. O mesmo ocorre com o MNPR/RN, quando relata a falta de adaptação do atendimento às especificidades da população em situação de rua, que apresenta vulnerabilidades distintas das de outros grupos. No tocante ao acesso às vacinas, a maioria dos grupos relatou a regularidade do serviço,

sem grandes problemas de acesso. O FVM destacou a resistência de alguns grupos, o que provocou a construção de uma parceria do movimento com a UBS e o CRAS, que atendem a comunidade e desenvolveram campanhas de combate à insegurança alimentar na Vila, por meio da distribuição de cestas básicas. Existe uma dificuldade, de modo geral, segundo os representantes do grupo Comunitários contra Covid, para acessar os serviços de saúde, a exemplo de consultas de rotina. No entanto, quando se trata da vacinação, foi relatado que está ocorrendo de forma normal e que, de modo geral, as pessoas estão aceitando bem. Há de se destacar também que foram realizadas campanhas pelos agentes públicos que trabalham nas unidades básicas de saúde. Essas campanhas debateram sobre o efeito positivo que a vacinação apresenta e sobre o uso de máscaras, como medida de segurança sanitária. Além disso, foi debatido o tema da segurança alimentar juntamente com a entrega de cestas básicas.

e) Violação de direitos

Além das violações e dos contextos de fragilidade nas temáticas referidas, o FVM considera que para a população da Vila de Ponta Negra a principal delas está refletida na (in)segurança alimentar. No entanto, os representantes do FVM também destacaram o crescimento exponencial da violência doméstica em mulheres e idosos da Vila de Ponta Negra como uma das principais expressões da violação de direitos humanos. Os representantes da Comunidade do Jacó, por sua vez, relataram que a falta de fiscalização das casas interditadas pela prefeitura para evitar a reocupação, roubos e danos à estrutura é uma forma de violação de direitos. A Comunidade da Pesca ressaltou a permanência da crise causada pelo derramamento de petróleo no mar ocorrido ainda em 2019, mas desconhece o *status* do processo que se encontra judicializado. Além disso, a representante destacou as pressões que os pescadores sofrem em seus territórios em toda costa litorânea do RN, principalmente quanto à ameaça de remoção dos ranchos de Pesca, com ações junto ao Patrimônio da União em curso. O MLB relatou que o déficit habitacional continua sendo o principal direito violado, expresso na instalação de novas ocupações, que evidenciam as demandas crescentes por moradia. O MNPR/RN observou que, adicionado à persistência das antigas violações de direitos humanos incidentes

sobre o grupo, está o risco de despejo dos usuários de aluguel social, devido ao corte do auxílio. De acordo com os representantes do grupo Comunitário contra Covid, a violação recai na falta de segurança alimentar das pessoas. Existe uma dificuldade para aquisição de alimentos, ampliando o número de pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade social.

f) Auxílio Emergencial

Quanto ao Auxílio Emergencial, todos os grupos relataram ter tido o acesso ao mesmo, com algumas especificidades de exclusão, que também refletem as dificuldades de acesso aos outros serviços aqui monitorados. Todos também criticaram o formato do cadastro, identificado como uma barreira ao acesso, pois estava limitado aos celulares, item não acessível à maioria dos participantes do movimento, principalmente para o MLB e o MNPR/RN: muitos dos que conseguiram se cadastrar tiveram o seu auxílio negado na primeira e/ou na segunda edição. O MNPR/RN também relatou que alguns conseguiram superar as dificuldades de cadastramento e acesso com o apoio da Defensoria Pública. Na comunidade do Jacó as dificuldades burocráticas similares provocaram a suspensão do auxílio e posterior desistência. A Comunidade da Pesca relatou que seus membros tiveram o cadastro negado devido à defasagem das informações registradas no IBAMA. Para o FVM, aqueles que conseguiram o auxílio continuam com dificuldades no acesso à alimentação devido à inflação. Conforme apontado por uma das representantes do grupo Comunitários contra Covid, o auxílio ajudou bastante, sobretudo para aquisição de alimentos. No entanto, com a redução do valor e dos cortes, que muitos tiverem, a situação voltou a piorar, principalmente, para conseguirem adquirir os alimentos mais básicos como arroz e feijão.

DADOS SOBRE AMEAÇAS E DESPEJOS EFETIVADOS NO RIO GRANDE DO NORTE (RN) DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: MONITORAMENTO NO CONTEXTO DA CAMPANHA DESPEJO ZERO

Em diálogo com a "Campanha Nacional Despejo Zero – Em Defesa da Vida no Campo e na Cidade", o Núcleo RN[6] encaminhou o processo de monitoramento dos casos de ameaça ou de despejo efetivados durante a pandemia da covid-19, com base nos dados da Defensoria Pública do RN e de assessorias populares.

A partir do lançamento da Campanha no RN, ocorrido em outubro de 2020, o Grupo de Trabalho Litigância procedeu à construção de indicadores baseados nas especificidades locais e no contexto nacional, observando o formulário da Campanha Despejo Zero.[7] De acordo com dados levantados até maio de 2021, foram registrados 18 relatos, totalizando 1.470 famílias e aproximadamente 5.746 pessoas ameaçadas de remoção. Os casos identificados estão localizados com predominância na RMN, sendo 13 em Natal, 1 em Macaíba, 1 em Nísia Floresta. Para além da RMN, registrou-se 1 caso em João Câmara e 1 em Pedra Grande. Nesse universo, 89% dos casos encontravam-se judicializados, 39% ocorreram ou estavam agendados para ocorrer no período da pandemia. Esses dados foram aprofundados em setembro de 2021 junto à Rede Nordeste de Monitoramento de Incidência em Conflitos Fundiários Urbanas do IBDU, destacando-se que 1.250 famílias se encontram envolvidas em conflitos fundiários coletivos urbanos no RN, sendo cerca de 1000 famílias em disputas judiciais e 250 em ocupações, todas vinculadas ao MLB e MNPR/RN.

Visando apoiar as ações de monitoramento sobre despejos no RN, o OM Núcleo Natal com o apoio da PROPESQ/UFRN iniciou, em setembro de 2021, a pesquisa Panorama dos

6 Instituições acadêmicas e jurídicas, grupos e movimentos sociais mobilizados como facilitadores da Campanha Despejo Zero no RN. Nacionais e locais, entre eles, o Projeto de extensão Motyrum de Educação Popular em Direitos Humanos da UFRN, que coordena a campanha no RN.

7 Disponível em: https://www.campanhadespejozero.org. Acesso em 19 out. 2021.

Conflitos Fundiários no RN no contexto da Covid-19: Contribuição ao Sistema de Defesa do Direito à Moradia Adequada, na perspectiva de estruturar uma base de dados continuada.

Por iniciativas do Núcleo RN Despejo Zero, registram-se ainda outras ações contra os despejos no RN como: (i) Tribunal de Justiça do RN (TJRN): Garantia por escrito de cumprimento da Recomendação 90/2021; (ii) Organização de Missão Natal 2022 que já realizou uma Roda de Conversa denominada: "Luta pelo Direito à Moradia em Natal: Revisitando a Relatoria Nacional da Moradia em 2007 e Preparando a Missão 2022 – Campanha Despejo Zero", em 22/09/2021; (iii) Assembleia Legislativa do RN – Lei estadual 11.000 de 29/09/2021 que

Dispõe sobre a suspensão do cumprimento de mandados de reintegração de posse e imissão na posse; despejos e remoções judiciais ou extrajudiciais; cobranças de multas contratuais e juros de mora em casos de não pagamento do aluguel, prestação de quitação do imóvel residencial e da taxa condominial, enquanto medida temporária de prevenção ao contágio e de enfrentamento da propagação decorrente do novo Coronavírus (COVID-19) (RIO GRANDE DO NORTE, 2021).

A ação associada a Missão 2022 – Campanha Despejo Zero, teve o objetivo de aprofundar as ações de monitoramento e controle social sobre violações do direito à moradia no RN, a ação contou com a participação de vários movimentos sociais e da Relatoria Nacional do Direito Humano à Moradia Adequada e a Terra Urbana.

REFERÊNCIAS

BARROS, T. C. de A. N.; SILVEIRA, R. M. da C.; MEDEIROS, S. R. F. Q.; ALMEIDA, L. de S. B.; CÂMARA, R. L. M.; CLEMENTINO, M. do L. M.; MELO, K. S.; QUEIROZ, J. V. R.; SILVA, G. R. (2020). The Covid-19 pandemic, the political dispute and the 2020 elections in the Metropolitan Region of Natal (RN, Brazil). **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e16891085. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8530. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8530. Acesso em: 27 set. 2021.

CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA (2021). Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil. **G1**, São Paulo. Disponível em: https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/. Acesso em: 15 set. 2021.

FARIAS, F. L. O.; LIMA, L. J. G.; VERAS, N.; VALENTIM, R.; SILVA, R. (2021). Análise da disseminação da infecção, medidas de contenção, expansão da rede assistencial e progresso da imunização à luz da ciência de dados. **Relatório. Natal: Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS)**.

LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE (LAIS) (2021). Natal/RN. Disponível em: https://lais.huol.ufrn.br/. Acesso em: 09 set. 2021.

MEDEIROS, S. R. F. Q.; SILVEIRA, R. M. da C.; CÂMARA, R. L. M.; SILVA, G. R. (2020). O território como aposta: a eclosão do conflito federativo e a gestão metropolitana como potência. *In*: CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda; ALMEIDA, Lindijane de Souza Bento; SILVA, Brunno Costa do Nascimento (Org.). **Em Tempos de Pandemia: Contribuições do Observatório das Metrópoles - Núcleo Natal**. Rio de Janeiro: Letra Capital, cap. 2, pp. 32-43. ISBN 978-65-87594-04-0.

PLATAFORMA RN + VACINA (2021): Banco de dados. **Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS)**. Disponível em: https://rnmaisvacina.lais.ufrn.br/. Acesso em: 18 ago. 2021.

PREFEITURA DO NATAL (2020a). **Prefeitura consolida pagamento de R$ 6 milhões da Lei Aldir Blanc ao setor cultural**. Natal/RN, 29 de dezembro de 2020. Disponível em: https://natal.rn.gov.br/news/post/33738. Acesso em: 09 de set. 2021.

PREFEITURA DO NATAL (2020b). **Lei N.º 7.044 de 08 de julho de 2020 - Determina a disponibilização gratuita de kits de medicamentos para o tratamento de COVID-19 na rede SUS/Natal durante o período de pandemia e dá outras providências**. Natal/RN, 2020. Disponível em: https://www2.natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/dom/dom_20200731_7b8240980579c9a2cbcf94ef204917fd.pdf. Acesso em: 08 ago. 2021.

PREFEITURA DO NATAL (2021a). **Medidas Adotadas**. Natal/RN. Disponível em: https://coronavirus.natal.rn.gov.br/medidas.html. Acesso em: 08 ago. 2021.

PREFEITURA DO NATAL (2021b). **Natal Transparente**. Natal/RN, 2021. Disponível em: https://www.natal.rn.gov.br/transparencia/#/. Acesso em: 08 ago. 2021.

SESAP - Secretaria de Estado da Saúde Pública (2021). Governo do Estado do Rio Grande do Norte. **Relatório Anual de Gestão - RAG 2020**. Natal/RN.

SILVEIRA, R. M da C.; ALMEIDA, L. de S. B.; MEDEIROS, S. R. F. Q.; SILVA, B. C. do N.; MELO, K. S.; SILVA, G. R. (2020). Governança metropolitana em tempos de pandemia. *In*: CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda; ALMEIDA, Lindijane de Souza Bento; SILVA, Brunno Costa do Nascimento (Org.). **Em Tempos de Pandemia: Contribuições do Observatório das Metrópoles - Núcleo Natal**. Rio de Janeiro: Letra Capital, cap. 1, pp. 20-31. ISBN 978-65-87594-04-0.

08

REGIÃO METROPOLITANA DE JOÃO PESSOA E CAMPINA GRANDE (PB)

Lívia Miranda

Demóstenes Moraes

Myrian Carvalho

DIAGNÓSTICO

Panorama da pandemia

O presente dossiê propõe-se a atualizar as informações sobre os impactos da pandemia de Covid-19 nas metrópoles brasileiras, avaliando, em especial, as repercussões da crise sanitária em territórios e grupos vulneráveis e as políticas governamentais e ações populares no enfrentamento de tal cenário. Para isso, inicialmente, apresenta-se um diagnóstico da Covid-19 no estado da Paraíba.

No dia 10 de agosto de 2021, o estado da Paraíba acumulava um total de 425.619 casos confirmados de Covid-19 e 9.071 óbitos em decorrência da doença. Tais valores resultam em uma taxa de letalidade de, aproximadamente, 2,13% e uma mortalidade de, aproximadamente, 223 mortes por 100 mil habitantes[1] (PARAÍBA, 2021a).

Analisando os Gráficos 1 e 2 que representam o número de casos e óbitos da Covid-19 na Paraíba até agosto de 2021, é possível identificar três períodos críticos. O primeiro deles se deu ainda em 2020, entre os meses de maio e julho. Os outros dois picos nos gráficos de casos e óbitos ocorreram no ano de 2021. Um deles se deu em torno de março de 2021, constituindo o momento de maior letalidade da doença no estado, e o outro, em maio do mesmo ano.

Entre as 12 regiões metropolitanas da Paraíba, duas se destacam pela população e pelo fluxo de pessoas e mercadorias: a Região Metropolitana de João Pessoa e a Região Metropolitana de Campina Grande. Devido a esse fluxo e a centralidade que as duas regiões exercem no estado, elas se tornaram os principais centros irradiadores da Covid-19 na Paraíba.

A Região Metropolitana de João Pessoa (RMJP) conta com 12 municípios: João Pessoa, Santa Rita, Bayeux, Cabedelo, Pedras de Fogo, Conde, Cruz do Espírito Santo, Lucena, Rio Tinto,

1 Cálculo de mortalidade feito com base na população estimada pelo IBGE (2021b) de 4.059.509 habitantes.

Gráfico 1. Novos casos e casos acumulados de Covid-19 no estado da Paraíba

Fonte: Paraíba (2021b).

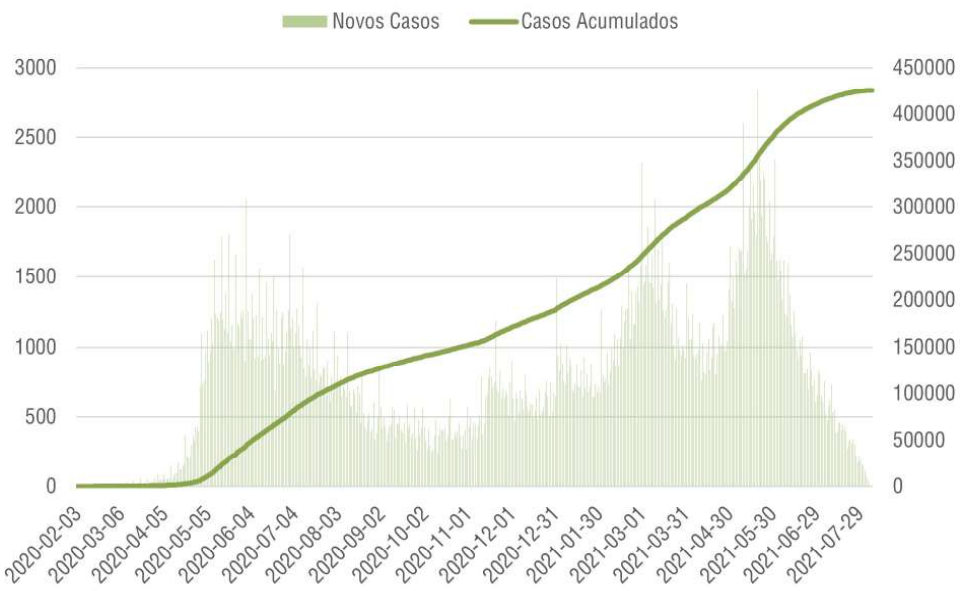
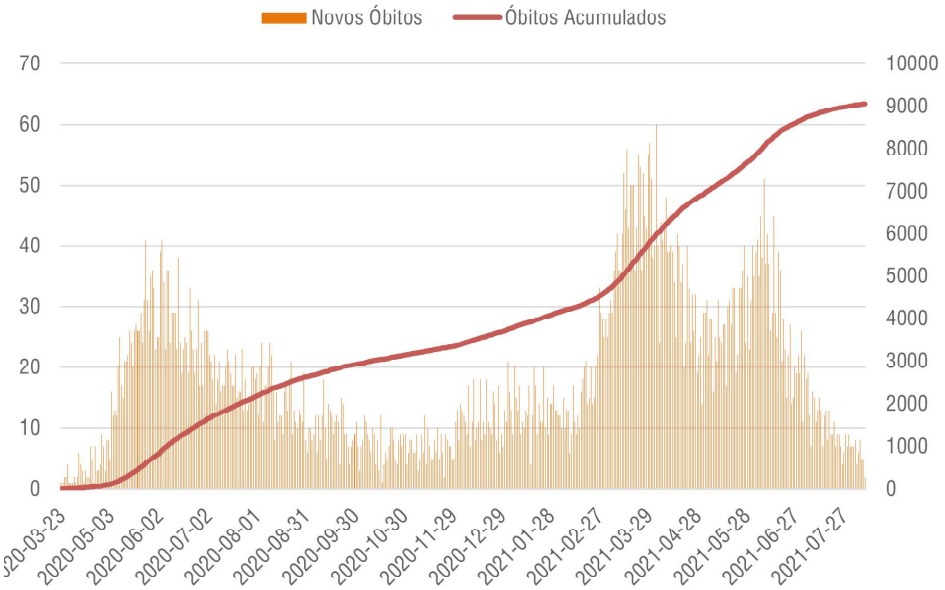


Gráfico 2. Novos óbitos e óbitos acumulados por Covid-19 no estado da Paraíba

Fonte: Paraíba (2021b).



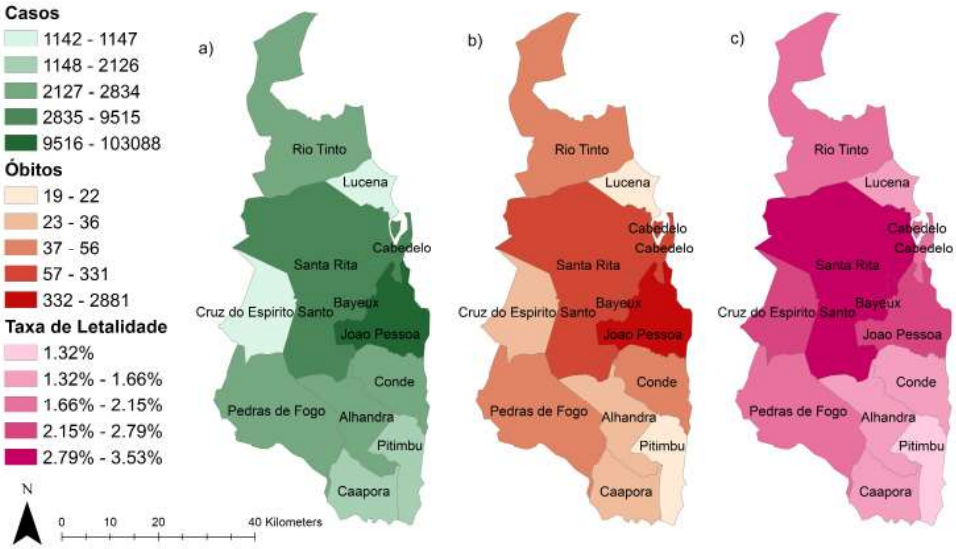


Figura 1. Casos (a), óbitos (b) e taxa de letalidade (c) nos municípios da RMJP

Base de dados: Paraíba (2021b).

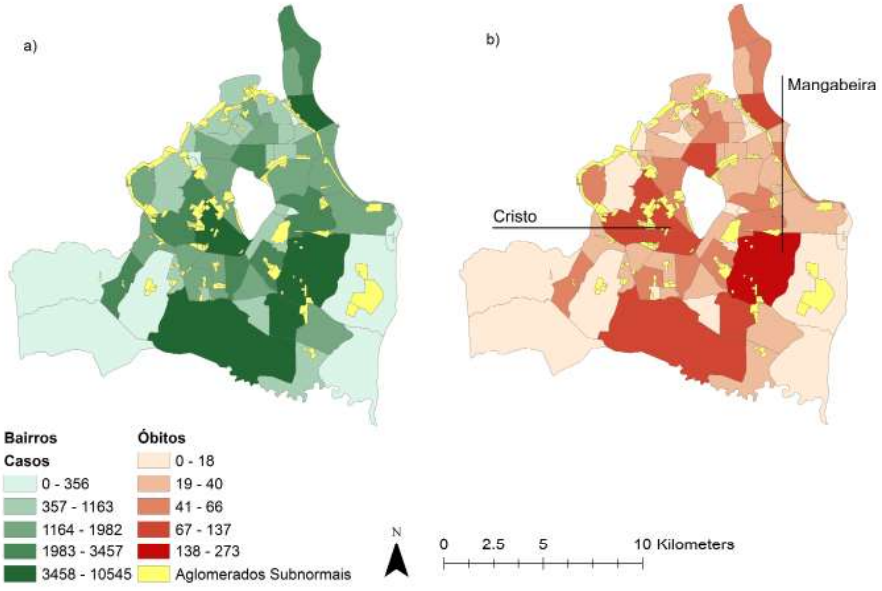


Figura 2. Aglomerados subnormais e casos (a) e óbitos (b) por Covid-19 nos bairros de João Pessoa

Base cartográfica: IBGE (2021a); Base de dados: João Pessoa (2021d).

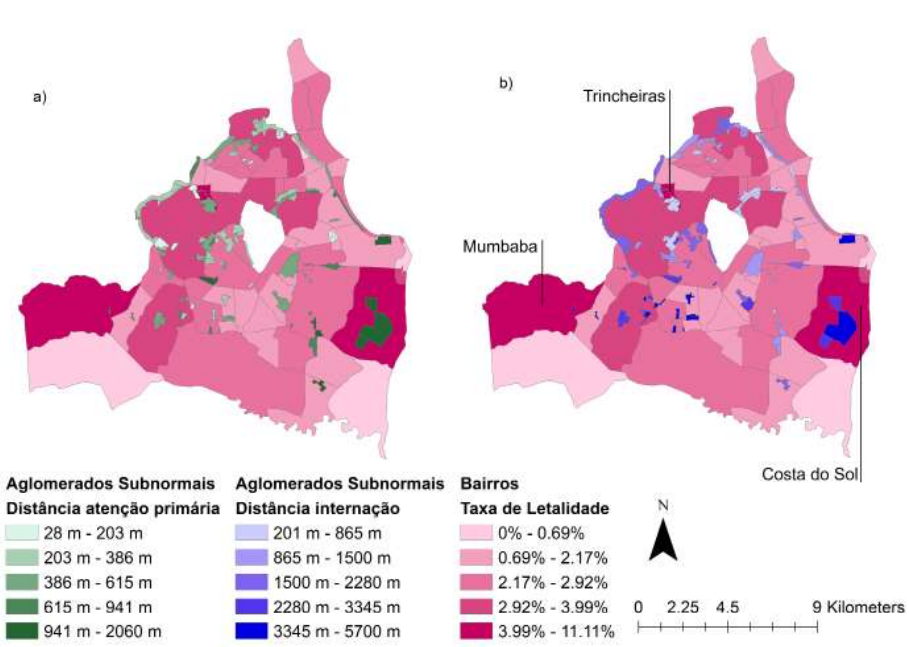


Figura 3. Taxa de letalidade por bairro e distância de aglomerados subnormais a equipamentos de saúde de atenção primária (a) e com suporte de internação e observação (b).

Base cartográfica: IBGE (2021a); Base de dados: João Pessoa (2021d); IBGE (2021a).

Alhandra, Caaporã e Pitimbu, totalizando uma população de 1.290.223 habitantes (IBGE, 2021b). Em 10 de agosto de 2021, a RMJP acumulava um total de 146.656 casos confirmados de Covid-19 e 3.953 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade média de 2,70%. A capital lidera o número de casos (103.088) e óbitos (2.881), seguida por Cabedelo (9.515 casos e 199 óbitos) em número de contaminações, e Santa Rita (9.388 casos e 331 óbitos), que ocupa segundo lugar em número de óbitos (Figura 1) (PARAÍBA, 2021b).

Embora o município de João Pessoa apresente o maior número de casos e de óbitos da região metropolitana, outros municípios, como Santa Rita e Bayeux alcançaram uma taxa de letalidade superior à da capital. Vale destacar que Bayeux é a cidade com maior percentual de domicílios em favelas no estado da Paraíba, com 33,5% dos domicílios localizados em aglomerados subnormais, sendo a quarta maior proporção do país entre os municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes. A existência de favelas consta como um fator de risco para a transmissão da Covid-19, por serem territórios caracterizados pela alta densidade

de construções, pela concentração de trabalhadores autônomos, pela precariedade das habitações e pela dificuldade de acesso a serviços públicos, incluindo serviços de saúde (IBGE, 2020).

Embora já fosse uma área com grande desigualdade social, a RMJP teve essa característica acentuada durante a pandemia de Covid-19. Salata e Ribeiro (2021) apontam que a RMJP foi a região metropolitana que apresentou maior aumento de desigualdade nos últimos meses, chegando a ocupar a primeira posição no *ranking* de desigualdade entre as metrópoles brasileiras no primeiro trimestre de 2021. Entre o primeiro trimestre de 2020 e o primeiro trimestre de 2021, o coeficiente de Gini da RMJP saltou de 0,672 para 0,792, apresentando um crescimento de 8,5%, muito superior à média das regiões metropolitanas estudadas (4,8%). Nesse mesmo período, os 10% mais ricos da região chegaram a ter um rendimento médio 99,8 vezes maior do que o rendimento médio dos 40% mais pobres (SALATA; RIBEIRO, 2021).

Analisando os dados de casos e óbitos no município de João Pessoa, percebe-se que o bairro de Mangabeira, o maior e mais populoso da cidade, lidera o *ranking*, com 10.545 casos e 273 óbitos[2]. Em segundo lugar no número de óbitos, está o bairro do Cristo Redentor, segundo mais populoso da cidade (Figura 2). Avaliando o mapa de taxa de letalidade, entretanto, é possível perceber que os bairros com maior número de casos e óbitos não coincidem com as maiores taxas de letalidade (Figura 3). Alguns bairros periféricos, apesar de não apresentarem altos números de casos e óbitos, têm taxas de letalidade expressivas. Ressalva-se, contudo, que a alta taxa de letalidade nos bairros pode ocorrer devido à baixa testagem da população, que tende a exacerbar a proporção de óbitos em relação ao número de casos confirmados.

As maiores taxas de letalidade em João Pessoa se observam nos bairros de Mumbaba,

2 Os altos números de casos em Mangabeira (10.545) e Manaíra (4.721) podem ser parcialmente justificados pela presença dos dois centros de testagem da cidade que se localizavam nesses bairros.

Figura 4. Casos, óbitos e taxa de letalidade nos municípios da RMCG

Base de dados: Paraíba (2021b).

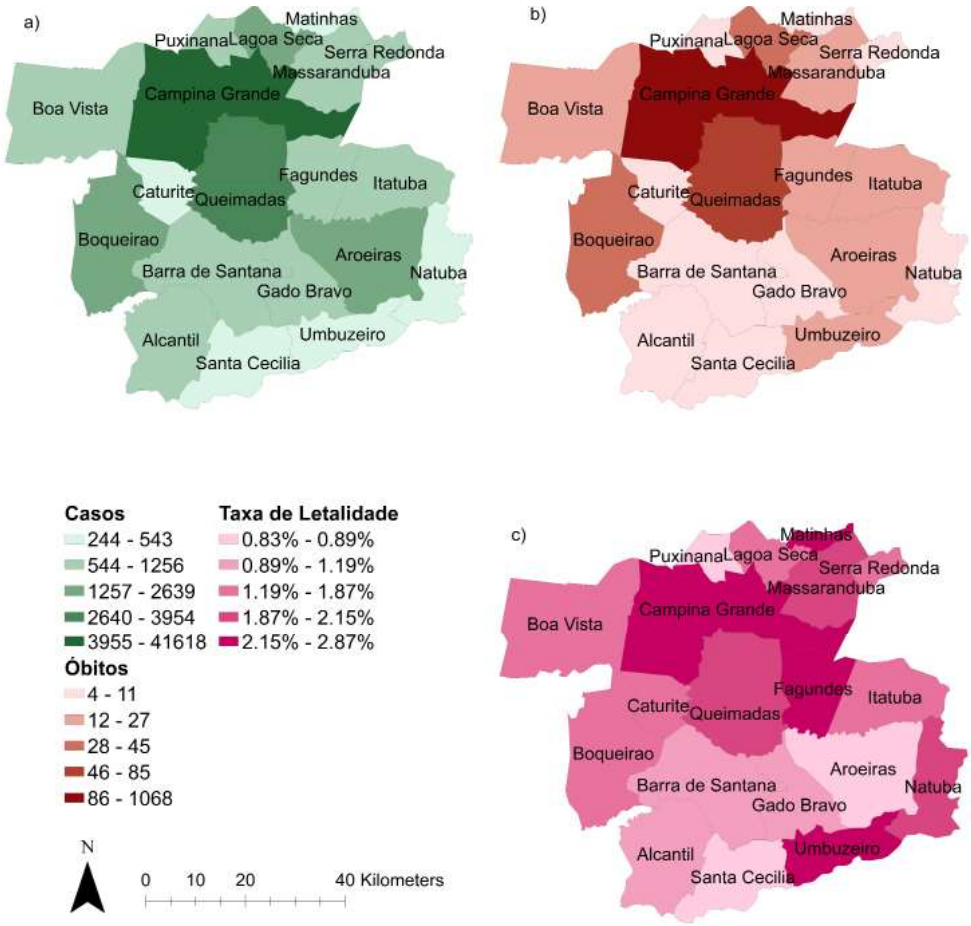
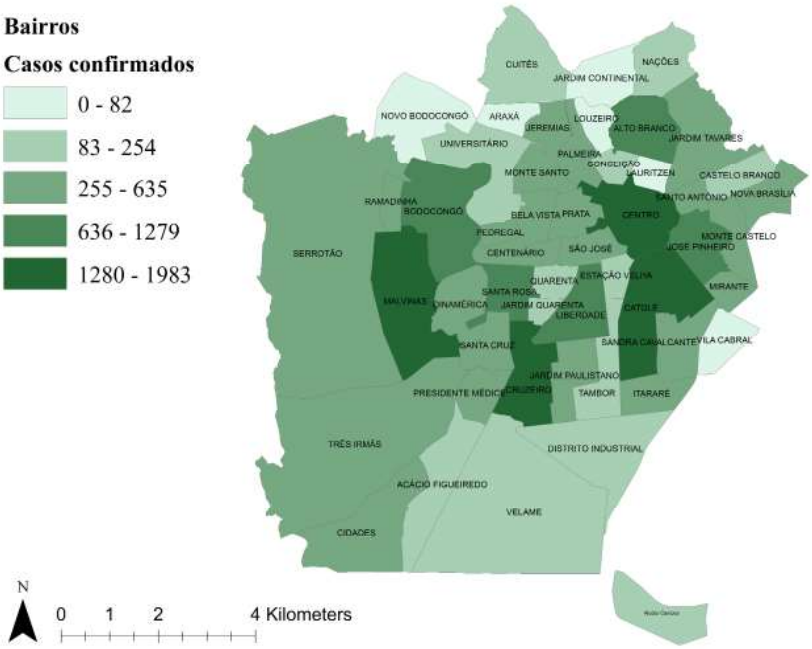


Figura 5. Casos de Covid-19 nos bairros de Campina Grande

Base de dados: Mgeocov2-CG (2021).



Trincheiras e Costa do Sol. Mumbaba é um bairro periférico, com poucos equipamentos de saúde primária nas suas proximidades e distante dos equipamentos com suporte de internação e observação. Entre os aglomerados subnormais da cidade, Paraisópolis, em Mumbaba, apresenta a maior distância de um equipamento de saúde desse tipo (aproximadamente 5,7 quilômetros). Trincheiras é um bairro espacialmente pequeno, próximo do Centro e de equipamentos de saúde, entretanto, comporta dois expressivos aglomerados subnormais, Saturnino de Brito e Renascer. O bairro Costa do Sol também está na periferia da cidade. Seus aglomerados subnormais (Aratu, Sonho Verde/ Iraque e Jacarapé) destacam-se na Figura 3 por apresentarem grandes distâncias de equipamentos de saúde, tanto com suporte de internação quanto os de atenção primária.

A Região Metropolitana de Campina Grande (RMCG) conta com 19 municípios: Alcantil, Aroeiras, Barra de Santana, Boa Vista, Boqueirão, Campina Grande, Caturité, Fagundes, Gado Bravo, Itatuba, Lagoa Seca, Massaranduba, Matinhas, Natuba, Puxinanã, Queimadas, Santa Cecília, Serra Redonda e Umbuzeiro, com uma população de, aproximadamente, 643.170 habitantes (IBGE, 2021b).

Em 10 de agosto de 2021, a RMCG acumulava 61.744 casos de Covid-19 e 1.412 óbitos. Como mostra a Figura 4, o município de Campina Grande lidera o *ranking* de casos e óbitos na região, seguido por Queimadas (3.954 casos e 85 óbitos) e Lagoa Seca (2.639 casos e 45 óbitos). A principal cidade da região metropolitana também apresenta uma alta taxa de letalidade (2,57%), atrás apenas dos municípios de Matinhas (2,87%) e Umbuzeiro (2,58%) (PARAÍBA, 2021b).

Segundo dados levantados pelo IBGE (2020), a cidade de Campina Grande é a única da região metropolitana que apresenta aglomerados subnormais. Os domicílios nesses aglomerados representam 6% do total da cidade. No município de Campina Grande, em 05 de abril de 2021, existiam 24.151 casos confirmados de Covid-19 e 691 mortes em decorrência da doença (CASOS..., 2021). Analisando a distribuição de casos entre os bairros, destacam-se o Centro, Catolé e Malvinas com os maiores números na cidade.

Medidas e Ações do Poder Público

Ao longo da pandemia, diversos decretos estaduais foram emitidos com o objetivo de estabelecer medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo novo coronavírus. Entre agosto de 2020 e agosto de 2021, dezessete decretos estabeleciam restrições ao funcionamento de estabelecimentos comerciais e de serviços. Nesse período, também foi aprovada a lei n° 11.806, de 30 de outubro de 2020, restringindo a visitação a instituições de permanência de idosos, casas de repouso e asilos (PARAÍBA, 2020a).

O decreto 40.574, de 24 de setembro de 2020, estabeleceu diretrizes a serem seguidas para o retorno às aulas presenciais nos Sistemas Educacionais da Paraíba e nas instituições de Ensino Superior, seguido pelo decreto n° 41.010, de 7 de fevereiro de 2021, instituindo o "Plano Educação Para Todos Em Tempos De Pandemia - PET-PB", que também define medidas para a retomada das aulas presenciais (PARAÍBA, 2020b; PARAÍBA, 2021c).

Tratando especificamente de grupos vulneráveis ou territórios populares, assim como constatado no primeiro volume do presente dossiê, poucas ações foram empreendidas pelo poder público, na Paraíba. Destaca-se o decreto n° 41.085, de 8 de março de 2021, que adota medidas sociais e econômicas emergenciais e temporárias para o combate aos efeitos do Covid-19. No decreto, constam medidas como a distribuição de cestas básicas para pessoas em vulnerabilidade social e alunos da rede pública estadual, a ampliação de restaurantes populares, a aquisição de alimentos da agricultura familiar para a distribuição entre famílias vulneráveis, reajuste de 42% do valor do cartão-alimentação e isenção de contas de água para 26 mil famílias em março e abril de 2021 (PARAÍBA, 2021d).

A Portaria 048/SEDH, de 18 de março de 2021, regulamenta a distribuição de cestas básicas previstas pelo decreto acima citado. A Portaria afirma que serão concedidas

as cestas básicas às famílias e indivíduos em situação de pobreza e extrema pobreza (renda per capita abaixo de R$ 178,00 ou ¼ de salário mínimo), prioritariamente aos não contemplados pelo Bolsa Família. Tal requisito deve existir cumulativamente a outro critério, como ser família de migrantes e refugiados, família de pequenos agricultores, família quilombola ou indígena, trabalhadores que tiveram redução de renda nos últimos seis meses, entre outros (PARAÍBA, 2021e).

O estado também investiu no combate à violência doméstica. Em consonâncias com leis já aprovadas em julho de 2020 (Lei n° 11.732/20 e Lei n° 11.754/20), em 30 de setembro de 2020, foi aprovada a Lei n° 11.779/20, que institui o "sinal vermelho" como protocolo emergencial de proteção às mulheres vítimas de violência doméstica durante o período de isolamento social em função da pandemia de Covid-19 (PARAÍBA, 2020c).

No município de João Pessoa também poucas medidas de assistência à população vulnerável e aos territórios populares foram tomadas. Em 11 de março de 2021, foi aprovado o decreto n° 9.695 que, entre outras ações, determina a distribuição de alimentos da agricultura familiar para pessoas em situação de vulnerabilidade social, distribuição de refeições em restaurantes populares e cozinhas comunitárias e distribuição de *kits* pedagógicos e de higiene para alunos da rede municipal de educação infantil, além da distribuição de máscaras (JOÃO PESSOA, 2021a).

Em 30 de julho de 2021, o município instituiu o Programa João Pessoa Solidária, por meio da Lei Ordinária nº 14.226, que tem como objetivo a arrecadação de alimentos para a doação a famílias carentes inscritas em cadastros sociais da prefeitura e "estimular a solidariedade entre os habitantes do município". O programa também estabelece um convênio com o Botafogo Futebol Clube, patrocinando o clube em troca dos direitos de imagem para uso em material publicitário (JOÃO PESSOA, 2021b).

Em Campina Grande, não há registros de ações do poder público voltadas especificamente aos territórios populares ou à população em situação de vulnerabilidade social. Entretanto,

como iniciativa para facilitar o acesso ao transporte público e melhorar as condições de mobilidade, em agosto de 2020, foi aprovada a lei complementar n° 149 destinando recursos para o custeio de passagens para usuários do transporte público coletivo municipal. O subsídio é condicionado pela lei a não demissão de trabalhadores das empresas de transporte durante o período da pandemia, excetuando-se os casos de demissão por justa causa (CAMPINA GRANDE, 2020).

Auxílio emergencial

Em abril de 2020, iniciou-se o pagamento de auxílio emergencial fornecido pelo Governo Federal. Tal auxílio deveria ser destinado a cidadãos que, cumulativamente, fossem maiores de 18 anos, sem emprego formal, que não fossem beneficiários de seguro-desemprego ou de programa de transferência de renda[3], com renda familiar per capita de até ½ salário mínimo, que, em 2018, não tenha rendimento acima de R$ 28.559,70 e que trabalhe como microempreendedor individual, contribuinte individual do Regime Geral de Previdência Social ou trabalhador informal (BRASIL, 2020).

Segundo dados do Portal da Transparência, no estado da Paraíba, foram distribuídos, em 2020, R$ 9.956.216.728,00 e, em 2021, R$ 10.548.198,00 de auxílio emergencial. Em 2020, foram beneficiados 1.538.756 paraibanos (40,91% da população) e, em 2021, esse número reduz drasticamente para 7.115 beneficiários (0,19% da população). Considerando apenas o pagamento do auxílio emergencial no ano de 2020, quando ele foi mais expressivo, na RMJP, a cidade que teve uma maior cobertura do benefício foi Conde, atendendo 60,02% da população. Já na RMCG, Caturité foi a cidade com maior cobertura de auxílio emergencial, atendendo 49,86% da população (Figura 6) (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2021).

Em função da significativa redução em 2021, alguns outros auxílios foram concedidos de forma complementar, na Paraíba. Na intenção de dar uma assistência financeira a crianças e

3 Exceto Bolsa Família.

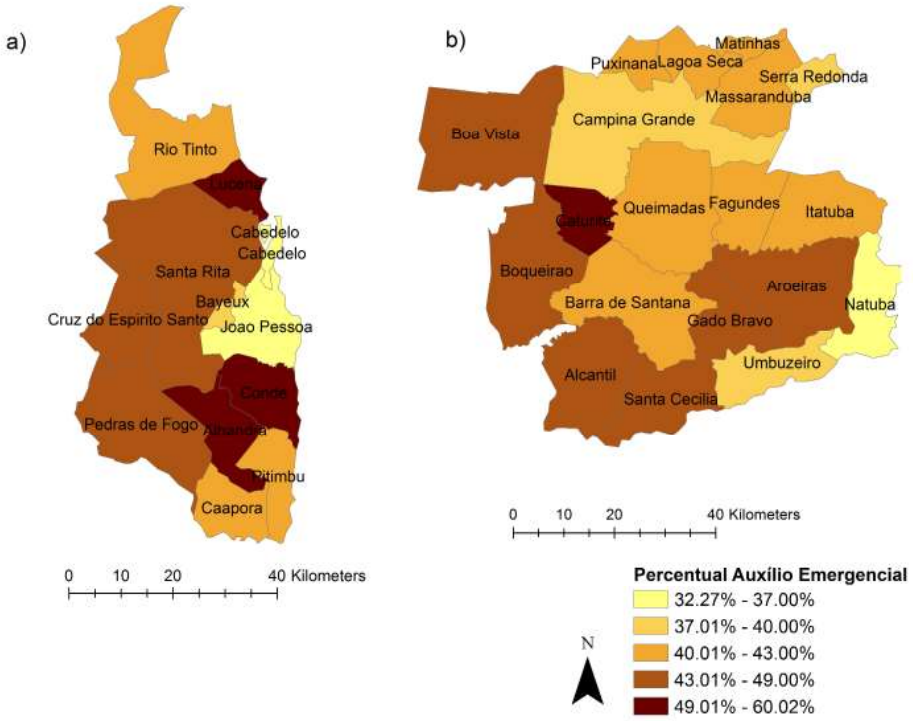


Figura 6. Percentual da população beneficiária do auxílio emergencial no ano de 2020 nas Regiões Metropolitanas de João Pessoa (a) e Campina Grande (b).

Base de dados: Portal da Transparência (2021).

adolescentes que perderam seus pais ou responsáveis em decorrência da Covid-19, em 31 de agosto de 2021, foi aprovado na Assembleia Legislativa da Paraíba, o Programa Paraíba que Acolhe, que visa pagar um auxílio para crianças e adolescentes que se tornaram órfãos no período de pandemia. No total, o benefício deve contemplar 740 pessoas com o valor de R$ 500,00 (ALPB..., 2021)

Em abril de 2021, a Prefeitura de Campina Grande lançou o Programa SuperAção, para o pagamento de um auxílio emergencial de R$ 400,00, dividido em duas parcelas de R$ 200,00. No total, 2.596 pessoas foram beneficiadas, entre elas, motoristas de transportes escolares, profissionais da música, pessoas que perderam seus empregos nos últimos 12 meses e não receberam seguro-desemprego, garçons, recepcionistas, cerimonialistas e vendedores ambulantes (PREFEITURA..., 2021). Da RMCG, também o município de Lagoa Seca aprovou, em junho de 2021, um auxílio emergencial a cerca de 130 pequenos comerciantes e

artistas no valor de R$ 600, dividido em duas parcelas (LAGOA SECA, 2021).

A Prefeitura de João Pessoa, por meio da Fundação Cultural de João Pessoa (Funjope), lançou, em março de 2021, um edital para destinação de um auxílio emergencial ao setor da cultura do município. O Programa de Apoio Emergencial à Cultura tinha como objetivo fornecer um auxílio de R$ 600,00, em duas parcelas, e atendeu a 1.272 artistas e trabalhadores da cultura que tiveram suas atividades interrompidas durante a pandemia de Covid-19 (JOÃO PESSOA, 2021c). O município de Santa Rita também concedeu auxílio para os trabalhadores da cultura, por meio da Lei Aldir Blanc.

Além desses, os municípios de Cabedelo e Conde aprovaram auxílios no valor de R$ 400,00 e R$ 300,00, respectivamente, para comerciantes ambulantes que tiveram suas atividades interrompidas durante a pandemia (CAMPINA..., 2021). O município de Rio Tinto aprovou, em agosto de 2021, um auxílio de R$ 600,00 para microempreendedores, trabalhadores autônomos e artistas, e a Prefeitura de Cruz do Espírito Santo ofereceu um auxílio destinado a taxistas e motoristas alternativos, no valor de R$ 200,00 e a mototaxistas do município, no valor de R$ 100,00[4] (PAES, 2021; PREFEITURA..., 2020).

Vacinação

Para a aplicação do Plano de Vacinação na Paraíba, o estado foi dividido em 16 Regiões de Saúde, agrupadas em três Macrorregiões de Saúde, com sedes em João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa, essas duas como sedes da terceira Macrorregião (PARAÍBA, 2021f). O plano de vacinação define os seguintes grupos como prioritários para o esquema de vacinação, não destacando moradores de favelas ou aglomerados subnormais como prioridade:

> [...] pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas, pessoas com deficiência institucionalizadas, povos indígenas vivendo em terras indígenas, trabalhadores de saúde, pessoas de 75 anos ou mais; povos e comunidades tradicionais ribeirinhas; povos e comunidades tradicionais quilombolas, pessoas de 60 a 74 anos, pessoas com comorbidades [...], pessoas com deficiência permanente grave, pessoas em

4 O auxílio de Cruz do Espírito Santo foi concedido em abril de 2020.

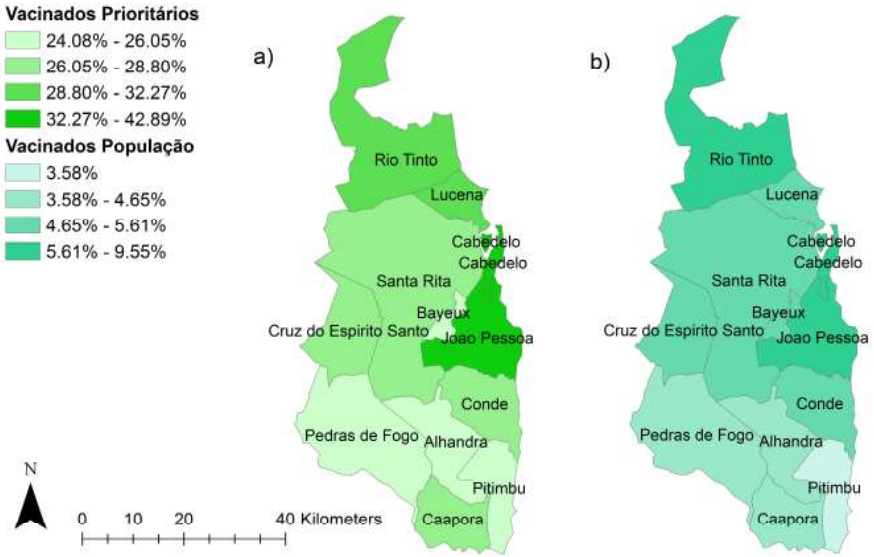


Figura 7. Percentual de vacinados entre população prioritária (a) e população total (b) dos municípios da RMJP

Fonte: RNDS (2021).

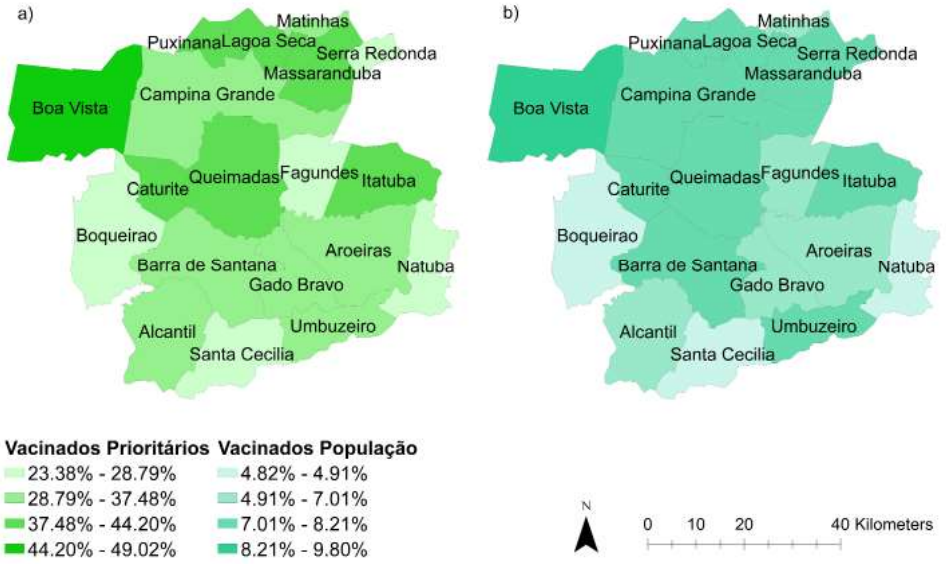


Figura 8. Percentual de vacinados entre população prioritária (a) e população total (b) dos municípios da RMCG

Fonte: RNDS (2021).

> situação de rua, população privada de liberdade, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores da educação do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA), trabalhadores da educação do ensino superior, forças de segurança e salvamento, forças armadas, trabalhadores de transporte [...], caminhoneiros, trabalhadores portuários, trabalhadores industriais (PARAÍBA, 2021f).

Até o dia 10 de agosto de 2021, 2.792.774 doses de vacina já haviam sido aplicadas no estado da Paraíba. No total, 1.992.866 pessoas foram vacinadas com a primeira dose e 799.908 pessoas foram completamente vacinadas, sendo 739.024 imunizadas com duas doses e 60.884 imunizadas com vacina de dose única (RNDS, 2021).

Na Região Metropolitana de João Pessoa (Figura 7), observa-se um maior percentual de vacinados, tanto entre os prioritários quanto em relação à população do município, em Cabedelo e João Pessoa. Pedras de Fogo, Alhandra e, principalmente, Pitimbu, apresentam as menores taxas de vacinação. O município de Bayeux, que detém a maior porcentagem de domicílios em aglomerados subnormais da região, também apresenta um baixo percentual de vacinados entre os prioritários, se comparado com os demais municípios (RNDS, 2021).

Na Região Metropolitana de Campina Grande, destaca-se o município de Boa Vista, apresentando o maior percentual de vacinados, tanto entre a população prioritária quanto em relação à população total (Figura 8). Em janeiro de 2021, Boa Vista divulgou seu plano de operacionalização da vacina, realizando o levantamento de profissionais e equipamentos de saúde do município e definindo diretrizes para a vacinação da população. Em setembro do mesmo ano, recebeu uma premiação por estar entre os 20 municípios da Paraíba com melhor cobertura vacinal (JOÃO..., 2021). Com os percentuais mais baixos da RMCG, temos os municípios de Boqueirão, Natuba e Santa Cecília (RNDS, 2021).

Ações alternativas e emergenciais

Diante do agravamento do quadro de fome que parte da população vem enfrentando durante a pandemia, em abril de 2021, foi criado o Comitê Sindical e Popular Contra a Fome, em

Campina Grande. Composto por diversas organizações e movimentos sociais, entre eles, o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN), a União Nacional dos Estudantes (UNE) e o Movimento Sem Terra (MST), a articulação ocupou e reabriu uma cozinha comunitária no bairro do Jeremias, desativada pela Prefeitura de Campina Grande em 2013. Desde então, a cozinha tem distribuído refeições para 200 famílias do bairro, com o apoio financeiro do ANDES-SN, e a compra da maior parte dos alimentos provem de assentamentos do MST e comunidades quilombolas. Além disso, a cozinha tem sido palco de manifestações políticas, engajando a população para pressionar os governos municipal e federal por mais vacinas, auxílio emergencial e pela reabertura das cozinhas comunitárias (AIRES, 2021).

Entre abril e maio de 2021, foi lançada a campanha "Comida para quem precisa de comida de verdade" promovida pela articulação entre Greenpeace Brasil, o Movimento Sem Terra (MST), a Rede Maniva e a Central Única das Favelas (CUFA). A campanha distribuiu alimentos agroecológicos produzidos por famílias de agricultores para pessoas em situação de vulnerabilidade e fome. Na Paraíba, a campanha distribuiu 2,7 toneladas de alimentos para 108 famílias do bairro do Pedregal, em Campina Grande (TONELADAS..., 2021).

A Rede Ser Tão Paraibano/a existe desde 2009, composta por organizações da sociedade civil, como a Associação de Solidariedade Internacional (ESSOR), a Associação de Prevenção à AIDS (Amazona) e a Associação Recreativa Cultural e Artística (ARCA), entre outras. Durante a pandemia, a rede se estendeu para 57 municípios, atendendo a 141 comunidades na Paraíba, e se voltou a ações para promover a geração de trabalho e renda entre populações vulneráveis, com a realização de oficinas e grupos de discussão sobre empregabilidade e orientação social e profissional. Além disso, foram feitas campanhas informativas sobre a Covid-19, distribuição de cestas básicas para 4.501 famílias, *kits* de higiene para 2.022 famílias e *kits* de proteção individual para trabalhadores da reciclagem (ALVES, 2021).

Além do auxílio no combate à fome e na prevenção à Covid-19, também foram criadas

articulações na intenção de evitar violações de direitos humanos durante a pandemia. Em setembro de 2020, contrariando a recomendação da ONU para a não realização de remoções forçadas durante a pandemia, a Polícia Militar da Paraíba realizou uma ação de despejo na comunidade Dubai, em João Pessoa. Diversos relatos apontam para uma remoção excessivamente violenta com graves violações de direitos da população, assim como o despejo realizado na comunidade Praia do Sol (COMUNIDADE..., 2020). Como reação às remoções, em setembro de 2020, foi lançada na Paraíba a "Campanha Despejo Zero – Pela Vida no Campo e na Cidade". A campanha foi lançada com os objetivos de pressionar pela suspensão dos despejos durante a pandemia e avançar na demarcação de territórios indígenas e quilombolas, agregando mais de 50 entidades e contando com o apoio de Núcleo Paraíba do Observatório das Metrópoles (ALVES, 2020a). Somado à campanha, foi empossada na Paraíba a Comissão Estadual de Prevenção à Violência no Campo e na Cidade, composta por 15 membros de órgãos estaduais, federais e da sociedade civil, com o objetivo de prevenir e reduzir a violência em conflitos fundiários urbanos e rurais, principalmente aqueles de caráter coletivo (ALVES, 2020b).

Também tiveram seus direitos violados os moradores da comunidade Porto do Capim. Há alguns anos, a comunidade ribeirinha luta contra remoções forçadas e, contrariando medida judicial, a Prefeitura de João Pessoa realizou demolições de casas durante a pandemia, expondo a população da comunidade a possíveis contaminações e deixando resíduos de demolição no local. Como resposta, a Defensoria Pública do Estado da Paraíba entrou com um pedido de indenização no valor de R$ 100 mil por danos em favor da comunidade Porto do Capim (DPE..., 2020).

CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

A partir do diagnóstico da situação da pandemia de Covid-19 na Paraíba, percebe-se uma redução do número de casos e óbitos da doença a partir do mês de junho de 2021, em função do avanço da vacinação no estado. Embora se tenha o levantamento de casos e óbitos por

Covid-19 na escala das regiões metropolitanas, ainda é difícil estabelecer uma correlação desses números com a presença de favelas ou aglomerados subnormais. Entretanto, é possível afirmar que o significativo aumento da desigualdade constatado na RMJP contribuiu para uma deterioração da vida de populações socialmente vulneráveis, fragilizando a saúde dessas pessoas e, portanto, tornando-as mais expostas ao agravamento da doença.

A análise da taxa de letalidade intraurbana fornece uma aproximação maior sobre o impacto da Covid-19 nos aglomerados subnormais. Avaliando a relação entre as taxas de letalidade e o acesso a equipamentos de saúde, é possível dizer que grandes distâncias dos serviços de saúde contribuem para uma maior letalidade nas comunidades. Entretanto, é preciso destacar que a taxa de letalidade é um indicador que depende diretamente da testagem da população.

Com relação à atuação do poder público, é possível constatar que, assim como destacado na primeira edição do dossiê, poucas ações se voltaram ao suporte de favelas e territórios populares. Para assistência à população vulnerável, que normalmente ocupa esses territórios, ocorreu a concessão de auxílios emergenciais e a distribuição de alimentos e *kits* de higiene. Essas ações, entretanto, se deram por período limitado. Por outro lado, foram constatadas violações de direitos humanos por parte do poder público, em especial aquelas relacionadas às remoções forçadas.

Em contrapartida, movimentos sociais e organizações da sociedade civil, assim como a Defensoria Pública e outras instituições, têm se mobilizado na tentativa de reivindicar direitos, pressionar o poder público e engajar a população politicamente. Além disso, embora tenha ocorrido uma redução em relação ao início da pandemia, ainda se observam ações alternativas para a assistência a famílias em situação de vulnerabilidade social, com *kits* de higiene, alimentos e informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, José Luciano (2021). Movimentos sociais ocupam e reabrem cozinha comunitária em Campina Grande. Esquerda Online, 21 abr. 2021. Disponível em: https://esquerdaonline.com.br/2021/04/21/comite-contra-a-fome-cozinha-comunitaria-jeremias-campina-grande-pb. Acesso em: 2 set. 2021.

ALPB aprova leis de combate à pobreza menstrual e auxílio aos órfãos da Covid. Assembleia Legislativa da Paraíba, 31 ago. 2021. Disponível em: http://www.al.pb.leg.br/41010/alpb-aprova-leis-de-combate-a-pobreza-menstrual-e-auxilio-aos-orfaos-da-covid.html. Acesso em: 10 set. 2021.

ALVES, Cida (2020a). Campanha Despejo Zero, por proteção à moradia durante a pandemia, é lançada na PB. Brasil de Fato, João Pessoa, 16 set. 2020. Disponível em: https://www.brasildefatopb.com.br/2020/09/16/campanha-despejo-zero-por-protecao-a-moradia-durante-a-pandemia-e-lancada-na-pb. Acesso em: 2 set. 2021.

ALVES, Cida (2020b). Comissão Estadual de Prevenção à Violência no Campo e na Cidade é empossada. Brasil de Fato, João Pessoa, 15 dez. 2020. Disponível em: https://www.brasildefatopb.com.br/2020/12/15/comissao-estadual-de-prevencao-a-violencia-no-campo-e-na-cidade-e-empossada. Acesso em: 4 out. 2021.

ALVES, Cida (2021). Rede Ser Tão Paraibano/a desenvolve ações de enfrentamento à pandemia na Paraíba. Brasil de Fato, João Pessoa, 25 fev. 2021. Disponível em: https://www.brasildefatopb.com.br/2021/02/25/rede-ser-tao-paraibano-a-desenvolve-acoes-de-enfrentamento-a-pandemia-na-paraiba. Acesso em: 2 set. 2021.

BRASIL (2020). Decreto nº 10.316, de 7 de abril de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020 (...). Brasília, DF.

CAMPINA Grande, Cabedelo e Conde oferecem "auxílio emergencial" (2021). Portal Correio, 5 abr. 2021. Disponível em: https://portalcorreio.com.br/campina-grande-cabedelo-e-conde-oferecem-auxilio-emergencial/. Acesso em: 25 set. 2021.

CAMPINA GRANDE (2020). Lei Complementar nº 149, de 07 de agosto de 2020. Altera a Lei Municipal nº 7.473, de 30 de dezembro de 2019 (LOA) (...). Semanário Oficial de Campina Grande, PB.

CASOS de coronavírus na Paraíba em 5 de abril (2021). G1, 5 abr. 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2021/04/05/casos-de-coronavirus-na-paraiba-em-5-de-abril.ghtml. Acesso em: 14 set. 2021.

COMUNIDADE Dubai, com mais de 300 famílias, sofre ação truculenta da PM na PB (2020). Brasil de Fato, João Pessoa, 14 set. 2020. Disponível em: https://www.brasildefatopb.com.br/2020/09/14/comunidade-dubai-com-mais-de-300-familias-sofre-acao-truculencia-da-pm-na-pb. Acesso em: 11 set. 2021.

DPE quer indenização de R$ 100 mil para famílias do Porto do Capim (2020). Portal Cor-

reio, 10 set. 2020. Disponível em: https://portalcorreio.com.br/dpe-quer-indenizacao-de-r-100-mil-para-familias-do-porto-do-capim/. Acesso em: 30 ago. 2021.

IBGE (2021a). Covid-19 - Recursos físicos e humanos da rede assistencial de saúde. Disponível em: https://dadosgeociencias.ibge.gov.br/portal/apps/opsdashboard/index.html#/0c1358e492724170a5781cc1f53672cb. Acesso em: 20 set. 2021.

IBGE (2021b). Estimativa da população. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads. Acesso em: 24 ago. 2021.

IBGE (2020). Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19. Notas Técnicas. Rio de Janeiro, IBGE.

JOÃO Azevedo divulga segunda lista dos 20 municípios que terão equipes de saúde premiadas pela melhor cobertura vacinal (2021). Paraíba Notícias, 6 set. 2021. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/noticias/joao-azevedo-divulga-segunda-lista-dos-20-municipios-que-terao-equipes-de-saude-premiadas-pela-melhor-cobertura-vacinal. Acesso em: 30 set. 2021.

JOÃO PESSOA (2021a). Decreto n° 9.695, de 11 de março de 2021. Dispõe sobre medidas sociais e econômicas temporárias e emergenciais (...). Semanário Oficial de João Pessoa, PB.

JOÃO PESSOA (2021b). Lei Ordinária nº 14.226, de 30 de julho de 2021. Institui o Programa João Pessoa Solidária (...). Semanário Oficial de João Pessoa, PB.

JOÃO PESSOA (2021c). Edital de chamada pública nº 001/2021. Funjope, João Pessoa.

JOÃO PESSOA (2021d). Painel Covid-19. Disponível em: https://experience.arcgis.com/experience/3be82460176d4046b0c827d4d65e81a4. Acesso em: 11 ago. 2021.

LAGOA SECA (2021). Lei n° 405/2021, de 26 de junho de 2021. Dispõe sobre a instituição do “auxílio municipal emergencial” (...). Boletim Oficial, ed.206, Lagoa Seca, PB.

MGEOCOV2-CG (2021). Número de contaminados por bairro. Disponível em: https://mgeocov2cg.herokuapp.com/casos. Acesso em: 14 set. 2021.

PAES, Jhordan. Confira a lista dos aprovados e classificados para o Auxílio Emergencial Municipal. Rio Tinto Notícias, 27 set. 2021. Disponível em: https://www.riotinto.pb.gov.br/informa.php?id=145. Acesso em: 30 set. 2021.

PARAÍBA (2020a). Lei n° 11.806, de 30 de outubro de 2020. Dispõe sobre o distanciamento social e a visitação dos moradores de instituições de permanência de idosos, casas de repouso e asilos, públicos e privados (...). João Pessoa.

PARAÍBA (2020b). Decreto nº 40.574, de 24 de setembro de 2020. Estabelece as diretrizes para o retorno às aulas presenciais – Plano Novo Normal para a Educação da Paraíba (PNNE/PB) (...). Diário Oficial do Estado da Paraíba, João Pessoa.

PARAÍBA (2020c). Lei n° 11.779, de 30 de setembro de 2020. Institui o protocolo emergencial de Proteção às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica “Sinal vermelho” (...). João Pessoa, PB.

PARAÍBA (2021a). Atualização Covid-19 - 10/08/2021. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/noticias/atualizacao-covid-19-10-08-2021. Acesso em: 20 ago. 2021.

PARAÍBA (2021b). Dados epidemiológicos Covid-19 Paraíba. Disponível em: https://superset.plataformatarget.com.br/superset/dashboard/55/. Acesso em: 20 ago. 2021.

PARAÍBA (2021c). Decreto nº 41.010, de 07 de fevereiro de 2021. Estabelece o Plano Educação Para Todos Em Tempos De Pandemia - PET-PB (...). Diário Oficial do Estado da Paraíba, João Pessoa, PB, n. 17.297.

PARAÍBA (2021d). Decreto nº 41.085, de 08 de março de 2021. Dispõe sobre a adoção de novas medidas sociais e econômicas temporárias e emergenciais para o combate aos efeitos do COVID-19 (...). Diário Oficial do Estado da Paraíba, João Pessoa, PB, n.17.318.

PARAÍBA (2021e). Portaria 048/SEDH, de 18 de março de 2021. Regulamenta os procedimentos de que trata o Decreto Estadual nº 41.085 de 08 de março de 2021 (...). Diário Oficial do Estado da Paraíba, João Pessoa.

PARAÍBA (2021f). Plano Estadual de Operacionalização da Vacina Contra a COVID-19. Secretaria de Estado da Saúde, Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. 3ed. Paraíba, Secretaria de Estado da Saúde.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA (2021). Detalhamento dos benefícios ao cidadão. Disponível em: http://www.portaltransparencia.gov.br/beneficios/onsulta?de=01%2F01%2F2021&ate=01%2F12%2F2021&ordenarPor=mesAno&direcao=desc. Acesso em: 30 ago. 2021.

PREFEITURA de Campina Grande inicia pagamento de ‘auxílio emergencial’ de R$ 400 (2021). G1, 3 abr. 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2021/04/30/prefeitura-de-campina-grande-inicia-pagamento-de-auxilio-emergencial-de-r-400.ghtml. Acesso em: 30 ago. 2021.

PREFEITURA paga auxílio emergencial a taxistas e alternativos (2020). Cruz do Espírito Santo Notícias, 20 abr. 2020. Disponível em: https://cruzdoespiritosanto.pb.gov.br/prefeitura-paga-auxilio-emergencial-a-taxistas-e-alternativos-de-cruz-do-espirito-santo/. Acesso em: 20 set. 2020.

RNDS – Rede Nacional de Dados em Saúde (2021). Base de dados Vacina – PB. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmMwMjAyYjgtYjA4MC00NDRiLWI2NjgtMDQ1MjUxYjQ2NDY1IiwidCI6IjEzYTNlMDVmLTM3YzktNDgwZi04MjliLWQzMTlkMmRkMWFjYiJ9. Acesso em: 12 ago. 2021.

SALATA, André Ricardo; RIBEIRO, Marcelo Gomes (2021). Boletim Desigualdade nas Metrópoles. Porto Alegre, n. 04.

TONELADAS de solidariedade: campanha combate a fome com agroecologia (2021). Greenpeace Brasil, 3 maio 2021. Disponível em: https://www.greenpeace.org/brasil/blog/toneladas-de-solidariedade-campanha-combate-a-fome-com-agroecologia/. Acesso em: 2 set. 2021.

09

REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE (RS)

Paulo Roberto Rodrigues Soares

Adriano Gustavo Zerbielli

Ana Clara Fernandes

André Augustin

Judite Sanson de Bem

Lucimar Siqueira

Heleniza Ávila Campos

Geisa Zanini Rorato

Mário Leal Lahorgue

Moisés Waismann

Nicole Leal de Almeida

Pedro Azeredo de Ugalde

Vanessa Marx

INTRODUÇÃO

O presente documento constitui-se no dossiê elaborado pelo Núcleo Porto Alegre do Observatório das Metrópoles, apresentando informações sobre a evolução do Covid-19 na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) no período de junho de 2020 a outubro de 2021. Os levantamentos foram realizados a partir de dados secundários oficiais e pesquisa documental e bibliográfica.

Este dossiê visa atualizar as informações apresentadas no dossiê do primeiro semestre de 2020, especialmente no que se refere às mudanças nas políticas de enfrentamento à pandemia e a distribuição e criação de novos auxílios, visto que, em 2020, as políticas de enfrentamento por parte do Estado do Rio Grande do Sul estavam concentradas na atualização de decretos e no sistema de monitoramento do distanciamento social a partir de bandeiras.

O documento é composto dos seguintes itens: no primeiro, descreve-se o processo de implementação e as principais mudanças, ao longo do período mencionado, das políticas estaduais de combate à pandemia no Rio Grande do Sul, com destaque para a atualização do sistema de controle e combate à pandemia e para o programa de Auxílio Emergencial Gaúcho; no segundo item apresentam-se dados sobre a difusão da pandemia no Estado, com ênfase, principalmente, na evolução dos casos e óbitos na Região Metropolitana de Porto Alegre.

AS POLÍTICAS ESTADUAIS DE COMBATE À PANDEMIA NO RS

As políticas estaduais de combate à pandemia no Rio Grande do Sul passaram por diversas alterações ao longo do primeiro e do segundo ano de pandemia. O primeiro semestre de 2020 foi marcado por decretos, tanto do governo estadual como do municipal, que criaram estruturas administrativas, restringiam a circulação de pessoas e aumentavam o distanciamento social; medidas as quais, posteriormente, foram flexibilizadas. Em maio de 2020 entrou em vigor o modelo de "distanciamento controlado" que dividiu o Estado em 20 regiões, classificadas por bandeiras de risco. As classificações se deram por meio de diversos indicadores como

total de casos por município, casos com relação à população, total de óbitos, óbitos com relação à população, número de pacientes internados por Covid-19 e leitos de UTI disponíveis. Cada região era identificada semanalmente com uma bandeira referente ao grau de risco em saúde nas cores amarela (risco baixo), laranja (médio), vermelha (alto) ou preta (altíssimo), que restringiam ou flexibilizavam as atividades econômicas através de protocolos e regras.

Após um ano de vigência, a classificação por bandeiras foi substituída pelo sistema de emissão de alertas, que difere do modelo anterior por instituir o "compartilhamento de responsabilidades" com as diferentes regiões do estado. Enquanto no modelo de controle por bandeiras as classificações, protocolos e decretos eram emitidos exclusivamente pelo Governo do Estado, no Sistema 3As de Monitoramento - como é chamado o modelo atual - o Comitê Técnico Regional fica responsável por responder ao alerta emitido pelo Comitê de Crise do estado.

Atualização no sistema de controle e combate à pandemia: Sistema 3As de Monitoramento

O **Sistema 3As de Monitoramento**[1] (Aviso, Alerta e Ação) foi implantado no Rio Grande do Sul em 10 de maio de 2021, em substituição ao sistema de bandeiras executado até então pelo Governo do Estado.

O sistema utiliza os dados epidemiológicos e de acompanhamento do sistema de saúde para subsidiar o processo de tomada de decisão dos gestores das regiões (centralizados nas "associações de municípios"). O novo sistema diferencia os protocolos obrigatórios de atividades para todo estado dos protocolos identificados como variáveis, ou seja, de acordo com as definições regionais, mantendo a regionalização utilizada no sistema anterior, de bandeiras, em que os municípios foram agrupados em 30 regiões de saúde. Esta regionalização considera os hospitais de referência e leitos de UTI, sendo 21 Regiões Covid e 7 Macrorregiões. As

1 Disponível em: https://sistema3as.rs.gov.br/inicial. Acesso em: 04 out. 2021.

Figura 1: RS: Regiões do Modelo de Regionalização do Distanciamento Controlado

Fonte: SES-RS (2020).

regiões têm maior autonomia na definição de seus próprios protocolos (entre os variáveis).

Os três indicadores utilizados no monitoramento através do Sistema 3As são: **Aviso**, **Alerta** e **Ação**. Nesse sistema os municípios são responsáveis por definir os protocolos que atendam às demandas determinadas pelo monitoramento, com supervisão do Governo do Estado e respeitando os protocolos Gerais e Obrigatórios e os Obrigatórios por Atividade.

O indicador de **Aviso** é emitido quando é identificado, por parte do GT Saúde, uma tendência de reduzido ritmo de vacinação ou registro instável de dados. Quando o comitê técnico regional recebe um aviso a região deverá redobrar sua atenção em relação à pandemia, porém é opcional adotar novas medidas. O último aviso emitido para a Região de Porto Alegre (R10), no dia 10 de agosto de 2021, informava um aumento de 16,8% nas internações em leitos

clínicos, entre suspeitos e confirmados[2].

Quando uma tendência é considerada grave por parte do GT Saúde é emitido um sinal de **Alerta** ao Gabinete de Crise e a região. Cabe ao Gabinete de Crise decidir emitir ou não o alerta, caso decida não emitir a região segue em monitoramento até a próxima região do GT Saúde; caso o alerta seja emitido é necessário que seja executado um **Plano de Ação**. A partir da emissão de alerta a região tem 48 horas para responder e apresentar um plano de ação a ser executado, tal plano passa pela avaliação do Gabinete de Crise, que por sua vez avalia se a resposta dada pela região se adequa ao quadro epidêmico regional. Se o Gabinete considerar que a resposta dada pela região não se aplica, o Governo Estadual poderá intervir e estipular ações adicionais para a região em alerta.

Das 30 Regiões de saúde, as regiões R04, R05 - Capão da Canoa, R06 - Taquara e R07 - Novo Hamburgo receberam avisos em 14 de julho; a região R29, R30 - Lajeado receberam avisos em 04 de agosto de 2021; já as R08 Canoas, R09 Guaíba e R10 Porto Alegre, receberam avisos em 11 de agosto de 2021. A região R21 (Pelotas e sul do estado) recebeu o aviso em 22 de setembro[3]. Essas regiões não receberam avisos de alerta em nenhum momento desde que o sistema foi implantado, ao contrário das demais regiões que tiveram seus avisos de alerta retirados nos últimos meses.

O Auxílio Emergencial e o Auxílio Emergencial Gaúcho

O Auxílio Emergencial Federal foi criado em 2020 com o intuito de compor a renda da população pobre e empobrecida pela crise sanitária do Covid-19, contudo, o valor disponibilizado não é capaz de suprir as carências já estabelecidas antes da pandemia e se potencializaram com a chegada dela. O Auxílio Emergencial em 2020 beneficiou aproximadamente 68 milhões de

2 Formulário para emissão de Avisos e Orientações de Alertas do GT Saúde. Disponível em: https://sistema3as.rs.gov.br/upload/arquivos/202108/11190039-comunicado-portoalegre-10agosto.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.

3 https://estado.rs.gov.br/governo-do-estado-emite-aviso-para-a-regiao-de-pelotas. Acesso em: 03 out. 2021.

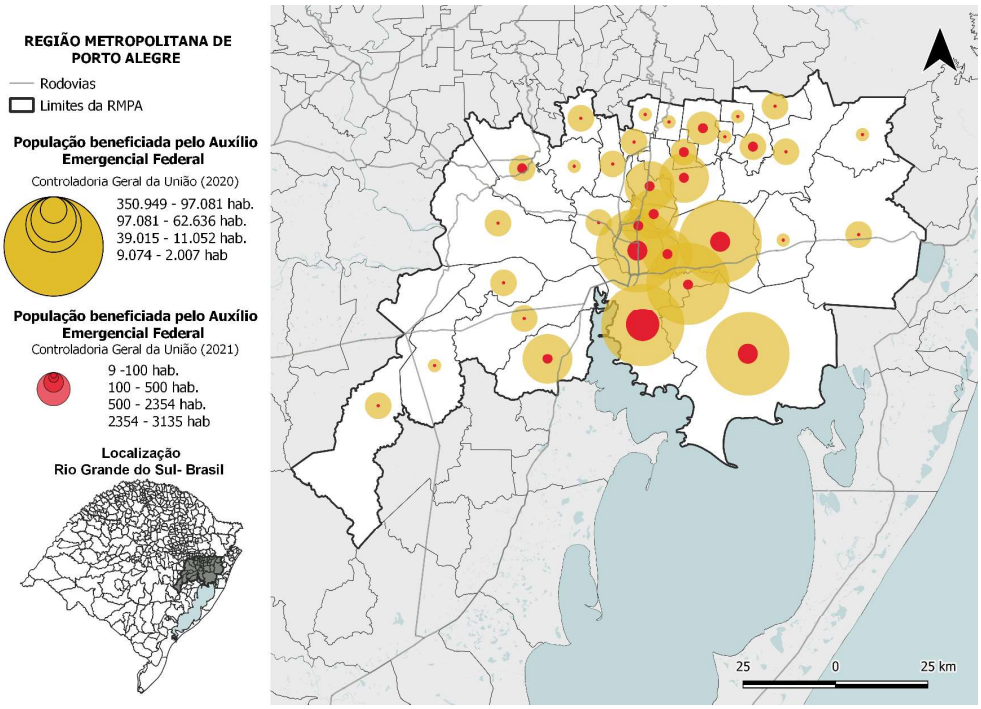


Figura 2: Número de beneficiados pelo Auxílio Federal 2020 -2021

Fonte: Elaborado por Nicole Leal de Almeida (2021) a partir de dados do Portal Transparência (2021). Fonte: Elaborado por Nicole Leal de Almeida (2021) a partir de dados do Portal Transparência (2021).

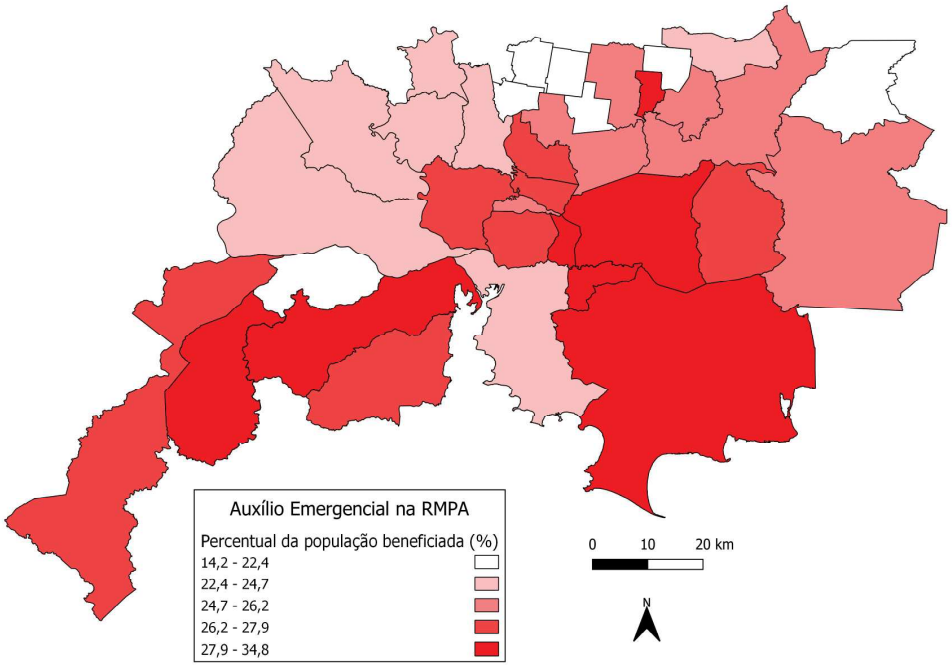


Figura 3: Distribuição do Auxílio Emergencial por município da RMPA (2020) Figura 3: Distribuição do Auxílio Emergencial por município da RMPA (2020)

Fonte: Elaborado por Pedro Ugalde (2021) a partir de dados do Portal Transparência (2021).

brasileiros através do pagamento de nove parcelas, sendo as cinco primeiras parcelas de 600 reais e as quatro últimas, de 300 reais. Mulheres chefes de família têm direito a duas cotas, ou seja, as duas primeiras parcelas foram de 1.200 reais, enquanto as quatro últimas foram de 600 reais. O Auxílio Emergencial sofreu uma considerável baixa em 2021. Além da redução no contingente de beneficiados, que foram restringidos a um beneficiado por família e limitado às beneficiadas que haviam recebido o auxílio em 2020, houve redução no valor disponibilizado (CARRANÇA, 2021). O valor disponibilizado em 2021 apresentou uma variação entre 150 reais, para pessoas que moram sozinhas, 250 reais para domicílios com mais de uma pessoa e 375 reais para mães solo. Na **Figura 2** podemos observar a redução no número de beneficiados pelo auxílio na RMPA.

Já pela **Figura 3** observamos a distribuição do Auxílio Emergencial por município da RMPA, onde se observa o percentual da população de cada município que foi beneficiada. Nota-se pelo mapa que os municípios mais próximos à Porto Alegre, os quais de acordo com a regionalização do Observatório das Metrópoles Núcleo Porto Alegre fazer parte da RMPA-POA, e que possuem uma economia mais terciária (tanto no PIB, como na força-de-trabalho), foram os que mais receberam o Auxílio Emergencial federal em 2020, enquanto que os municípios com predominância industrial, especialmente no Vale do Sinos, apresentam percentual menor de população recebendo o auxílio.

O **Auxílio Emergencial Gaúcho** foi criado a partir do Projeto de Lei 65/2021, de iniciativa do Governo do Estado, visando a proteção social e apoio a atividades econômicas prejudicadas pelo contexto pandêmico. O projeto foi aprovado, por unanimidade na Assembleia Legislativa, em 06 de abril de 2021 e instituído pela Lei 15.604, segundo informações disponibilizadas pela Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Os grupos beneficiados pelo auxílio estadual são: mulheres chefes de família; Empresas Simples Nacional; Microempreendedores Individuais; Trabalhadores desempregados. Para o grupo de mulheres chefes de famílias o valor do benefício é de R$ 800,00 pagos em parcela única, no dia 17 de maio de 2021. O benefício se restringe a núcleos familiares com cinco ou mais membros com renda per capita

de até R$ 89,00, sejam responsáveis pelo sustento de três ou mais filhos e que não tenham sido contempladas com o auxílio emergencial federal e que não sejam beneficiárias do Bolsa Família.

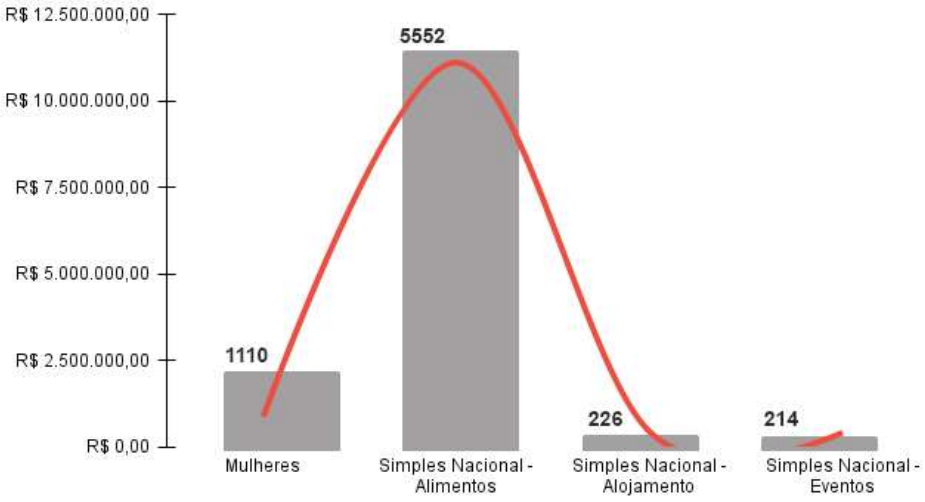
Para Empresa Simples Nacional o valor do benefício é de R$ 2.000,00 pagos em parcela única por meio de crédito em conta corrente da própria empresa a partir de 09 de julho de 2021. Para que sejam contempladas as empresas devem estar inscritas na Receita Estadual do Rio Grande do Sul até 31 de março de 2021, constem como ativas e registradas como optantes do Simples Nacional. Além disso, as empresas precisam estar registradas em algum dos seguintes CNAE como atividade principal: discotecas, danceterias, salões de dança e similares; design; aluguel de móveis, utensílios e aparelhos de uso doméstico e pessoal, instrumentos musicais; aluguel de palcos, coberturas e outras estruturas de uso temporário, exceto andaimes; casas de festas e eventos; serviços de organização de feiras, congressos, exposições e festas; artes cênicas, espetáculos e atividades complementares; gestão de espaços para artes cênicas, espetáculos e outras atividades artísticas e produção e promoção de eventos esportivos.

O grupo de Microempreendedores Individuais (MEI) e Trabalhadores Desempregados ainda não foi chamado para o cadastramento e até o momento não foram divulgadas datas para que isso ocorra. Após a aprovação do cadastro ambos os grupos serão beneficiados, assim como as Mulheres Chefes de Família, com R $800,00. Os Microempreendedores Individuais (MEI) deverão ter sede no Rio Grande do Sul cadastrada até 31 de março de 2021 e constar como registrados no cadastro Simei com atividade principal de alojamento ou alimentação, exceto para MEIs dedicados ao fornecimento de alimentos preparados e de consumo domiciliar. Para esse grupo as restrições são: a já citada sede no RS, sem vínculo ativo de emprego (Novo Caged); que não tenham recebido seguro-desemprego, nem benefícios do INSS em março de 2021, e que constem como ativos e registrados no cadastro Simei com atividade principal conforme as restringidas para as Empresas Simples Nacional.

Já o grupo de Trabalhadores Desempregados, homens ou mulheres, devem atender aos

Gráfico 1: Auxilio Emergencial Gaúcho - Relação entre beneficiários e valor investido em cada categoria

Fonte: Elaborado por Nicole Leal de Almeida (2021). Dados da Secretaria de Planejamento, Governo e Gestão (2021).



seguintes requisitos: ter perdido o vínculo formal de emprego, com a atividade principal dos setores citados anteriormente; e que até a publicação da lei (12 de abril de 2021) não tenham adquirido vínculo de emprego ativo e que não estejam cadastrados como microempreendedor individual (MEI) ou como empresa enquadrada no Simples Nacional.

A DIFUSÃO DA PANDEMIA NO RIO GRANDE DO SUL

Os dados apresentados pelo Observatório do Desenvolvimento Regional (ObservaDR) demonstram que há uma tendência de expansão territorial do Covid-19 no Rio Grande do Sul a partir de Porto Alegre e de sua Região Metropolitana (com maior densidade populacional e possibilidades de aglomerações de pessoas) avançando para outras regiões. Porto Alegre apresenta o maior número de casos confirmados no estado – 169.1316 em 01 de setembro de 2021 – seguidos das cidades médias em todas as regiões do estado. Segundo análise do ObservaDR/Covid-19 (2020): "Essa dispersão espacial da doença acompanha a estrutura da

rede urbana gaúcha e tem ocorrido através dos principais eixos rodoviários do estado e das cidades médias que essas estradas conectam". Observa-se também que, enquanto os municípios a oeste da RMPA apresentam maior dispersão da doença, nas regiões Norte, Nordeste e Leste do Estado, conforme podemos verificar na **Figura 4**, existe a maior concentração de casos confirmados.

Ao observar os deslocamentos da população do RS em busca de serviços de saúde, verifica-se igualmente a convergência para Porto Alegre e para a RMPA, em que se localizam o maior número de hospitais com UTI e maior oferta dos serviços de saúde de alta complexidade.

Segundo as informações do ObservaDR/Covid-19 (2020 e 2021) a respeito dos deslocamentos relacionados à complexidade dos serviços de saúde, existe uma grande desigualdade na distribuição dos fluxos de saúde no Estado, o que se confirmou através da atualização dos dados em 2021, conforme pode ser verificado na **Figura 5**.

A partir dela, verifica-se a alta intensidade dos fluxos de pessoas em busca de serviços de saúde em direção às cidades de Passo Fundo, Ijuí, Erechim, Santa Maria e Pelotas, além da já citada RMPA. Tal distribuição ocorre em razão da densidade e maior número de municípios da rede urbana, o que resulta na maior concentração dos fluxos na metade norte do RS, que apresenta a forte relação entre os polos de saúde e o número de casos confirmados nas principais cidades médias do estado.

As regiões metropolitanas são espaços que se destacam como centros de influência e que atraem fluxos (principalmente de pessoas) de várias cidades em seu entorno (VERCEZI; LIZ, 2020). Essa capacidade de concentrar, atrair e difundir fluxos (de mercadorias, pessoas, capital e informação) revelou-se determinante na disseminação da pandemia na realidade gaúcha. No início da pandemia os casos estavam concentrados nas principais cidades do país e seus núcleos metropolitanos, entre eles Porto Alegre e seu entorno (COSTA et. al. 2020), ou seja, com maior concentração de casos em cidades que ocupam um maior nível hierárquico na rede urbana brasileira.

Figura 4: Número de casos confirmados de Covid-19 (01/09/2021)

Fonte: Elaborado por Carolina Resende Faccin (2021) a partir de dados da SES-RS (2021).

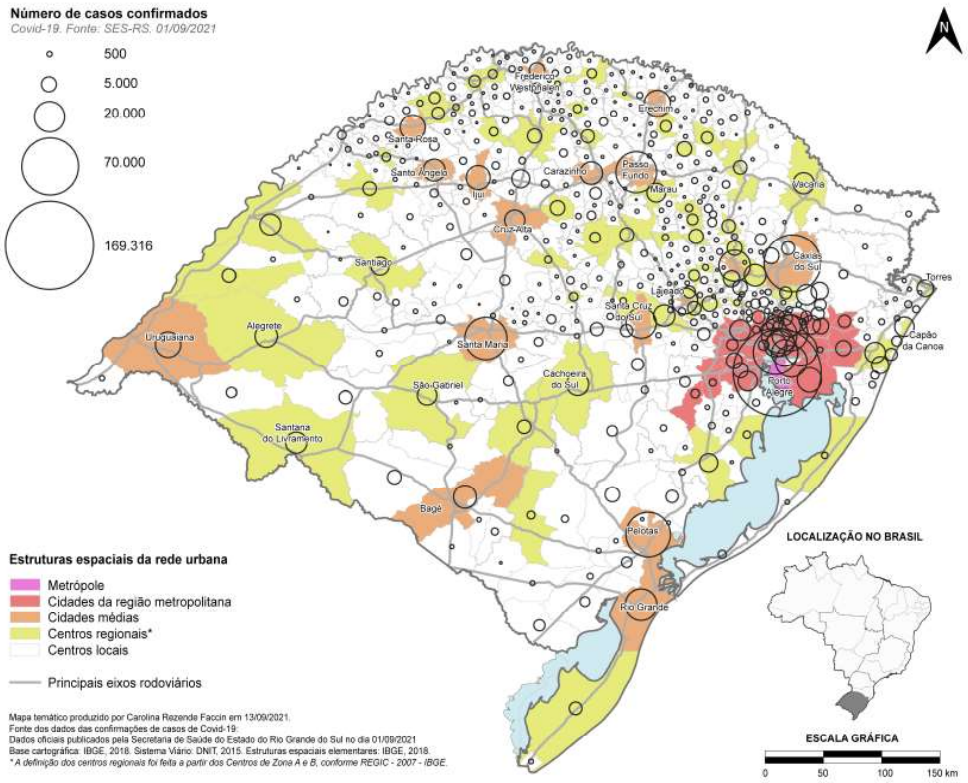
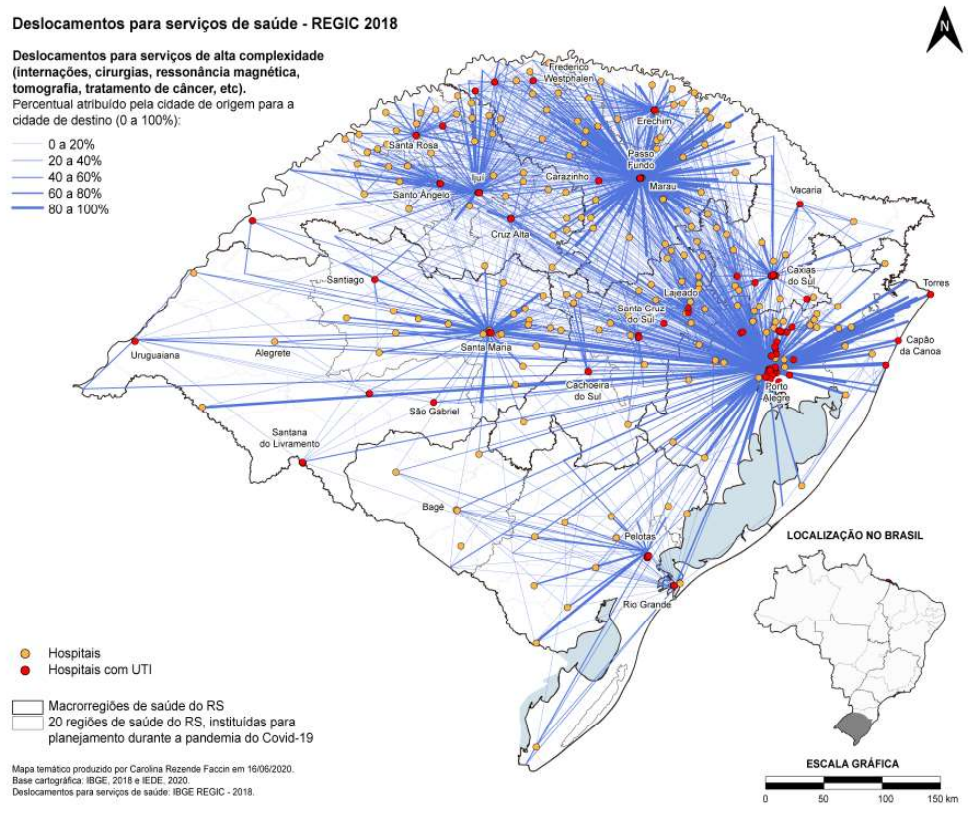


Figura 5: Deslocamento para serviços de saúde de alta complexidade

Fonte: Elaborado por Carolina Resende Faccin (2021) a partir da SES-RS(2021).



Conforme mencionado no dossiê anterior, o primeiro caso de Covid-19 do estado foi registrado em um município da RMPA, Campo Bom, em março de 2020. Desde então, a RMPA tem concentrado um percentual significativo de casos da doença registrados no estado, variando de um percentual de 67% ao fim de março de 2020 para 28,18% em junho de 2020. Em setembro e novembro de 2020 esse percentual voltou a subir, chegando a quase 50% dos casos registrados no estado. Já em março de 2021, um ano após o registro do primeiro caso, a RMPA concentrava 37,66% do total de casos. Os dados apresentados mostram, portanto, a relevância em observar espaços metropolitanos, como a RMPA, tanto por se configurarem em centros concentradores de casos e óbitos relacionados à pandemia, como também demonstram a sua dispersão para o interior do estado.

A **Figura 6** apresenta a evolução de casos confirmados e número de óbitos por Covid-19 nos municípios da RMPA por trimestre (dias 1º de junho e 1º de outubro de 2020 e 1º de janeiro, 1º de abril, 1º de julho e 1º de setembro de 2021). Durante os últimos nove meses de 2021 houve maior difusão do coronavírus entre os municípios da RMPA que mantém uma relação pendular com Porto Alegre.

Pela **Figura 6**, é possível verificar como Porto Alegre se destaca como o município com maior número de casos da RMPA. A partir do primeiro trimestre de 2020 todos os municípios da RMPA contavam com, pelo menos, um caso registrado da doença; a partir do segundo trimestre de 2020 aumentaram os casos registrados em municípios com maior contingente de população urbana da RMPA, localizados ao longo dos eixos norte-sul (Canoas, São Leopoldo e Novo Hamburgo), que concentra também os hospitais com vagas de UTI) e leste-oeste (Gravataí, Cachoeirinha e Alvorada).

Se considerarmos os casos registrados por 100 mil habitantes, observa-se a concentração nos municípios situados no norte da RMPA, integrantes do Vale do Sinos (RMPA-Vale na regionalização do Observatório das Metrópoles Núcleo Porto Alegre), sub-região metropolitana vinculada à produção coureiro-calçadista, em que as atividades produtivas ocorrem de forma

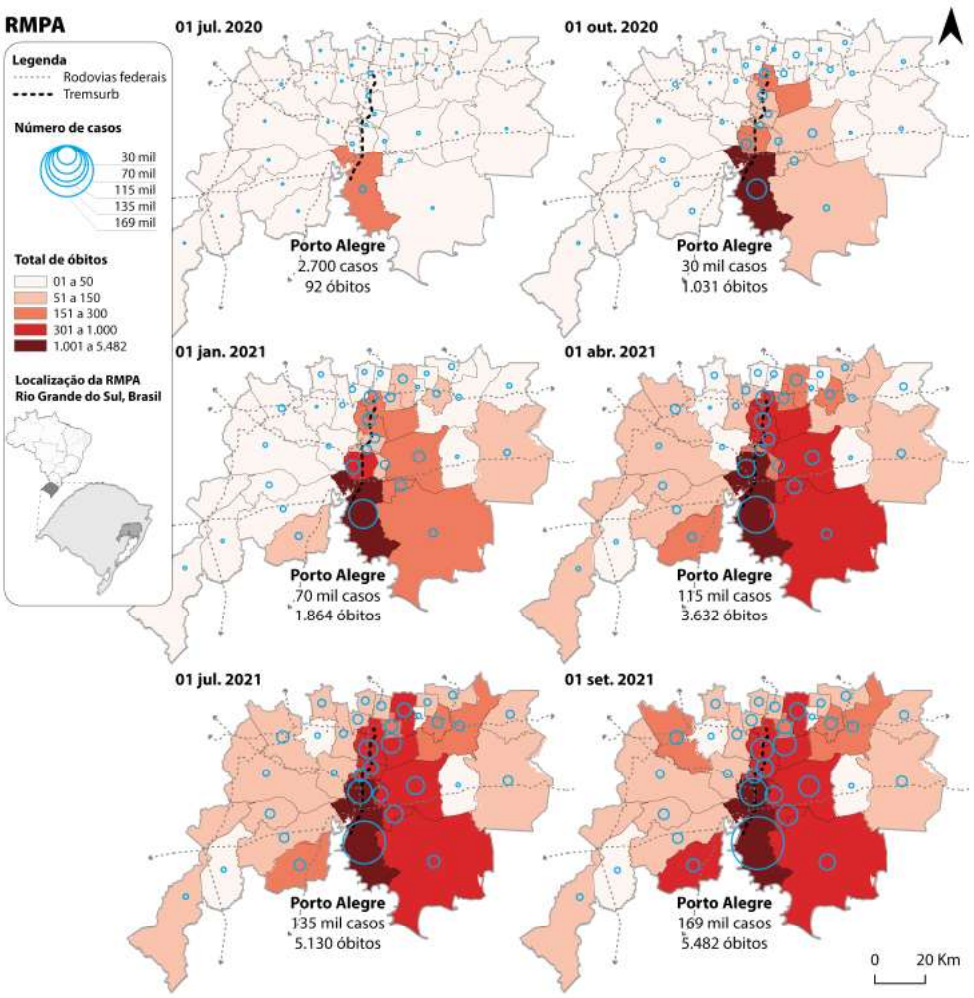


Figura 6: Evolução do número de casos confirmados e de óbitos por município da RMPA (01/07/2020, 01/10/2020, 01/01/2021, 01/04/2021, 01/06/2021 e 01/09/2021)

Fonte: Elaborado por Carolina Resende Faccin a partir de RIO GRANDE DO SUL (2021).

difusa nas 14 cidades da sub-região[4].

É importante relacionar os dados sobre o registro de desligamentos profissionais por morte na RMPA entre 2020 e 2021, que apresentaram crescimento de 358% (passando de 114 para 523 desligamentos por morte). Destacam-se profissões tradicionalmente mais expostas, como motorista de caminhão, porteiro de edifícios, assistente administrativo e vendedor do comércio varejista. Porém, em 2021 outras profissões apareceram em destaque no número de casos e

4 O setor produtivo coureiro-calçadista na região do Vale do Sinos atua de forma descentralizada a partir de micro, pequenas e médias empresas que passaram a ser designadas como *atelier de calçados*. Estas unidades produtivas operam por intermédio de relações de subcontratação ou prestação de serviços, muitas vezes sem vínculo formal ou contrato pré-estabelecido junto às empresas de maior porte (SCHNEIDER, 2004). Cada cidade, portanto, possui uma dinâmica industrial própria.

mortes, tais como faxineiros e trabalhadores da confecção de calçados, esta última ocupando a quarta posição, considerando que, em 2020, não figurava entre as dez profissões com maior número de desligamentos (OBSERVASINOS, 2021).

Cabe ainda ressaltar que a mudança política no governo municipal em Porto Alegre, com as eleições de 2020, alterou as políticas frente a pandemia da Covid-19. O anterior governo foi marcado pela campanha pelo distanciamento social, com a meta de 55% de distanciamento através da tecnologia de geolocalização através dos 540 mil usuários de telefones celulares da Capital, onde eram captadas as informações do deslocamento. No caso porto-alegrense, tanto o distanciamento social, como o deslocamento, teve uma configuração bastante desigual, conforme apresentaram Augustin e Soares (2021). Com a mudança de governo em 2021 e com a perspectiva da vinda de vacinas para o Brasil, o governo municipal criou uma campanha de vacinação em coordenação com o governo do estado. Ainda que o RS figure como um dos estados melhor situados em termos de vacinação, também aqui persistem as desigualdades. Segundo o "vacinômetro", criado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 95,9% da população está vacinada com a primeira dose e 69,5% com a segunda dose em 04 de outubro de 2021. Entretanto, olhando esta vacinação por bairros encontramos grandes disparidades. Dados divulgados pela Prefeitura Municipal no dia 15/09/2021 demonstram que dos mais de 57 mil portalegrenses aptos a serem vacinados e que não haviam tomado nenhuma dose, 47% deles se concentravam em dez bairros da periferia da cidade, entre eles Restinga (9% do total de não vacinados) e Lomba do Pinheiro (6,2%), seguidos por Santana (5,2%), Sarandi (5%), Santa Tereza (4,6%), Santa Rosa de Lima (4,1%), Mário Quintana (3,4%), Bom Jesus (3,3%), Partenon (2,8%) e Morro Santana (2,8%). Destes, os únicos que podem ser considerados "não periféricos" seriam Santana e Santa Teresa, porém os mesmos concentram algumas comunidades importantes da cidade, o que pode explicar a baixa taxa de vacinação. A partir do cruzamento de dados do SUS com o Cadastro Único, a Prefeitura identificou que 66% da população adulta vacinável não imunizada recebe algum tipo de benefício social, o que indica

que a população em situação vulnerável é majoritária entre os não vacinados[5].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente dossiê descreveu, de forma breve, as principais alterações que ocorreram no Rio Grande do Sul e, principalmente, na RMPA, entre 2020 e 2021, quanto às políticas de gestão do avanço da doença, ao atendimento à população em serviços de alta complexidade e à distribuição de benefícios à população de baixa renda.

Os dados obtidos demonstram importantes mudanças na política de gestão da crise sanitária e de saúde pública decorrente da evolução do quadro da pandemia durante o primeiro semestre de 2020. O anterior sistema de bandeiras foi substituído pelo sistema 3As (Aviso, Alerta e Ação) que, embora mantenha a mesma regionalização, abre a possibilidade de ações regionais e municipais mais autônomas, a partir de avaliação do GT Saúde do Governo do Estado.

As formas de organização espacial da rede urbana do RS e suas regionalizações acabam por repercutir em distintos movimentos de pessoas em busca de serviços de alta complexidade: por um lado, há uma alta concentração de deslocamento de pessoas em direção às cidades médias localizadas na metade norte do estado;

O Auxílio Emergencial Gaúcho foi destinado a diferentes tipos de beneficiários: mulheres chefes de família; empresas Simples Nacional; microempreendedores individuais; e trabalhadores desempregados. Embora sua implantação tenha representado mais uma "resposta local" aos efeitos da Covid-19, do que uma política realmente de longo alcance (social e territorial) poderia se caracterizar.

Apresentamos até aqui uma versão preliminar e resumida de um texto mais amplo que estamos

5 Conforme reportagens dos jornais Zero Hora de 15/09/2021 (https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2021/09/quais-sao-os-10-bairros-de-porto-alegre-com-mais-pessoas-vacinaveis-nao-imunizadas) e Brasil de Fato RS, de 23/09/2021 (https://www.brasildefators.com.br/2021/09/23/por-que-restinga-e-lomba-do-pinheiro-sao-os-bairros-de-porto-alegre-com-menos-vacinados). Acesso em: 04 out. 2021.

elaborando. Nossas análises mais pormenorizadas versarão sobre os efeitos socioeconômicos e socioterritoriais da pandemia de Covid-19 no RS em diversos aspectos, entre eles, as políticas municipais de mitigação e os auxílios municipais, o mercado de trabalho, a geração de renda nas comunidades, os impactos no setor cultural, as questões educacionais, de transporte coletivo, sempre trabalhando na perspectiva dos efeitos desiguais da pandemia no que tange aos grupos e classes sociais, gênero, etnia e nos territórios.

REFERÊNCIAS

AUGUSTIN, A. C.; SOARES, P. R. R. (2021) Desigualdades intraurbanas e a Covid-19: uma análise do isolamento social no município de Porto Alegre. Cadernos Metrópole, v. 23, p. 971-992.

Auxílio Emergencial Gaúcho. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Disponível em: https://auxilioemergencialgaucho.rs.gov.br/inicial. Acesso em: 14 set. 2021.

Portal Transparência. Controladoria Geral da União. Disponível em: https://www.portaltransparencia.gov.br/. Acesso em: 04 out. 2021.

CARRANÇA, T. (2021). Auxílio emergencial: Com benefício reduzido em 2021, Brasil terá 61 milhões na pobreza. BBC News Brasil. São Paulo, 22 de abril de 2021. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56843399. Acesso em: 01 out. 2021.

COSTA, M. A. et al. (2020). Apontamentos sobre a dimensão territorial da pandemia da Covid-19 e os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade socioespacial nas unidades de desenvolvimento humano de áreas metropolitanas brasileiras. Brasília: IPEA. (Nota Técnica, 15).

Divulgada lista dos beneficiários da segunda fase do Auxílio Emergencial Gaúcho. Disponível em: https://auxilioemergencialgaucho.rs.gov.br/divulgada-lista-dos-beneficiarios-da-segunda-fase-do-auxilio-emergencial-gaucho. Acesso em: 14 set. 2021.

LEI Nº 15.604. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 12 de abril de 2021. Disponível em: https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=530339. Acesso em: 14 set. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sms/coronavirus/vacinometro-painel. Acesso em: 04 out. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS). Sistema 3As de Monitoramento. Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: https://sistema3as.rs.gov.br/inicial. Acesso em: 01 out. 2021.RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS). Painel Coronavírus RS. Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/. Acesso em:

01 abr. 2021.

SCHNEIDER, S. O mercado de trabalho da indústria coureiro-calçadista do Rio Grande do Sul: formação histórica e desenvolvimento. In: Achyles B. da Costa; Maria Cristina Passos. (Org.). Indústria de calçados no Rio Grande do Sul. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2004, p. 25-49.

Sistema 3As de Monitoramento. Como funciona. Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://sistema3as.rs.gov.br/como-funciona. Acesso em: 10 set. 2021.

OBSERVADR. Observatório do Desenvolvimento Regional. Dados e Mapas do Rio Grande do Sul e da Região dos Vales. Santa Cruz do Sul. Universidade de Santa Cruz do Sul. Disponível em: http://observadr.org.br/portal/dados-e-mapas-do-rio-grande-do-sul-e-da-regiao-dos-vales/. Acesso em: 01 out. 2021.

OBSERVASINOS (2021). Observatório da Realidade e das Políticas Públicas do Vale dos Sinos. Desligamento de trabalhadores por morte na pandemia aumentou 358% na Região Metropolitana de Porto Alegre. Unisinos, mai. 2021. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/observasinos/metropole/trabalho/desligamento-de-trabalhadores-por-morte-na-pandemia-aumentou-358-na-regiao-metropolitana-de-porto-alegre. Acesso em: 13 jul. 2021.

SOARES, P. R. R.; AUGUSTIN, A. C.; CAMPOS, H. A.; SANSON de BEM, J.; WAISMANN, M.; MARX, V.; SIQUEIRA, L. F.; LAHORGUE, M. L.; UGALDE, P. A. (2020) A pandemia de Covid-19 no Rio Grande do Sul e na metrópole de Porto Alegre. In: Luiz César de Queiroz Ribeiro. (Org.). As Metrópoles e a Covid-19: dossiê nacional. Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles, p. 338-370.

VERCEZI, J. T.; LIZ, T. (2021) A disseminação da Covid-19, rede urbana e metropolização. In: TÖWS, R. L.; MALYSZ, S. T.; ENDLICH, A. M. Pandemia, espaço e tempo: reflexões geográficas. Maringá, Paraná: PGE - Programa de Pós-Graduação em Geografia. cap. 3, p. 63-85. ISBN 978-65-88495-01-8. E-book (206 p.).

10

REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE (PE)

AUTORIA

Fabiano Rocha Diniz

Alice Caroline Rocha Acosta Lancellotti

Maria Ângela de Almeida Souza

Danielle de Melo Rocha

Anselmo César Vasconcelos Bezerra

APRESENTAÇÃO

Este trabalho tem por objetivo apresentar análises resultantes do processo de monitoramento das políticas públicas para o enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus (a Covid-19) no estado de Pernambuco, a partir do trabalho de levantamento realizado pelo Núcleo Recife do INCT Observatório das Metrópoles. O foco da abordagem são as políticas públicas e respectivas ações levadas a efeito nos territórios populares, favelas e periferias, ocupados por grupos sociais em situação de vulnerabilidade, identificando ações e omissões do poder público no enfrentamento da pandemia através de um panorama dos seus impactos sobre o território estadual e metropolitano. Este diagnóstico foi desenvolvido apoiado em três eixos: i) a disseminação da pandemia no estado e na Região Metropolitana do Recife, analisada através dos dados de contaminação e óbitos notificados e do contexto das desigualdades socioespaciais; ii) as medidas e ações do poder público estadual e municipal, com destaque para a capital Recife; iii) as ações locais emergenciais e alternativas de enfrentamento da pandemia empreendidas pelo poder público ou por articulações locais, priorizando as iniciativas propostas nos territórios populares e voltadas para grupos vulnerabilizados.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO NOS TERRITÓRIOS E DAS POLÍTICAS DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA E DENÚNCIAS DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS

Panorama da pandemia no Recife, na RMR e em Pernambuco

A cidade do Recife, com 1,5 milhão de habitantes, é o polo de uma região metropolitana (a RMR) que abriga 4 milhões de pessoas distribuídas por 15 municípios, abrangendo uma superfície de 2.774 km² (PNUD *et al.*, 2014). A sede da RMR concentra 42% da população metropolitana, sendo uma das dez cidades mais populosas do Brasil. A RMR, com percentual de população urbana de 97%, é uma das cinco maiores do país. Incapaz de assumir plenamente as

funções de uma metrópole, ela é "incompleta", por não oferecer uma gama de bens e serviços superiores, equivalentes aos das aglomerações do país de tamanho superior ou comparável. Ela é também uma metrópole da "desigualdade", com um alto grau de fragmentação urbana (CARRIÈRE e HOCHART, 2016), resultante de uma maior distância social entre as pessoas com rendimentos muito elevados, concentrados em parte nos condomínios fechados, e as mais pobres que ocupam as favelas.

A sua organização socioespacial é produto de condicionantes físicos e sociais caracterizados por um elevado nível de pobreza. Três quartos da população economicamente ativa recebem menos de um salário mínimo (R$ 1.100,00, cerca de U$ 192,00), e quase 40% das famílias vivem abaixo da linha da pobreza, com uma renda per capita inferior a R$ 247,45 (aproximadamente U$ 44,00) (IBGE, 2010; valores de câmbio de out. 2021). As áreas pobres, hoje identificadas como Comunidades de Interesse Social (CIS), são 480 e abrigam mais de 50 mil famílias numa superfície de 4.460 ha (RECIFE, 2014). O estado do acesso à moradia no Recife revela uma cidade informal e precária. Em 2014, mais de 33% do seu território eram ocupados por assentamentos pobres e 53% da população habitavam essas áreas (RECIFE, op.cit.). O Censo do IBGE de 2010 apontava que esse contingente populacional ultrapassava 825 mil pessoas; o Atlas do Desenvolvimento Humano da RMR (PNUD *et al.*, op. cit., 2014) indicava que a população mais pobre e vulnerável (com renda de até três salários mínimos por família) se concentra nas áreas mais precárias e expostas a riscos.

O modo como se articulam os condicionantes de vulnerabilidade na cidade do Recife favorece a consolidação de territórios de risco, francamente expostos a acidentes e desastres. A cidade, por um lado "anfíbia" (OLIVEIRA, 1942), sujeita a alagamentos por se situar num ambiente estuarino caracterizado por grandes variações dos regimes das chuvas, dos rios e das marés, e, por outro, "epífita" (DINIZ, 2020), com mais de 40% de seu território constituído por morros, ocupados por cerca de 450 mil pessoas (35% da população total em 2010), determina como os conflitos entre as águas e o processo de urbanização do Recife estão na raiz da maior parte dos problemas associados à vulnerabilidade dos territórios populares.

O quadro traçado, mesmo sintético, serve de pano de fundo para compreender o contexto no qual se insere a pandemia do novo coronavírus. Em Pernambuco, na RMR e no Recife não se pode abordar as questões associadas ao evento pandêmico como um "novo normal", ao menos no que tange às condicionantes que favorecem a propagação da doença no território. Trata-se de enfrentar um antigo dilema: o fosso das desigualdades preexistentes entre os grupos sociais mais ricos e mais pobres ali instalados. A pandemia apenas agravou e deu maior visibilidade às nuances dessas vulnerabilidades às quais o estado e a metrópole estão expostos.

A confirmação dos primeiros casos de contágio por Covid-19 no estado de Pernambuco foi em sua capital Recife, no dia 12 de março de 2020, seis dias após o registro do primeiro caso de contaminação no Brasil. Os dois pacientes identificados, um homem de 71 anos e uma mulher de 66 anos, ambos com histórico recente de viagem à Itália, então epicentro global da pandemia, residiam em um dos bairros com maior concentração de renda familiar do município, Boa Viagem. A partir desse quadro, detectou-se a disseminação em bairros contíguos a Boa Viagem, na Zona Sul, e em bairros nobres na Zona Norte da cidade (como Graças, Madalena e Casa Forte), seguidos de uma dispersão em todo o território municipal. Após o primeiro pico de contágio da doença, ocorrido em maio de 2020, o município apresentou um movimento de concentração de casos graves nas áreas periféricas ao norte, oeste e sul (Figura 1), onde há maior quantidade de grupos sociais em situação de vulnerabilidade, numa tendência que se fortaleceu ao longo do tempo.

Apenas quatro dias após o primeiro caso registrado no estado, confirmou-se o primeiro caso no Agreste de Pernambuco, na cidade de Belo Jardim, em paciente com registro de viagem internacional. A incidência de casos se expandiu num movimento radial desde a sede da RMR, em direção aos demais municípios metropolitanos, e desde polos regionais, como Caruaru e Petrolina, até cidades contíguas a eles. O processo de interiorização, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, começou a partir das rotas realizadas pelas principais rodovias do estado, em especial a BR-232, a principal rodovia a ligar o litoral ao Sertão pernambucanos, e a BR-101, que faz o percurso pelo litoral em direção à Paraíba, ao norte, e ao estado de

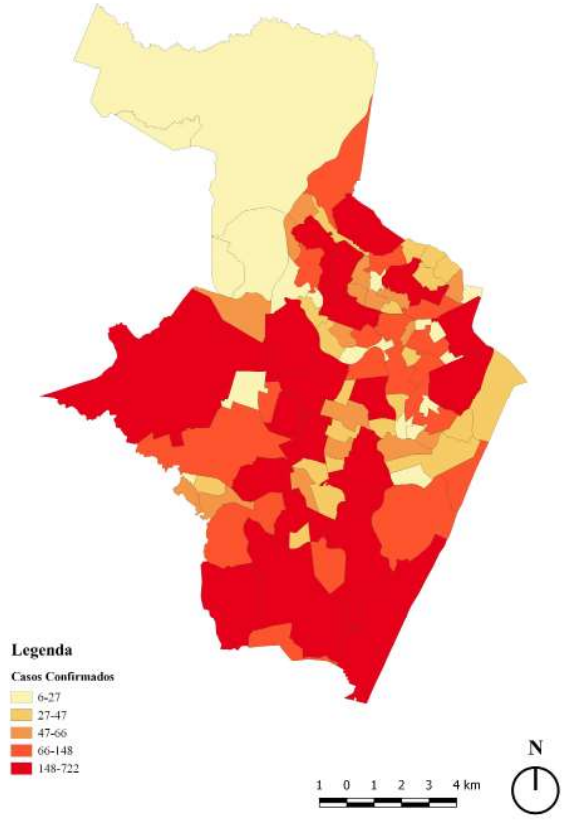


Figura 1: Distribuição de casos graves confirmados de Covid-19 no Recife. Registro em 25/07/2020.

Fonte: https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html#mapas.

Alagoas, ao sul.

Analisando os dados divulgados pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (CIEVS), nos Boletins Epidemiológicos, esse processo se deu de forma acelerada, registrando 13 municípios atingidos durante o mês de março de 2020, e saltando para 120 municípios com notificações de casos confirmados de Covid-19 até o final de abril de 2020. Ao final do mês de julho de 2020, após o pico de contaminação ocorrido nos meses anteriores, Pernambuco contabilizava 182 de seus 185 municípios com casos confirmados (Figuras 2 e 3), incluindo o arquipélago de Fernando de Noronha. (SILVA, *et al.*, 2021).

De acordo com os dados atualizados da pandemia, até o final do mês de setembro de 2021, Pernambuco contabilizava o número de 620.723 casos confirmados de Covid-19, e 19.740 óbitos decorrentes da doença. Na classificação dos estados brasileiros, no mesmo período, Pernambuco ocupa o 10º lugar em relação ao número de casos, o 9º lugar em relação aos casos

Figuras 2 e 3: Distribuição espacial de casos de Covid-19 em Pernambuco por Município e Região de Saúde, nos meses de abril e julho de 2020

Figura 2: Registro em 20/04/2020

Fonte: CIEVS/ SEVS/SES. Boletim nº 50/2020.

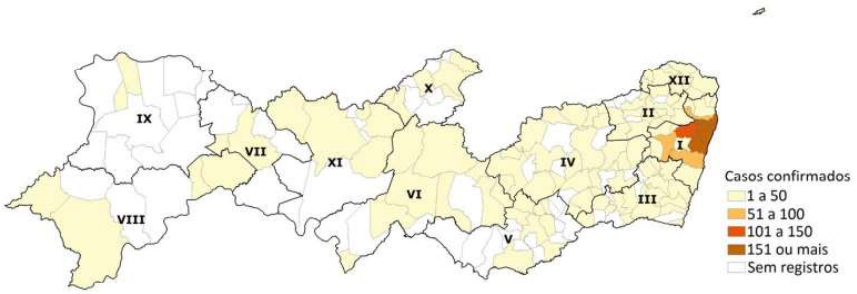
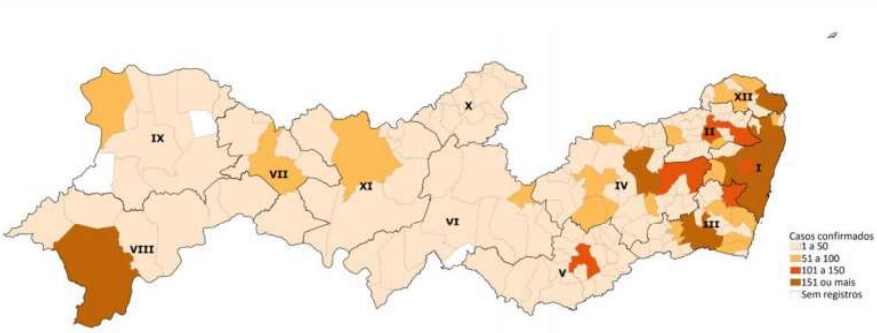


Figura 3: Registro em 25/07/2020

Fonte: CIEVS/ SEVS/SES. Boletim nº 146/2020.



fatais e o 4º lugar em relação à taxa de letalidade (3,2%), ficando atrás apenas dos estados do Rio de Janeiro (5,2%), São Paulo (3,4%) e Amazonas (3,2%) (PERNAMBUCO, 2021). Os números totais de pessoas infectadas ao final do mês se concentravam nas cidades com maior população, mas a incidência de casos por 100 mil habitantes era proporcionalmente mais elevada em três deles (Recife, Jaboatão dos Guararapes e Caruaru), tendo este último pouco mais da metade da população de Jaboatão dos Guararapes, na RMR, mas apresentado índices muito próximos dos registrados neste município.

AS MEDIDAS E AÇÕES DO PODER PÚBLICO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Ao ser confirmado o primeiro caso de contaminação por Covid-19 no território pernambucano, o governo do estado apresentou uma resposta rápida para o enfrentamento da pandemia. Apenas três dias após a notificação, novas medidas restritivas em relação a atividades sociais e econômicas foram estabelecidas por meio de decreto (PERNAMBUCO, 2020), regulando medidas de controle da disseminação da doença, juntamente com protocolos de monitoramento dos casos suspeitos. Nos meses subsequentes, medidas de distanciamento social de diversas naturezas também foram implementadas de forma gradativa, até a determinação da quarentena rigorosa, decretada em 16 de maio de 2020, em cinco municípios da Região Metropolitana, por um prazo inicial de 15 dias, paralisando o funcionamento de unidades de ensino, estabelecimentos comerciais, equipamentos culturais e diversos outros serviços e implementando a obrigatoriedade do uso de máscaras, a fim de conter a disseminação do coronavírus no estado.

As linhas de atuação do governo estadual e da prefeitura do Recife se deram em consonância, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, que disseminava a adoção do isolamento e distanciamento social, sugerindo que a população procurasse os serviços de saúde apenas em casos de agravamento dos sintomas da doença. Após quatro meses da pandemia em curso, essa orientação foi revista pelo Ministério da Saúde, que percebeu que muitos casos se agravaram

ou tiveram o óbito como desfecho devido à demora dos pacientes na procura dos serviços de saúde ao diagnosticarem os primeiros sintomas. Este fato, não exclusivo da RMR, pode ter contribuído para o elevado percentual de óbitos e da alta taxa de letalidade no contexto local. Este aparente erro de estratégia inicial no enfrentamento da doença está atrelado a um contexto de desmobilização da atenção primária à saúde, que permanece sendo desestruturada na escala nacional, com impactos notáveis na escala local.

No caso da RMR, não houve uma estratégia clara das prefeituras no que tange à mobilização da atenção primária nas fases: i) anterior à chegada dos primeiros casos (12 de março de 2020); ii) no período agudo da crise (abril a junho de 2020). Apenas no mês de julho de 2020 iniciou-se uma mobilização da atenção primária para promover ações nas áreas mais vulneráveis à Covid-19. Essas ações incluíram a entrega de *kits* de higiene básica, máscaras e orientações sobre a prevenção e o diagnóstico da doença. Ressalta-se que, no âmbito das questões de alimentação, houve também, desde o início da pandemia, a distribuição de cestas básicas para as populações cadastradas nas políticas sociais gerenciadas pelos municípios.

Recomendações e Ações do Ministério Público e Defensorias

No início da pandemia, a Defensoria Pública Estadual solicitou a suspensão de cortes de energia elétrica e de abastecimento de água durante a crise social e sanitária. Tal medida foi transformada em lei municipal no Recife, no dia 30 de junho de 2020 (Lei Municipal nº 18.736/2020), garantindo o impedimento de cortes até o final de outubro do mesmo ano. Entretanto, a não suspensão do serviço não garante sua prestação adequada, em especial no que tange ao abastecimento de água. Informações de lideranças de algumas comunidades de interesse social apontaram que o fornecimento de água ainda está sendo realizado de forma racionada pela Companhia Pernambucana de Saneamento (COMPESA) e que as informações disponibilizadas pelo calendário de abastecimento não correspondem à realidade das comunidades, o que dificulta bastante os cuidados com a higienização pessoal e do domicílio, tão imprescindíveis para a prevenção da Covid-19.

Ao longo do ano de 2020, os principais alvos da atuação do Ministério Público de Pernambuco no monitoramento da pandemia foram a fiscalização do efetivo cumprimento das normas sanitárias, principalmente as medidas de distanciamento social, no âmbito dos municípios, além das recomendações de alinhamento aos decretos federais, estaduais e municipais, observando as respectivas orientações para contenção de novos casos. Também nesse período, uma das ações que teve maior visibilidade foi a investigação de supostas fraudes na compra de material hospitalar pela Secretaria de Saúde do Recife e a apuração de irregularidades em contratação, pelas prefeituras de Recife e de Jaboatão dos Guararapes, de Organização Social de Saúde (OSS) para o gerenciamento de serviços no âmbito das ações de combate à Covid-19.

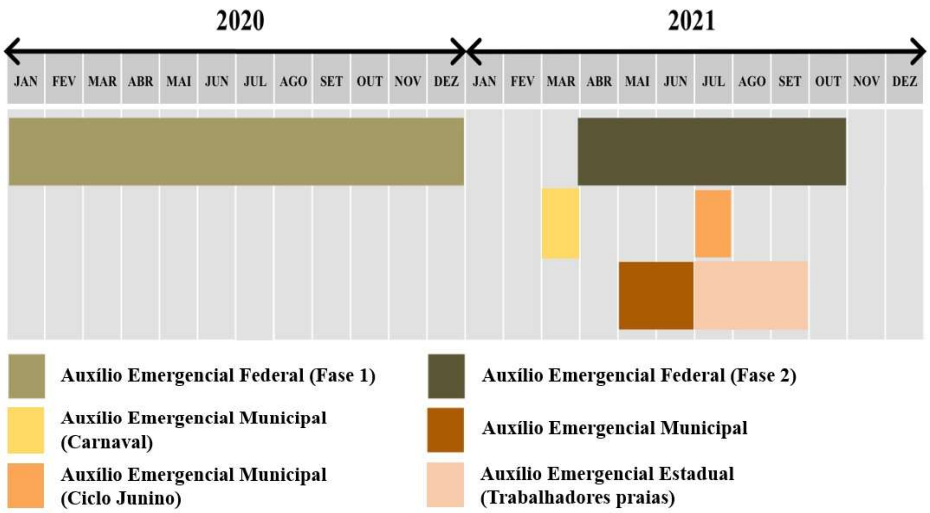
O Monitoramento do Auxílio Emergencial

O Auxílio Emergencial, instituído pela Lei 13.982, em abril de 2020, foi um benefício financeiro concedido pelo governo federal destinado a trabalhadores informais, microempreendedores, profissionais autônomos e desempregados como forma de proteção emergencial para o enfrentamento da pandemia. Este benefício foi estendido até dezembro do mesmo ano e, após o Decreto 10.661/21, emitido em março deste ano, foi renovado para o ano corrente (Figura 5). Os dados referentes aos beneficiários do auxílio, bem como os entraves e limitações para o acesso a esse instrumento, foram monitorados através dos dados oficiais divulgados, de acordo com os programas sociais aos quais são vinculados.

No âmbito do governo do estado, outros auxílios também foram concedidos como forma de enfrentamento à crise resultante da pandemia. Em fevereiro deste ano, através da Lei Municipal 18.784/2021, foi criado o Auxílio Emergencial Municipal de Carnaval, destinando o benefício, em parcela única, às agremiações e demais atrações artísticas que atuaram no carnaval do Recife em 2020 e ficaram impossibilitadas de realizar eventos carnavalescos em 2021 por conta da pandemia, prevendo o pagamento de 50% do valor recebido no ciclo carnavalesco do ano anterior. No mês de maio, foi iniciado o pagamento do Auxílio Municipal Emergencial (AME Recife), instituído pela Lei Municipal 18.792/2021, direcionado para 120 mil pessoas

Figura 5: Linha do tempo de execução dos auxílios emergenciais federal, estadual e municipal

Fonte: Observatório das Metrópoles, Núcleo Recife, 2021.



em situação de pobreza ou extrema pobreza cadastradas no CadÚnico e beneficiárias do Bolsa Família, sendo realizado em duas parcelas pelo período de dois meses.

Também a Lei nº 17.321/2021, de junho deste ano, sancionou o Auxílio Emergencial Ciclo Junino de Pernambuco para artistas e grupos culturais impedidos de promover suas atividades por conta da pandemia da Covid-19. O valor do auxílio previsto corresponde a 60% do último cachê recebido pelos artistas nos ciclos juninos dos anos anteriores (Figura 5). Outro repasse importante para os trabalhadores foi realizado pelo governo estadual, através das prefeituras de 13 municípios do litoral pernambucano. O recurso de mais de R$3 milhões foi pago em três parcelas de R$180, a partir do mês de julho, e beneficiou mais de 5 mil trabalhadores que atuavam nas faixas de areia, impactados diretamente pela queda das atividades turísticas.

O Monitoramento do Plano de Vacinação

O Plano de Operacionalização para Vacinação contra a Covid-19, feito pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), foi lançado em janeiro deste ano e previa a vacinação de 2,9 milhões de pessoas contra a Covid-19 em Pernambuco, definindo grupos prioritários para a imunização e etapas de aplicação das doses das vacinas.

A campanha de vacinação teve início em 18 de janeiro de 2021, mesmo dia em que a primeira remessa de doses dos imunizantes foi enviada ao estado pelo Ministério da Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) vem organizando a vacinação de acordo com a disponibilidade de doses encaminhadas pelo governo federal, e direcionadas para os municípios. Até o final do mês de setembro de 2021, segundo os dados atualizados pela Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPLAG), foram aplicadas 120.683 doses da vacina, contabilizando primeira e segunda doses de todos os grupos e doses de reforço na população idosa. Ao todo, 817.757 pessoas já completaram o esquema vacinal, enquanto 1.351.620 pessoas receberam pelo menos uma dose da vacina aplicada.

A população feminina é a que apresenta o maior número de doses aplicadas, tanto a primeira quanto a segunda. A população parda apresenta índices ligeiramente maiores de vacinação (955.084 doses) em relação à população branca (866.069 doses), considerando primeira e segunda doses, dose única e a aplicação da dose de reforço na população idosa. Considerando a distribuição por distritos sanitários, o Distrito Sanitário I, que compreende os bairros do Recife, Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelhos, Soledade e Ilha Joana Bezerra, localizados na área central da cidade, são os que apresentam maior índice de vacinados, sendo também a região que concentra o maior número de postos de vacinação para a Covid-19.

Analisando os dados disponibilizados no último boletim epidemiológico emitido no mês de setembro em relação aos casos confirmados da doença, em relação ao gênero, 52,4% são do sexo masculino e 47,6% do sexo feminino. Já em relação à raça/cor, 71,4% dos casos notificados foram registrados na população parda, e apenas 22,3% na população branca.

Figura 6. Proporção de pessoas negras por bairros no Recife.

Fonte: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3175#resultado. Elaborado por Observatório das Metrópoles, Núcleo Recife, 2021.

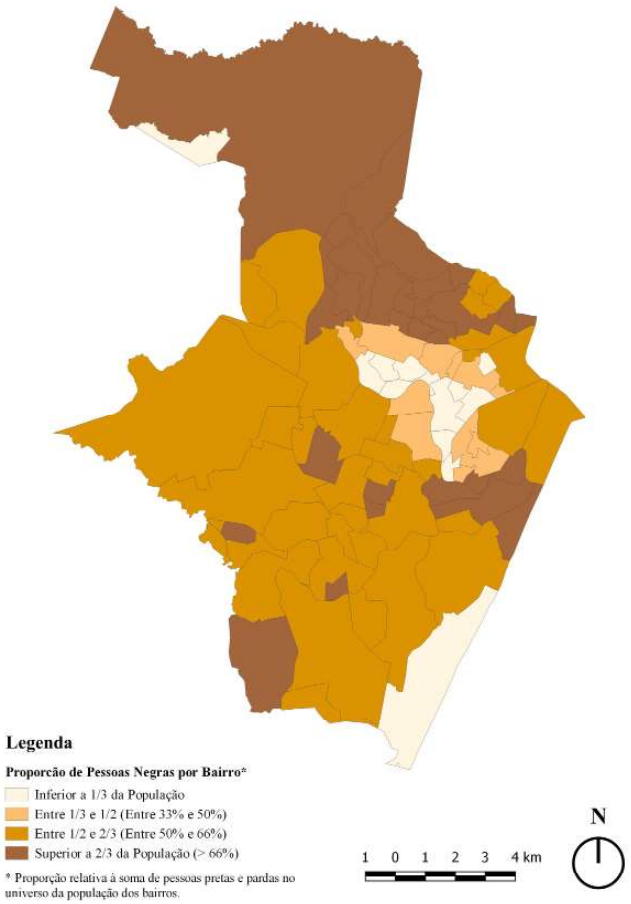
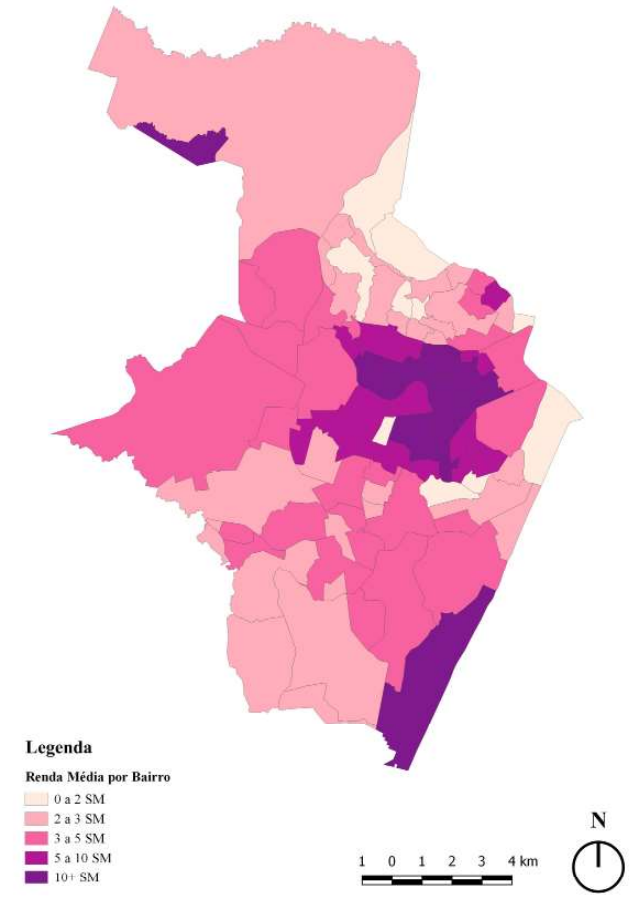


Figura 7. Renda média por bairros no Recife.

Fonte: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3175#resultado. Elaborado por Observatório das Metrópoles, Núcleo Recife, 2021.



Segundo os dados do último PNAD do IBGE, realizado em 2016 e com dados relativos ao ano de 2015, a RMR apresentava os números, por mil habitantes, de 2.426 residentes declarados pardos, 283 declarados pretos e 1.211 declarados brancos. O maior número total de casos e óbitos confirmados no estado teve ocorrência na Região Metropolitana do Recife, onde Recife apresentou os maiores índices. Em relação aos óbitos, 67,8% foram registrados na população parda e majoritariamente masculina. Ao analisar a distribuição da população declarada preta e parda e a renda média mensal, relacionada aos bairros do Recife, é possível notar que as zonas onde prevalecem habitantes brancos são sobrepostas pelos maiores índices de concentração de renda (Figuras 6 e 7). Coincidentemente, os dados relativos à maior cobertura vacinal também apresentam os bairros de maiores rendimentos com as maiores taxas, assim como uma maior distribuição de pontos de vacinação. Isso relativiza o dado anterior, de cobertura vacinal por raça/cor, revelando que a população parda está mais exposta à contaminação e concentra maiores índices de óbitos.

Cruzando os dados gerais de vacinação até o momento, utilizando parâmetros relativos à gênero, à raça/cor, à faixa etária e ao município de residência, com os dados de contaminação e óbitos registrados, aplicando os mesmos parâmetros, o panorama que se apresenta evidencia a desigualdade presente no território e a tendência de determinados grupos e territórios a se apresentarem mais vulneráveis à contaminação pela Covid-19 e à evolução para casos fatais, desmontando a tese inicialmente propagada de uma pandemia "democrática" em relação a questões sociais e raciais.

AÇÕES ALTERNATIVAS E EMERGENCIAIS DE ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: A VIOLAÇÃO DE DIREITOS NOS TERRITÓRIOS POPULARES E GRUPOS VULNERABILIZADOS

No auge da pandemia na RMR, enquanto os governos locais estavam centrados na mobilização de recursos e equipamentos hospitalares para aumentar a capacidade de resposta dos hospitais

para receber os casos graves da doença, as organizações comunitárias e os movimentos sociais promoveram campanhas e ações permanentes em comunidades pobres da RMR, com o intuito de auxiliar as populações mais vulneráveis diante da crise sociossanitária vivenciada. A iniciativa privada se mobilizou para esse esforço, com exemplos de contribuições como: a plataforma "Quero Impactar", da Acumuladores Moura e Ultrassom Serviços Médicos, doou R$ 3 milhões, para a construção de leitos de UTI; o Grupo Raymundo da Fonte distribuiu 12 mil litros de água sanitária Brilux; a Associação da Comunidade Chinesa no Recife doou 12 mil máscaras de proteção; à indústria Asa doou 10 mil barras de sabão amarelo para as pessoas mais vulneráveis de Recife; o Grupo Petribu doou dois mil litros de álcool 70% em locais que abrigam as pessoas mais vulneráveis.

Mas foram os grupos oriundos de movimentos sociais que promoveram as campanhas de maior impacto e visibilidade, com arrecadação financeira, de alimentos e de produtos de limpeza e higiene no Recife para o enfrentamento a COVID-19. A iniciativa "Todas para o Mar (TPM)", ajudou as mulheres que durante a pandemia de coronavírus se viram em dificuldades para amparar suas famílias, através de uma vaquinha virtual. O grupo "Todos pela Rua", Associação Católica dos Samaritanos que trabalha com moradores de rua, desenvolveu uma ação emergencial para essa população. O "Instituto Transviver" arrecadou doações para a compra de cestas básicas destinadas à população LGBTQIA+. A "Livroteca Brincante do Pina", arrecadou alimentos, água, álcool 70%, sabão, detergente neutro e máscaras para os moradores da Comunidade do Bode, localizada no Bairro do Pina (THE INTERCEPT BRASIL, 2020). A "Articulação Recife de Luta" realizou ações como o apoio a 700 famílias de 16 comunidades, numa vaquinha virtual que arrecadou R$ 126, 54 mil, usados para comprar e alimentos e produtos de higiene. (LEIAJÁ, 2020).

Uma ação que merece destaque foi e está sendo capitaneada pelo movimento "Mãos Solidárias", promovida junto às comunidades mais pobres e pessoas em situação de rua, para garantir alimentação básica e adequada, materiais de higiene e máscaras de proteção, além de mobilizar a formação de brigadas populares em saúde, visando formar moradores das comunidades para

atuarem com informação em saúde nas ações de prevenção da doença. Tais ações suprem a lacuna surgida com a desmobilização da atenção primária pelos governos.

Nesse contexto metropolitano, marcado por desigualdade e contrastes sociais, verificou-se que os assentamentos precários, potenciais territórios de propagação da Covid-19, também foram alvos da ameaça do poder público. As áreas pobres, tanto em nível estadual quanto municipal, que historicamente já convivem com a violação dos direitos humanos, sofreram durante a pandemia com maiores taxas de letalidade e maior número de óbitos registrados. Ainda assim, segundo o levantamento nacional da Campanha Despejo Zero, realizado por organizações, entidades e movimentos sociais, em Pernambuco, 9.299 famílias se encontravam sob o risco de perderem suas casas, correspondendo ao terceiro maior número de famílias em situação passível de remoção, ficando atrás apenas dos estados de São Paulo (26.993 famílias) e Amazonas (19.173 famílias).

Através do projeto de lei municipal 17.400/2021, de autoria da mandata coletiva das Juntas Codeputadas (PSOL), protocolado em março de 2020, foi defendida uma medida emergencial de suspensão por tempo indeterminado do cumprimento de mandados de reintegração de posse, despejos e remoções no estado como recurso de prevenção à propagação da Covid-19, mas este cenário não se concretizou à época. Movimentos populares e de luta pela moradia seguiram pressionando pela urgência na tramitação do PL que, um ano depois, passou por mudanças e ainda aguardava pela ratificação do governador Paulo Câmara (PSB), que, no entanto, optou por não se posicionar sobre a sanção ou veto ao projeto. Coube então à Assembleia Legislativa de Pernambuco sancionar o PL, que foi publicado em Diário Oficial em setembro de 2021, suspendendo assim as remoções forçadas e consolidando uma importante conquista, mesmo que temporária, de garantia do direito à moradia.

Os resultados da análise alcançados até a conclusão deste Dossiê permitem traçar um panorama do quadro de territorialidade e de protagonismo das ações em torno do enfrentamento da pandemia da Covid-19. A princípio, as questões relativas ao evento pandêmico têm suas

raízes em aspectos que não caracterizam uma "nova normalidade", já que as condicionantes à propagação da doença no território têm origem em processos ancestrais que fundam a natureza desigual e precária da maior parte dos territórios estudados.

Prevalece a tendência de determinados grupos sociais e territórios serem mais vulneráveis à contaminação pela Covid-19 e mais propensos a óbitos, por enquadramento em termos de renda e raça/cor. Nesses casos, a população parda mais pobre é a mais afetada. O fato de bairros mais ricos terem sido os primeiros epicentros da propagação apenas confirma essa afirmação, já que se tratavam no início de casos não-comunitários, cuja origem estava em indivíduos recém-chegados do exterior.

Outra constatação: as estratégias iniciais para enfrentamento da doença, julgadas hoje equivocadas, foram reflexos da gritante ausência de coordenação na escala nacional, fruto da desmobilização da atenção primária à saúde, que ainda persiste. Por outro lado, vê-se a capacidade de reação ao vácuo de condução do governo federal, com iniciativas locais, metropolitanas e regionais para coordenar ações. A participação da sociedade civil organizada, nesse sentido, foi demonstrativa da capacidade de articulação e da capilaridade de suas ações, necessárias, mas não suficientes, para fazer frente à pandemia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL.IO [Site institucional]. Especial Covid-19, Pernambuco. In: O Brasil em dados libertos - Repositório de dados públicos disponibilizados em formato acessível. Disponível em: https://brasil.io/covid19/PE/. Acesso em 30 set. 2021.

CARRIÈRE, J-P; HOCHART, K. (2016). É possível um desenvolvimento urbano sustentável e socialmente inclusivo no contexto de fragmentação sócio-espacial das cidades em países emergentes? Reflexões a partir dos casos de Recife (Brasil) e Chennai (Índia). In Geografia e Ordenamento do Território, nº 9. Porto: GOT, p. 35-63.

CASTRO, B (2020). Estudo da UFPE diz que periferia do Recife tem menos casos confirmados e mais mortes por Covid-19. G1, Pernambuco, 11 jun. 2020. Disponível em:

<https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/06/11/estudo-da-ufpe-diz-que-periferia-do-recife-tem-menos-casos-confirmados-e-mais-mortes-por-covid-19.ghtml> Acesso em: 23 ago. 2021.

CIEVS-PE [Site institucional]. Atualizações epidemiológicas SES/PE, 2020. Recife: Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco. Disponível em: https://www.cievspe.com/novo-coronavirus-2019-ncov. Acesso em 30 set. 2021.

CONSÓRCIO DE VEÍCULOS DE IMPRENSA (2021). Mapa da vacinação contra Covid-19 no Brasil. G1, São Paulo. Disponível em: https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/. Acesso em:

30 set. 2021.

COVID-19 OBSERVATÓRIO [Site institucional]. Disponível em: https://www.ufpe.br/covid-19/observatorio. Acesso em 25 ago. 2021.

DINIZ, Fabiano R.; MONTEZUMA, Roberto; VIEIRA FILHO, Luiz. The Capibaribe Park Project, Recife: using the river to reinvent the city. In: Brazilian Journal of Environmental Sciences, abril de 2020, p. 331-353. Disponível em: https://doi.org/10.5327/Z2176-947820200619. Acesso em: 05 out. 2021.

OLIVEIRA, Waldemar de. Geologia da Planície do Recife: contribuição ao seu estudo. Tese (concurso à cátedra de História Natural da Escola Normal Oficial de Pernambuco). Recife: Oficinas Gráficas do Jornal do Commércio, 1942, 97p.

PECONTRACORONAVIRUS [Site institucional]. Disponível em: https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/. Acesso em 30 set. 2021.

PERNAMBUCO, Secretaria de Planejamento e Gestão de; Secretaria de Saúde; Agência Estadual de Tecnologia da Informação (2020). Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) em Pernambuco, no Brasil e no mundo. 22/07/2020. Disponível em: < https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html#geral> Acesso em: 23 jul.2021.

PERNAMBUCO. Lei nº 17.321, de 14 de junho de 2021. Institui o Auxílio Emergencial "Ciclo Junino de Pernambuco", por força das medidas restritivas adotadas em decorrência da permanência da pandemia de COVID-19. Disponível em: https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=55720. Acesso em: 28 out. 2021.

PERNAMBUCO. Lei nº 17.400, de 20 de setembro de 2021. Dispõe sobre a suspensão, durante a vigência de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) declarada pelo Governo Federal com base no Decreto Federal nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, do cumprimento de mandados de reintegração de posse, despejos e remoções judiciais ou mesmo extrajudiciais no âmbito do Estado de Pernambuco. Pernambuco: Assembléia Legislativa, [2021]. Disponível em: https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=57934. Acesso em: 28 out. 2021.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde de. Pernambuco Solidário contra o Novo Coronavírus/ Medidas Governamentais. Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/#medidas> . Acesso em: 23 jul.2021.

PNAD; IBGE (2016). PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=downloads. Acesso em 28 out. 2021.

PNUD; CONDEPE/FIDEM; PCR (2014). Atlas de Desenvolvimento Humano na Região Metropolitana do Recife. Recife: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Agência CONDEPE/FIDEM e Prefeitura da Cidade do Recife. Disponível em: http://www.condepefidem.pe.gov.br/web/condepe-fidem/atlas-metropolitano. Acesso em: 25 set. 2021.

PORTAL CONECTA RECIFE [Site institucional]. Disponível em: https://conectarecife.recife.pe.gov.br/vacinometro/. Acesso em 30 set. 2021.

RMR: campanha arrecada verba para alimentar 700 famílias (2020). LeiaJá, 04 jul. 2020. Disponível em: <https://www.leiaja.com/noticias/2020/07/04/rmr-campanha-arrecada-verba-para-alimentar-700-familias/> Acesso em: 23 jul.2021.

RECIFE. Lei nº 18.736, de 30 de junho de 2020. Dispõe sobre a suspensão de corte de água e energia durante 120 dias no município do Recife. Recife: Câmara Municipal, [2020]. Disponível em: http://leismunicipa.is/byqha. Acesso em: 28 out. 2021.

RECIFE. Lei nº 18.784, de 30 de junho de 2021. Institui o Auxílio Municipal Emergencial – AME Carnaval do Recife, destinado à concessão de benefício financeiro a agremiações e demais atrações artísticas que atuaram no Carnaval do Recife em 2020 e preencham os demais requisitos previstos nesta lei, diante da impossibilidade de realização de eventos carnavalescos em 2021, por força da permanência da pandemia de Covid-19. Recife: Câmara Municipal, [2021]. Disponível em: http://leismunicipa.is/ivysj. Acesso em: 28 out. 2021.

RECIFE. Lei nº 18.792, de 12 de abril de 2021. Institui, no âmbito do Município do Recife, o Auxílio Municipal Emergencial para socorrer e assistir famílias em

situação de pobreza, em razão do estado de calamidade pública decorrente da pandemia de COVID-19. Recife: Câmara Municipal, [2021]. Disponível em: http://leismunicipa.is/xyaln. Acesso em: 28 out. 2021.

RECIFE. Lei nº 18.805, de 29 de junho de 2021. Institui o Auxílio Municipal Emergencial - AME São João do Recife, destinado à concessão de benefício financeiro à cadeia produtiva cultural do Ciclo Junino, diante da impossibilidade de realização das festividades em 2021, devido às medidas restritivas vigentes por força do agravamento da pandemia da COVID-19.

Recife: Câmara Municipal, [2021]. Disponível em: http://leismunicipa.is/byqha. Acesso em: 28 out. 2021.

RECIFE, Prefeitura da Cidade. Atlas das Infraestruturas Públicas nas Comunidades de Interesse Social do Recife. Recife: SANEAR, 2014, 165 p.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Disponível em:

http://portal.saude.pe.gov.br/boletim-epidemiologico-covid-19. Acesso em 22 set. 2021.

SEPLAG [Site institucional]. Disponível em: https://dados.seplag.pe.gov.br/apps/corona.html. Acesso em 30 set. 2021.

SILVA, R. R.; GUILHERMINO, G. M. S.; OLIVEIRA NETO, B. L.; LIRA NETO, J. B (2021). The Interiorization of COVID-19 in the cities of Pernambuco State, Northeast of Brazil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 21, p. 109-120.

SOUZA, M. A.; DINIZ, F. R.; CAVALCANTI, E. G (2021). Das pestes do Século XVII à pandemia do Século XXI no Recife: Regulamentações da vida urbana e desafios ao Direito à Cidade. Revista de Direito da Cidade, v. 13, nº 2, pp.820-865.

REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO (RJ)

Juciano Martins Rodrigues

Paula Guedes

Ana Lucia Britto

Suyá Quintslr

Mariana Dias

Adauto Cardoso

Luciana Ximenes

Equipe do Dicionário de Favelas Marielle Franco

Orlando Santos Junior

Tarcyla Fidalgo

Fernanda Petrus

UENF
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

UFRJ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

50 1971.2021 IPPUR

favelas

INTRODUÇÃO

O presente dossiê é fruto do trabalho de coleta e análise de dados operado pelo núcleo Rio de Janeiro, registrando o processo de desdobramento da pandemia da Covid-19 no estado. Trata-se de continuação do trabalho realizado no ano anterior que foi publicado sob o título "As Metrópoles e a Covid-19: Dossiê Nacional", disponível no site do Observatório das Metrópoles.

Os textos que compõem este dossiê, todos inseridos em uma estrutura lógica unificada, se utilizam das categorias definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o que não representa a concordância dos pesquisadores com a categorização, mas apenas a busca por um diálogo com os dados estabelecidos por esta autarquia.

A fim de situar o leitor no cenário mais amplo do Rio de Janeiro, vale observar que se trata de um estado marcado por realidades regionais distintas, ligadas a um contexto de desigualdade socioeconômica regional. Essas diferenças regionais possuem um impacto relevante nas análises apresentadas neste dossiê, como se verá ao longo dos textos que o compõem.

Feita a introdução do trabalho e do cenário socioeconômico do estado do Rio de Janeiro, passamos a apresentar brevemente os itens integrantes desse dossiê, com a sua respectiva autoria.

Esperamos que a leitura dos textos forneça aos leitores dados e elementos de análise importantes para uma reflexão ampla sobre o momento atual do estado do Rio de Janeiro frente ao controle ainda incompleto da pandemia da Covid-19.

PANORAMA DA COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, REGIÃO METROPOLITANA E CAPITAL

Quando se trata dos efeitos da pandemia de Covid-19, o estado do Rio de Janeiro apresenta desempenho bastante negativo em comparação com as demais unidades da federação. Até 13

de agosto de 2021, o estado registrou mais de 1 milhão de casos e quase 60 mil óbitos[1], com 348 mortes para cada 100 mil habitantes, ficando atrás apenas dos estados de Rondônia e Mato Grosso no *ranking* da mortalidade por Covid-19. Em relação à letalidade, o estado do Rio de Janeiro registra percentual bem superior a qualquer outra unidade da federação, o que significa dizer que 5,6% das pessoas que contraem a doença morrem, contra, por exemplo, 3,4% de São Paulo e 3,2% do Amazonas, respectivamente segundo e terceiro nesse *ranking*. Os dois dados da evolução da doença mostram que o Rio de Janeiro, inclusive, se distancia negativamente dos demais estados da região Sudeste desde o início da pandemia.

A ocorrência de casos e óbitos por Covid-19 tende a atingir desproporcionalmente o território metropolitano. A Região Metropolitana, que tem 75,6% da população, concentra 77,9% dos 60.441 óbitos registrados no estado até 13 de agosto de 2021. A incidência de casos e a mortalidade se distribuem de forma mais homogênea, sem grandes diferenças entre os municípios. Já em relação à letalidade, os valores registrados pelos municípios da Região Metropolitana são mais elevados que os dos demais municípios.

A comparação com as outras RMs coloca a RMRJ em posição bastante desfavorável. Até 13 de agosto de 2021, a metrópole fluminense registrava uma taxa de mortalidade de 358,5 óbitos para cada 100 mil habitantes, ficando apenas abaixo de Manaus, que registrou 396,2 óbitos por 100 mil habitantes. Em relação à letalidade, a posição da RMRJ é ainda pior, já que o percentual de óbitos em relação aos casos atinge 6,8%, valor muito superior a qualquer outro registrado para as RMs. A comparação com as RMs do Sudeste, inclusive, mostra que a RMRJ evoluiu para uma pior situação que as demais ao longo de toda pandemia.

O município do Rio de Janeiro, capital do estado e núcleo da RM, que até a data de referência considerada neste Dossiê (13/08/2021) registrou 30.927 óbitos por Covid-19, apresenta a maior mortalidade entre os municípios metropolitanos, com 458,3 óbitos por 100 mil habitantes,

1 Segundo dados coletados e sistematizados pelo consórcio Brasil.io. Para mais detalhes ver https://brasil.io/dataset/covid19/caso_full/. Acesso em: 21 out. 2021.

seguido por Niterói, com 405,2, Rio Bonito e Maricá, ambos com taxa de mortalidade na casa de 351 óbitos por 100 mil habitantes.

Uma outra forma de entender as desigualdades territoriais e sua relação com os desfechos da pandemia é observando o percentual de mortalidade entre aqueles que se internaram em função do diagnóstico de Covid-19 (mortalidade hospitalar)[2]. Entre os residentes da RMRJ esse número chega a 39,3%, quarto maior percentual entre as 15 principais regiões metropolitanas do país, com 7,6 pontos percentuais acima da média nacional (31,7%). Na RMRJ, o município com o percentual mais elevado é Magé, onde o percentual de óbitos entre os hospitalizados é 47,3%. Na sequência, aparecem Itaboraí, com 44,5%, e Seropédica, com 43,2%. O município do Rio de Janeiro, por sua vez, aparece com a quinta maior mortalidade hospitalar por Covid-19, com 41%, seguido por São Gonçalo, São João de Meriti, Mesquita e Belford Roxo, todos com valores entre 40 e 41%. Já o menor percentual de mortalidade entre aqueles que se internaram foi registrado para Duque de Caxias, com 28,6%. Por fim, vale destacar que a mortalidade hospitalar de praticamente todos os municípios da RMRJ está acima da média das RMs (32,1%).

As desigualdades na incidência da doença podem ser verificadas observando também os grupos populacionais. No município do Rio de Janeiro, em 2019, a população masculina correspondia a 45,6% do total de 6.718.903 pessoas, porém, corresponde a 54,5% do total de óbitos devido ao Covid-19, sugerindo maior incidência dessa doença entre os homens do que o verificado em relação às mulheres. Os dados sugerem também uma maior incidência entre a população negra (considerando as pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas). Apesar de partes dos registros não conterem informações quanto à característica de cor ou raça (na RMRJ 20% correspondem a informação indefinida e outros 3,3% a valores ausentes), observa-se maior

2 Este indicador foi calculado com dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Grive (SIVEP Gripe) do Ministério da Saúde, registrados até o dia 09/08/2021 e acessados no dia 13/08/2021. Esta base de dados não registra pacientes que não foram admitidos em alguma unidade hospitalar. Por esse motivo os números podem se diferenciar sensivelmente do disponibilizados a partir de outras fontes, a exemplo daqueles divulgados diariamente pelos meios de comunicação.

incidência de óbitos entre as pessoas negras em comparação com as pessoas brancas na RMRJ. Ao todo, as pessoas negras correspondem a 40,5% dos óbitos na Região Metropolitana, e sua participação na população é de 50,4%. Já a participação da população branca nos total de óbitos (35,6%) é 13 pontos percentuais inferior à sua participação na população total, que é de 48,8%.

Essa diferença que parece caracterizar uma desvantagem para a população negra é ainda maior no município do Rio de Janeiro, onde 41,6% dos óbitos são de pessoas pretas ou pardas, contra 38,2% de pessoas brancas, que no total da população do município têm uma participação de 56,1%. Na análise desses dados é importante a ressalva de que identificação adequada das pessoas que foram classificadas como indefinidas poderia alterar o sentido da análise, mas é eloquente o fato de que entre as pessoas que foram corretamente classificadas se sobreponha, entre os óbitos, uma maioria de pessoas negras em comparação com as pessoas brancas.

Sobre a mortalidade hospitalar, vale destacar que o percentual de óbitos entre as pessoas pretas hospitalizadas (neste caso sem considerar aquelas que se declaram pardas) é maior do que o percentual de pessoas brancas em muitos municípios da RMRJ. Embora na capital esse indicador assuma o mesmo valor tanto para pessoas brancas como para pessoas pretas (57,1%), em alguns municípios a diferença chama bastante a atenção. Em Nilópolis, por exemplo, 62,4% dos residentes pretos que foram hospitalizados morreram, segundo os dados registrados pelo Ministério das Saúde. Essa diferença também é grande em Japeri, que registra 57,9% de mortalidade hospitalar por Covid-19 de pessoas pretas contra 36,7% das pessoas brancas. Esse mesmo padrão se repete também para Mesquita e Magé, todos municípios da Baixada Fluminense.

A análise do comportamento da Covid-19 no interior do município do Rio de Janeiro denuncia também as marcantes desigualdades de condições socioespaciais a que esses territórios estão submetidos. Em primeiro lugar destaca-se o fato da mortalidade ser alta em praticamente toda a cidade. No entanto é importante observar que a presença da população acima de 60 anos é

bem mais elevada em algumas áreas, especialmente aquelas localizadas na Zona Sul da cidade, onde estão também as melhores condições urbanas (infraestruturas e serviços) e os domicílios de maior renda. Isso pode explicar o fato de a mortalidade ser também elevada nesses espaços, o que pode, nesse caso, estar relacionado ao perfil demográfico, ao contrário de outras regiões, onde pode estar determinada pelas condições de vida e, especialmente, pelo acesso ao sistema de saúde.

Essa relação e a explicação para as similaridades e diferenças entre os territórios podem ser exemplificadas ao observarmos a estrutura etária de quatro bairros, que estão entre os mais populosos e que apresentam os maiores números de óbitos em termos absolutos. Por ordem: Campo Grande (1.670 óbitos), Bangu (1.061 óbitos), Copacabana (933 óbitos) e Tijuca (907 óbitos)[3]. A comparação da estrutura etária da população desses bairros mostra uma clara diferença entre os dois primeiros em relação aos demais, sobretudo quando comparamos o percentual da população de 60 anos ou mais de idade.

Os dados internos ao município do Rio de de Janeiro mostram que o número de óbitos segue razoavelmente a tendência das notificações de contaminação, colocando os bairros da Zona Oeste[4], da Zona Norte ou da região de Jacarepaguá nas piores posições, os mesmo que apresentam as maiores letalidades. Com exceção de Copacabana, os 10 maiores percentuais registrados são de bairros dessas regiões, sendo que, entre os 20 bairros listados, a menor letalidade registrada é justamente de um bairro da Zona Sul, Botafogo, cujo percentual é quase três vezes menor do que aquele registrado em Padre Miguel, bairro da Zona Oeste da cidade.

Em resumo, o estado do Rio de Janeiro apresenta desempenho negativo em comparação com

3 Segundo dados da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro disponibilizados através do Painel Rio Covid-19 e acessados no dia 13/08/2021.

4 O que denominamos aqui como Zona Oeste corresponde à forma como os agentes sociais e o poder público se referem à Área de Planejamento 5 (AP5), formada pelas Regiões Administrativas (RAs) de Bangu, Campo Grande, Guaratiba, Realengo e Santa Cruz, formadas historicamente por loteamentos periféricos e que se constituíam – e ainda hoje se constituem – como referência de periferia pobre da cidade. Deve-se ressaltar, no entanto, que, às vezes, o termo Zona Oeste é utilizado para se referir também às RAs da Barra da Tijuca e de Jacarepaguá que correspondem a bairros de classes alta e média.

as demais Unidades da Federação. Essa mesma lógica vale para RMRJ, que, além de concentrar a maior parte dos óbitos por Covid-19 no estado, está em posição bastante desfavorável em comparação a outras regiões metropolitanas brasileiras, principalmente em relação à mortalidade, à letalidade e à mortalidade hospitalar. Essa comparação fica mais evidente quando a RMRJ é comparada com as RMs do Sudeste que possuem estrutura demográfica semelhante. Na RMRJ, observados indicadores de mortalidade, letalidade e mortalidade hospitalar, nota-se também impactos desproporcionais da pandemia sobre a população masculina e a população preta e parda.

EVOLUÇÃO DA DESIGUALDADE DE RENDA

Entre as diversas transformações sociais e econômicas que foram fruto da pandemia da Covid-19, as consequências sobre a desigualdade de renda e os efeitos econômicos sobre a parcela mais pobre da população estão entre as mais debatidas. Mesmo antes da pandemia, o Brasil já se caracterizava como um dos países mais desiguais do mundo e com uma elevada taxa de pobreza e, devido também às altas taxa de informalidade no mercado de trabalho e insuficientes redes de proteção social, a perspectiva no início da pandemia era que boa parte das famílias brasileiras teria uma grande piora nas suas condições de vida.

Os dados apresentados pelo Boletim Desigualdades nas Metrópoles, que indicam os valores de renda relativos ao trabalho para o conjunto de regiões metropolitanas brasileiras, mostram que as perspectivas se confirmaram[5]. No primeiro trimestre de 2021 a média móvel do coeficiente de Gini chegou a 0,637, o maior valor desde 2012. Já o percentual de pessoas vivendo em domicílios com renda per capita do trabalho menor que ¼ do salário mínimo foi 29,4%.

É importante ter em vista ainda os efeitos dos auxílios emergenciais disponibilizados para

5 Foram lançadas até o momento de elaboração deste texto quatro edições do Boletim Desigualdade nas Metrópoles, realizado pelo Observatório das Metrópoles, em parceria com a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e com o Observatório da Dívida Social na América Latina (RedODSAL).

a população que trabalha informalmente. Alcançamos o coeficiente de Gini de 0,477 e uma taxa de pobreza de 16%, valores que seriam bastante superiores quando não considerados os auxílios. Contudo, a redução das desigualdades ocorreu não devido a uma melhora do nível de vida da parcela mais pobre, mas por um nivelamento por baixo dos rendimentos da população.

Na Região Metropolitana do Rio de Janeiro foram verificados processos muito semelhantes ao conjunto das metrópoles brasileiras, se considerarmos a evolução da desigualdade de renda[6] e da vulnerabilidade econômica[7]. Hoje se registram as maiores taxas de ambos, com 33,15% da população vivendo em domicílios em situação de vulnerabilidade e com um coeficiente de Gini alcançando 0,687. Em relação ao restante das metrópoles brasileiras, a RMRJ tornou-se a segunda mais desigual e a com maior taxa de vulnerabilidade econômica fora do Norte e do Nordeste do país.

Dessa forma, é fundamental destacar que os problemas da desigualdade de renda e da vulnerabilidade econômica têm grande relevância para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, e que é necessário que sejam adotadas medidas, por meio de políticas públicas, que combatam essas dificuldades que têm se tornado cada vez mais profundas e complexas.

A SITUAÇÃO DO SANEAMENTO E OS IMPACTOS DA COVID-19

A importância do acesso ao saneamento para a saúde e para a vida é amplamente reconhecida internacionalmente. O Brasil, entretanto, ainda enfrenta dificuldades para universalizar o serviço público de água; no caso do esgotamento sanitário, a situação é ainda mais grave. Além do déficit no acesso, há grandes problemas de qualidade e desigualdade no atendimento (entre áreas rurais e urbanas, entre centro e periferias das metrópoles etc.). Na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, as diferenças nos indicadores de acesso à água entre os municípios centrais e a periferia vêm sendo apontadas por inúmeros trabalhos, assim como as diferenças

6 Avaliada pelo valor da média móvel de quatro trimestres do coeficiente de Gini.

7 Avaliada pela média móvel de quatro trimestres do percentual de pessoas vivendo em domicílios com renda menor que ¼ do salário mínimo.

intramunicipais.

Os serviços de saneamento se mostraram essenciais também para a prevenção da Covid-19. Boas práticas de higiene, como lavar as mãos com frequência e de maneira adequada, estão entre as principais medidas preconizadas – ao lado do distanciamento social e uso de máscaras. Para tal, é necessário o acesso contínuo aos serviços de saneamento, notadamente o abastecimento de água. Além das práticas de higiene pessoal, a higiene de qualidade nos diferentes ambientes, como domicílios, estabelecimentos de saúde, locais de trabalho, escolas e espaços públicos, também se mostrou fundamental para o combate à pandemia.

Nesse sentido, os impactos da crise da Covid-19 no Brasil se somam aos desafios de grande proporção no setor do saneamento. É notável que a pandemia lançou luz sobre as péssimas condições de vida de uma grande parcela da população que vive nas metrópoles brasileiras, incluindo aí a falta de acesso regular a serviços urbanos mais essenciais em parte dos domicílios, como, por exemplo, a água tratada.

Mesmo quando há acesso à rede geral de água, estudos sobre o Rio de Janeiro – assim como sobre São Paulo – indicam problemas frequentes que afetam o acesso aos serviços de saneamento, como a inconclusão das obras de urbanização de favelas, a falta de manutenção das redes e o crescimento descontrolado dos assentamentos, sobretudo nos grandes complexos de favelas.

Vale ressaltar que, em muitos casos, são os próprios moradores da favela que vêm financiando uma parte significativa do seu sistema de manobra e de abastecimento de água, considerados precários. Outra questão importante é o aumento do custo para compra de água para consumo. Este gasto é incluído no orçamento familiar, que já vem sendo expressivamente afetado com o aumento do desemprego e da informalidade no contexto da pandemia da Covid-19. Com a pandemia, a vulnerabilidade de trabalhadores formais e informais impedidos de exercer suas atividades aumentou, conforme demonstrado em item anterior deste dossiê.

Também foi no contexto da pandemia que a gestão dos serviços pela CEDAE[8] sofreu vários reveses, podendo os mesmos serem atribuídos ao projeto do governo do estado de sucateamento da Companhia, visando à concessão dos serviços à iniciativa privada. No período de 15 de novembro a 23 de dezembro de 2020, foram recorrentes na imprensa denúncias de problemas de falta de água em diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro.

Pouco tempo depois, um novo velho problema surge: o forte gosto, o cheiro e a cor da água proveniente da ETA Guandu reproduziram a "crise da geosmina" do ano anterior. Mesmo com as constantes reclamações e até mesmo com o próprio relatório da Companhia apontando mudanças nos padrões organolépticos (gosto e odor) com números acima do valor máximo permitido pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 do Ministério da Saúde, a CEDAE insistiu em afirmar que a água fornecida estava adequada para consumo

A gravidade da atual situação do saneamento no estado do Rio de Janeiro é inegável e, para compreender melhor as atuais condições da CEDAE, é preciso considerar seu contexto histórico, que vem sendo marcado, nos últimos anos, por uma forte pressão para a privatização dos serviços.

As questões brevemente abordadas nesta seção buscaram servir como apontamentos iniciais para o debate da importância do acesso universal à água para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 na RMRJ. O tema adquire ainda maior relevância face à adoção da prestação privada dos serviços. A posição adotada pelo governo estadual de promover, em plena pandemia, a prestação privada desses serviços como caminho para a universalização, vai na contramão da tendência mundial de reestatização. Existe, portanto, grande possibilidade de agravamento da situação já precária de acesso aos serviços.

8 Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro.

VIOLAÇÃO DO DIREITO À MORADIA E REMOÇÕES FORÇADAS

Na cidade do Rio de Janeiro, um quinto da população mora em favelas, onde as condições de moradia são marcadas pela insegurança da posse. Durante o ciclo olímpico, quando a cidade foi sede de um conjunto de megaeventos esportivos internacionais, o acesso à moradia tornou-se ainda mais restrito, e o poder público local foi protagonista de uma grande onda de remoções. Apesar de terem se dado de forma mais aguda nesse período, as remoções seguiram como prática recorrentemente acionada, operadas por diversos agentes, concentradas nas áreas de interesse do mercado imobiliário.

As remoções forçadas são processos violentos e, realizadas em meio à pandemia de Covid-19 e às crises a ela articuladas, tornaram-se promotoras do aumento do risco de contágio e da ocorrência de casos graves de adoecimento. A precarização das condições de vida acarretada pelas remoções durante a pandemia tem sido fortemente denunciada, e importantes legislações e recomendações pela segurança da posse têm sido aprovadas, porém, as iniciativas não têm se mostrado suficientes para frear este processo.

De acordo com os dados levantados junto ao Núcleo de Terras e Habitação da Defensoria Pública do Estado (NUTH/RJ), houve ao menos 16 casos de conflitos fundiários coletivos na cidade do Rio de Janeiro que levaram a remoções forçadas durante a crise sanitária (atingindo a 786 famílias). A grande maioria destes casos era de ocupações de prédios e estava localizada na região central. Além disso, há ainda um expressivo número de famílias vivendo sob ameaça de remoção: no ano de 2020, o NUTH/RJ atuava em 121 casos, fazendo a defesa da moradia de ao menos 17.053 famílias[9].

A trajetória dos moradores da ocupação Casa Cruz, no centro da cidade, é exemplar deste

9 O NUTH/RJ tem atuação concentrada na cidade do Rio de Janeiro, e isso se reflete nos dados levantados a partir deste Núcleo. Entretanto, é essencial ressaltar que o grave quadro não se limita à capital do estado, como mostrou a remoção forçada ocorrida na cidade de Itaguaí em julho de 2021 de uma ocupação formada por 3.500 pessoas em um grande terreno vazio, nomeada como Campo de Refugiados Primeiro de Maio. Apesar da mobilização popular, a ocupação sofreu remoção violenta e sem alternativa habitacional adequada.

quadro. A ocupação reunia cerca de 28 famílias, em grande parte chefiada por mulheres com filhos, parte delas vinda de outra ocupação que havia sido removida já durante a pandemia. A ocupação Casa Cruz sofreu remoção em setembro de 2020 e, como solução habitacional emergencial, parte destas famílias realizou uma nova ocupação dando origem à Ocupação Agatha Presente. A nova ocupação permaneceu por cerca de um mês, havendo mais uma remoção e o retorno das famílias à condição de sem teto[10].

Como ato pelo direito à moradia, cerca de 150 famílias articuladas em torno do Movimento de Lutas nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB) ocuparam um prédio no centro da cidade em junho de 2021, formando a Ocupação Almirante João Cândido. Ela perdurou por quatro dias de intensa mobilização e diálogo com o poder público, e a desocupação do prédio se deu em negociação com o governo do estado que assumiu um conjunto de compromissos, entre eles a formação de uma mesa de negociação.

A crise atrelada à pandemia tornou ainda mais grave a ausência de políticas habitacionais que garantam o direito à moradia e a forma excludente com que o espaço urbano tem sido produzido e apropriado. Este quadro reforça a necessidade de ações que deem visibilidade e denunciem esta prática, que sejam promotoras de redes de solidariedade e de cuidado e que reivindiquem moradia digna para todos.

A PANDEMIA DO GENOCÍDIO NAS FAVELAS E PERIFERIAS

No Brasil, o que determina quem vive ou morre são fatores socioeconômicos, tendo em vista que as desigualdades de classe determinam quem tem acesso aos cuidados e aos serviços de saúde. Assim, para algumas pessoas, a pandemia do coronavírus não é um problema

10 A reportagem "A noite antes do fim" relata a trajetória de vida e a solução de moradia de algumas mulheres moradoras da Ocupação Agatha Presente. (BATISTA, Fabiana (2020). A noite antes do fim. Universa Uol, 27 out. 2020. Disponível em:

https://www.uol.com.br/universa/reportagens-especiais/a-noite-antes-do-fim/#cover. Acesso em: 21 out. 2021.

que envolve exclusivamente a letalidade pelo vírus: enquanto as políticas para controle do contágio e seus danos não atendem aos territórios e populações vulnerabilizados, moradores e moradoras de favelas e periferias, em especial do Rio de Janeiro, convivem com uma outra grave "pandemia" promovida pelo enquadramento das políticas de segurança pública e seus agentes do Estado que se sustenta na necropolítica.

No amplo arco de ações de violência estatal exercidas constantemente sobre moradores e moradoras de áreas periféricas e de favelas destacam-se as ações militarizadas que ocorrem através de incursões armadas e são parte de uma política de Estado que reitera práticas orientadas pelo colonialismo e pelo racismo. Esta "pandemia" de violência, da qual as incursões policiais nas favelas são parte essencial, segue em curso mesmo diante da pandemia do coronavírus. Em maio de 2020, o assassinato do jovem negro João Pedro Mattos Pinto no Complexo do Salgueiro, no Rio de Janeiro, foi um estopim para que moradores de favelas, movimentos sociais e coletivos gritassem "nem tiro, nem fome, nem Covid: as favelas querem viver" e para que denunciassem mais intensamente as operações policiais que, ao mesmo tempo que exterminavam jovens negros, impediam trabalhos sociais.

Organizações da sociedade civil foram ao Supremo Tribunal Federal em ação que ficou conhecida como "ADPF das Favelas", a ADPF-635 (Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental), pedindo que fossem reconhecidas e sanadas as graves violações ocasionadas pela política de segurança pública do estado do Rio de Janeiro. Ainda que a ação seja de 2019, a execução de João Pedro e os desdobramentos do caso simbolizaram um agravo ao debate e pressionaram o poder público. Tanto que, em junho de 2020, as operações em favelas durante a pandemia do coronavírus foram proibidas em caráter liminar. A decisão foi referendada em agosto do mesmo ano pelo plenário do STF, e as operações policiais no Rio de Janeiro foram suspensas, salvo em hipóteses excepcionais. Por fim, a audiência pública da ADPF-635 aconteceu em abril de 2021, contando com representantes de movimentos sociais e resultando no voto do ministro Edson Facchin pela permanência das proibições.

A mobilização pela ADPF-635 foi exitosa logo no início da vigência da decisão liminar - no período de 5 de junho a 5 de julho de 2020 tivemos a frequência mais baixa de operações policiais de toda a série histórica iniciada em 2007. Porém, nos meses subsequentes, as operações voltaram ao nível anterior e seguiram em franca expansão. Foi neste contexto que se deu a mais emblemática – e letal – destas operações policiais, em maio de 2021, na favela do Jacarezinho no Rio de Janeiro, que deixou ao menos 28 civis e um policial assassinados, e culminou na Chacina do Jacarezinho.

Ao mesmo tempo em que se acirram as práticas de violação de direitos, os movimentos sociais de favelas e os(as) defensores(as) dos direitos humanos seguem firmes e cada vez mais organizados. As principais ações de resistência sempre vêm da sociedade civil, como nos mostram as iniciativas em tempos pandêmicos para a garantia da vida. É este aprendizado que devemos fomentar, e é esta luta que devemos fortalecer em combate à pandemia e à violência de Estado.

MOBILIDADE URBANA (COVID-19 E CRISE NOS TRANSPORTES)

Desde março de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde declarou que o mundo estava enfrentando uma pandemia provocada pelo novo coronavírus, uma parte considerável da população continuou exposta à aglomeração porque não pôde parar de trabalhar.

Essa situação ligou um primeiro alerta sobre a questão da mobilidade urbana no contexto de pandemia, sobretudo em regiões metropolitanas como a do Rio de Janeiro, onde a aglomeração em estações e paradas e a lotação nos veículos do transporte público fazem parte do cotidiano de quem se desloca. Na cidade do Rio de Janeiro as primeiras medidas para minimizar os riscos de contaminação no transporte público incluíram: (i) a fiscalização para garantir o emprego efetivo da frota de ônibus, especialmente no sistema BRT, a fim de evitar lotação; (ii) a vedação do transporte em pé no Sistema de Transporte Público por Ônibus, e (iii) a desinfecção interna

diária dos veículos em operação no sistema de transporte[11].

Em nenhum momento essas determinações se efetivaram. O que se viu foram os espaços de circulação lotados e passageiros viajando em pé, ou seja, continuou prevalecendo a mesma precariedade que marca, há anos, o transporte público na Região Metropolitana. Em abril de 2020, questionado sobre esses problemas, o então prefeito Marcelo Crivella disse que cabia aos motoristas dos ônibus se recusarem a seguir viagem em caso de lotação[12]. Tal fato denota não só o despreparo da prefeitura para efetivar suas próprias medidas, mas também a incapacidade do prefeito em liderar o enfrentamento de uma pandemia com efeitos devastadores sobre a saúde e a economia através das medidas mais básicas.

Outra faceta importante da mobilidade na pandemia se refere ao fato de as recomendações de distanciamento social e isolamento terem acentuado a crise financeira do setor dos transportes públicos no estado do Rio de Janeiro, mas de forma mais evidente na RMRJ, onde está a maioria da população e dos postos de trabalho. Há tempos o estado enfrenta uma crise no setor, que se acentuou com a perda de passageiros em razão da crise econômica e da migração para os serviços de aplicativo.

O setor do transporte rodoviário experimenta uma queda substancial no movimento de passageiros desde 2015. Neste último ano, já sentindo os efeitos da pandemia, o movimento de passageiros na cidade do Rio de Janeiro caiu 45%. No metrô, a diminuição foi ainda maior, 53%. Já nos trens, que transportavam em média 449 mil passageiros/dia, em 2020 passaram a transportar 268 mil passageiros/dia, o que representa uma queda de 40,3%.

Segundo o sindicato das empresas de ônibus do Rio de Janeiro, o setor acumulou déficit

11 Conforme determinações contidas no DECRETO RIO nº 47.282 de 21 de março de 2020. Disponível em: https://prefeitura.rio/cidade/decreto-da-prefeitura-do-rio-determina-novas-medidas-para-o-combate-a-pandemia-do-novo-coronavirus/. Acesso em: 21 out. 2021.

12 Conforme matéria publicada no Portal de Notícias *G1* em 14/04/2020: (DONDOSSOLA, Edivaldo (2020). Ônibus seguem lotados no Rio um mês após início do isolamento social. G1, 14 abr. 2020. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/14/onibus-seguem-lotados-no-rio-um-mes-apos-inicio-do-isolamento-social.ghtml. Acesso em: 21 out. 2021.

financeiro da ordem de R$ 1,2 bilhão durante a pandemia. Essa entidade aponta que esse desempenho é resultado da queda na receita, considerando que parte do sistema é financiado diretamente pelo pagamento de passagens, e da fiscalização deficiente ao transporte clandestino[13]. No primeiro caso, de fato a crise no setor é grave e sua solução passa por questões estruturais, sobretudo no que diz respeito à revisão do modelo de financiamento. No segundo, é real que o transporte clandestino através de vans tem um domínio agressivo sobre parte considerável do mercado do transporte público, como mostrou recentemente uma série de reportagens veiculadas no canal de TV Globo Rio[14]. Além disso, a frota circulante de ônibus em 2020 é 10% menor do que em 2016, e o número de linhas diminuiu 22% em 10 anos[15].

No entanto, em relação às empresas do setor de ônibus na capital e na Região Metropolitana, é preciso registrar que o serviço prestado é de péssima qualidade, e a crise se agravou ainda mais quando, a partir de 2017, as concessionárias dos serviços de ônibus foram atingidas em cheio pelas ações do Ministério Público Federal e da Polícia Federal, que investigaram o envolvimento de políticos e líderes empresariais do setor em esquemas de corrupção.

Nesse contexto, não se pode deixar de mencionar que um dos fatos relacionados ao transporte público durante a pandemia foi o veto integral do presidente Jair Bolsonaro ao projeto de lei que previa o repasse de R$ 4 bilhões da União para os municípios com mais de 200 mil habitantes, os estados e o Distrito Federal. Na ocasião, uma série de organizações da sociedade civil, lideradas pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), enviou aos ministérios

13 EMPRESAS de ônibus do Rio de Janeiro acumulam déficit de receita de R$ 1,2 bilhão em um ano de pandemia (2021). Diário do Transporte, 16 mar. 2021. Disponível em: https://diariodotransporte.com.br/2021/03/16/empresas-de-onibus-do-rio-de-janeiro-acumulam-deficit-de-receita-de-r-12-bilhao-em-um-ano-de-pandemia/. Acesso em: 21 out. 2021.

14 REGUEIRA, Chico (2021. Raio-x das vans no Rio: milicianos e traficantes lucram milhões à base de propinas a agentes públicos e violência, G1, 24 ago. 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/08/24/raio-x-das-vans-no-rio-rj2.ghtml. Acesso em: 21 out. 2021.

15 Segundo dados disponibilizados pela Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.data.rio/documents/c09ef8f7d5de472c8624639070d97868. Acesso em: 21 out. 2021.

da Economia e do Desenvolvimento Regional uma carta na qual solicitava a sanção urgente do referido projeto[16]. Entretanto, o veto foi mantido em decisão da Câmara dos Deputados em 17 de março de 2021[17]. Embora não fosse a solução definitiva da crise que atinge o setor e que se agravou com a pandemia, o recurso poderia funcionar como um socorro financeiro para que o setor conseguisse operar de forma a garantir melhores condições sanitárias para circulação e qualidade dos serviços durante a pandemia.

Por fim, vale destacar que, ao contrário de muitas cidades do mundo, nenhuma cidade brasileira adotou medidas emergenciais fora do domínio do transporte público para que as pessoas pudessem continuar circulando com segurança em relação aos riscos de contaminação. A maioria dessas iniciativas dizem respeito à promoção do transporte por bicicleta, tratada nesses casos como uma alternativa às aglomerações no transporte público.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E GESTÃO DEMOCRÁTICA: REVISÃO DO PLANO DIRETOR E PROJETO REVIVER CENTRO

A pandemia da Covid-19 vem apresentando especial impacto na participação popular e, consequentemente, na gestão democrática das cidades brasileiras. No âmbito nacional, o desmonte e destruição das estruturas e possibilidades de participação popular se iniciaram muito antes da pandemia, sendo uma das expressões mais contundentes da inflexão conservadora e ultraliberal que ocorreu no Brasil a partir de 2016. No entanto, a pandemia agrava este quadro na medida em que cria uma situação sanitária que requer isolamento social e participação virtual que não estão acessíveis nas mesmas condições para todos e todas.

Nesse contexto, o poder público está – ou deveria estar – impedido de promover aglomerações

16 A carta pode ser acessada no link: https://idec.org.br/sites/default/files/posicionamento_sobre_situacao_economica_dos_transportes_publicos_no_brasil_e_o_programa_emergencial_do_transporte_social_1_2.pdf. Acesso em: 21 out. 2021.

17 IDEC lamenta veto ao auxílio emergencial para o setor de transportes (2020). Idec, 10 dez. 2020. Disponível em: https://idec.org.br/noticia/idec-lamenta-veto-ao-auxilio-emergencial-para-o-setor-de-transportes. Acesso em: 21 out. 2021.

de qualquer espécie, ainda que o chefe do executivo federal o faça constantemente como reforço de seu criminoso discurso negacionista.

Essa circunstância, associada ao contexto de destruição dos mecanismos de gestão democrática e participação popular já presente no Brasil há alguns anos, contribuiu para um cenário grave de ausência de participação na discussão e aprovação de legislações urbanísticas importantes por todo o país.

No caso do Rio de Janeiro, dois processos merecem destaque especial, seja pela sua importância, seja pela sua atualidade: a revisão do Plano Diretor da Cidade e o projeto Reviver Centro, ambos encaminhados pelo poder executivo (em uma nova gestão) no presente ano.

No mês de fevereiro de 2021 o Plano Diretor da Cidade do Rio de Janeiro (LC 111/11) completou 10 anos de vigência. No mesmo mês, completou-se um ano desde a confirmação do primeiro caso de infecção pela Covid-19 no Brasil.

Em um cenário de isolamento social, picos de mortes e internações na cidade e no país, a prefeitura do Rio decidiu revisar o Plano Diretor da cidade de forma célere. As entidades e a sociedade civil carioca foram surpreendidas com o início dos trabalhos em fevereiro deste ano, com o estabelecimento do prazo de 3 meses para o encaminhamento de uma minuta já pronta do Plano Diretor para a Câmara dos Vereadores. Mesmo após protestos e imbróglios envolvendo a formalização da participação das entidades, que levou à suspensão do processo até abril, o prazo foi pouco alterado, e todo o processo dito participativo levou apenas 60 dias, tendo sido a participação das entidades na minuta do Plano Diretor finalizado na primeira semana do mês de junho.

É evidente que esse cronograma torna a participação popular, no máximo, uma formalidade a ser cumprida em razão da exigência estabelecida no Estatuto da Cidade, sendo impossível garantir a preparação, os debates e as reflexões a partir da população em prazo tão exíguo, especialmente em um cenário social, econômico e de saúde pública como o atual.

E como se não fosse suficientemente grave a desconsideração da participação popular no processo de revisão do instrumento básico da política urbana do município, a prefeitura apresentou diretamente à Câmara dos Vereadores – paralelamente aos supostos debates sobre o Plano – o projeto Reviver Centro. Trata-se de projeto de ampla abrangência sobre a área central da cidade, dispondo sobre habitação, transporte, ordenação urbana, patrimônio público e dinamização econômica da região.

O simples fato da apresentação de projeto de lei desta relevância em paralelo aos debates do Plano Diretor já seria problemático em relação à participação popular, visto que descentraliza os debates e aumenta as instâncias de participação e acompanhamento necessárias. Entretanto, esse problema foi "superado" pelo executivo carioca ao estabelecer um grupo de estudos restrito sobre o projeto com a subsequente submissão do texto à Câmara dos Vereadores, sem abertura de instâncias de participação popular para além de frágeis enquetes disponibilizadas no site da prefeitura.

Apenas por iniciativa dos parlamentares foram realizadas algumas audiências públicas virtuais, com curto tempo de fala para a sociedade civil e baixo nível de detalhamento do projeto para conhecimento público. Neste cenário, o projeto foi aprovado 70 dias após sua apresentação, deixando lacunas, questionamentos e um legado antidemocrático em mais um importante projeto de intervenção na cidade.

Infelizmente, sem a garantia da participação popular, temos um cenário propício ao privilégio de interesses setoriais e pontuais em detrimento da efetividade social das leis e sua eficácia no sentido da reprodução da cidade rumo a uma redução das desigualdades socioespaciais e a promoção do direito à cidade.

VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, REGIÃO METROPOLITANA E MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A campanha de vacinação contra a Covid-19 no estado do Rio de Janeiro começou no dia 18 de janeiro de 2021. Até o dia 13 de agosto o número de doses aplicadas somava aproximadamente 12,6 milhões, sendo 8,7 milhões da primeira dose e 3,8 milhões da segunda ou dose única. Ao todo, 50% da população recebeu a primeira dose, enquanto outros 22,3% foram vacinados com a segunda dose ou com a vacina de dose única.

Comparado com outras unidades da Federação, o Rio de Janeiro ocupa uma posição intermediária no *ranking* do percentual de pessoas vacinadas com a segunda dose ou dose única, atrás de outros seis estados. Até o dia 13 de agosto foram registradas diferenças importantes entre os municípios, sobretudo em relação à aplicação da primeira dose. Além de alguns municípios do interior, a capital e Niterói se destacam, sobretudo se comparados aos demais municípios da RMRJ.

Na Região Metropolitana como um todo o percentual de vacinados com a primeira dose era de 52,5% e com a segunda ou dose única de 23,7%. Percebe-se, portanto, que são percentuais que estão acima daqueles registrados pelo estado, o que poderia indicar um desempenho melhor da Região Metropolitana em comparação às demais regiões. No entanto, quando se observa o percentual em cada município metropolitano, percebe-se que esse desempenho pode estar relacionado à situação de alguns deles, especialmente Rio de Janeiro e Niterói, onde o percentual de pessoas vacinadas com a segunda dose ou dose única até 13 de agosto de 2021 era maior. Além desses dois, que realmente destoam dos demais, Maricá, Nilópolis e Mesquita são os únicos que têm percentual acima do valor registrado para o estado. A maioria dos municípios, por sua vez, está abaixo da média nacional (21%), com destaque para Belford Roxo e Queimados, que apresentam percentual baixo de 10%.

Entre os municípios da RMRJ, vale destacar o caso de Duque de Caxias, que, ao longo da

Campanha Nacional de Vacinação contra Covid-19, ocupou o noticiário de forma bastante negativa em razão da forma desorganizada que vem conduzindo a Campanha localmente, situação decorrente do fato de a Prefeitura convocar um público-alvo maior do que o número de doses disponíveis. Antes mesmo de completar um mês do início da vacinação, o município recebeu, no dia 3 fevereiro de 2021, a primeira manifestação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ). Neste caso, para que, na execução da Campanha, a Prefeitura observasse o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19, sobretudo nos pontos que, naquele momento, estabeleciam os grupos prioritários: idosos em instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), portadores de deficiência institucionalizados e trabalhadores da Saúde[18].

Apesar das várias recomendações e ações do MPRJ, entre elas uma ação civil pública, o município continuou desrespeitando irresponsavelmente o Plano Nacional de Imunização (PNI), provocando filas desnecessárias, aglomerações e confusões nos locais de vacinação[19]. No início do mês de março, quando o fluxo de envio de doses pelo Ministério da Saúde (MS) ainda era bastante incipiente e os municípios estavam vacinando lentamente idosos acima de 80 anos, um anúncio da prefeitura de Duque de Caxias prometendo vacinar toda a população acima de 60 anos gerou filas quilométricas, inclusive nas estradas que dão acesso ao município, além de aglomeração nos postos de vacinação, contrariando as medidas mais básicas para a contenção da pandemia. Na ocasião, o prefeito Washington Reis assumiu que as doses disponíveis eram de fato insuficientes para esse público-alvo[20].

---

18 Segundo notícia publicada no site do MPRJ: MPRJ recomenda que o Município de Duque de Caxias respeite prioridades de acordo com o plano nacional de vacinação (2021). Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, 3 fev. 2021. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/100304?p_p_state=maximized. Acesso em: 21 out. 2021.

19 Vacinação em Duque de Caxias. Disponível em: https://www.band.uol.com.br/noticias/vacinacao-em-duque-de-caxias-rj-registra-confusao-crianca-com-sindrome-de-down-foi-imunizada-16344395. Acesso em: 21 out. 2021.

20 Conforme notícia do Jornal *Folha de S. Paulo*: BARBON, Júlia. Duque de Caxias (RJ) provoca filas enormes após prometer vacina para pessoas acima de 60 anos. Folha de S. Paulo, 5 mar. 2021. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/duque-de-caxias-rj-provoca-filas-enormes-apos-prometer-vacina-para-pessoas-acima-de-60-anos.shtml. Acesso em: 21 out. 2021.

Além de ter gerado outra nota de recomendação, o MPRJ impôs multa pessoal no valor de 50 mil reais ao prefeito e ao secretário municipal de Saúde no dia 5 de março de 2021, em razão do recorrente descumprimento de decisão judicial que ordenava a organização da vacinação. Determinação como esta se repetiu no dia 21 do mesmo mês. Além do respeito à ordem dos grupos prioritários, a preocupação do MP se voltou também para a garantia da segunda dose[21], considerando que a aceleração da vacinação com a aplicação da primeira parecia estar mais orientada pelos interesses políticos e eleitorais do prefeito[22] do que pelas recomendações das autoridades de saúde e, especificamente, pelas diretrizes do PNI.

Com isso, Duque de Caxias, que é terceiro município mais populoso do estado, havia vacinado até 13 de agosto apenas 33% da população com a primeira dose, menos que a metade dos valores registrados para Rio de Janeiro e Niterói. Esse valor pode ser em parte explicado pela estrutura demográfica, já que esses dois municípios têm estrutura etária mais envelhecida, mas não para gerar uma diferença tão grande. Mas os dados mostram também que o percentual de vacinação em Duque de Caxias fica muito aquém dos seus vizinhos Guapimirim, Nilópolis e Mesquita, todos com percentual próximo a 50%. Em relação à aplicação da segunda dose ou dose única, a posição do município é um pouco melhor. No entanto, com 15,5% de pessoas vacinadas, Duque de Caxias tem situação pior que outros municípios da Baixada Fluminense que possuem perfil demográfico e socioeconômico muito semelhante, como Nova Iguaçu e São João de Meriti.

A situação geral da RMRJ é caracterizada, portanto, por diferenças importantes entre os municípios quanto à cobertura vacinal e à capacidade de acelerar a imunização da população.

21 No dia 10 de abril de 2021 a prefeitura suspendeu a aplicação da segunda dose sem aviso prévio, conforme reportou matéria publicada no Portal de Notícias G1 no dia 24/04: https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/04/13/prefeitura-de-duque-de-caxias-suspende-imunizacao-para-a-segunda-dose-da-vacina-contra-a-covid.ghtml. Acesso em: 21 out. 2021.

22 Já é fartamente noticiado pelos meios de comunicação a intenção do prefeito em concorrer a uma vaga no Senado Federal nas eleições de 2022: PRÉ-CANDIDATO ao Senado, Washington Reis percorre interior do Rio (2021). O Dia, 8 maio 2021. Disponível em: https://odia.ig.com.br/duque-de-caxias/2021/05/6141230-pre-candidato-ao-senado-washington-reis-percorre-interior-do-rio.html. Acesso em: 21 out. 2021.

No entanto é preciso reconhecer que, embora tenha ocorrido uma campanha sistemática de desinformação por parte de importantes atores políticos, entre eles o presidente da República, a adesão por parte da população é um fator positivo[23]. Apesar dessas diferenças e das dificuldades criadas pelo governo federal[24], devido à trajetória exitosa e à estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria dos municípios parece demonstrar capacidade para efetivar os objetivos da vacinação contra Covid-19, inclusive por conta da experiência acumulada nas muitas campanhas de vacinação ocorridas em anos anteriores.

POLÍTICAS PÚBLICAS E INICIATIVAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE AUXÍLIO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

As consequências econômicas da pandemia da Covid-19 e do isolamento social necessário para reduzir sua propagação tiveram impacto direto sobre os trabalhadores mais pobres do país, especialmente considerando o cenário de elevada precarização e informalidade do mercado de trabalho brasileiro. Nesse contexto, foi exigido do governo federal em 2020 uma medida de amparo aos trabalhadores informais que permitissem que eles se mantivessem em casa sem a necessidade urgente de sair para trabalhar.

O auxílio emergencial do governo federal[25] foi fundamental para a manutenção das condições

23 Segundo pesquisa realizada pelo instituto DataFolha, divulgada em julho de 2021, 94% da população havia se vacinado ou pretendia se vacinar contra Covid-19: DATAFOLHA: 94% dos brasileiros se vacinaram ou pretendem se vacinar contra Covid (2021). CNN, 13 jul. 2021. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/datafolha-94-dos-brasileiros-se-vacinaram-ou-pretendem-se-vacinar-contra-covid/. Acesso em: 21 out. 2021.

24 Em 7 de agosto de 2021, quando o município do Rio de Janeiro teve que suspender a vacinação por conta da falta de doses, o Ministério da Saúde contava com pelo menos 9,7 milhões de doses em estoque, conforme informou, na ocasião, matéria do jornal *O Globo*: NEDER, Lívia; SOUZA, Rodrigo de (2021). Vacinação: Rio pode suspender campanha novamente por demora na entrega de doses pelo Ministério da Saúde, diz prefeitura. O Globo, 7 ago. 2021. Disponível em: https://oglobo.globo.com/rio/vacinacao-rio-pode-suspender-campanha-novamente-por-demora-na-entrega-de-doses-pelo-ministerio-da-saude-diz-prefeitura-1-25145659. Acesso em: 21 out. 2021.

25 Entre abril e agosto de 2020 o governo federal desembolsou cerca de 182,3 bilhões de reais para o pagamento do auxílio emergencial, instituído pelo Congresso Nacional, através da Lei Federal nº 13.982/20. Além de aprovar o benefício, a lei definiu seus critérios de elegibilidade e, no final das contas, forçou o governo a adotar a principal medida para amenizar os efeitos econômicos e sociais da pandemia.

mínimas de renda e de vida dos brasileiros durante a pandemia e garantiu que os rendimentos não caíssem ainda mais.

Como parte do Dossiê, esta seção busca listar essas iniciativas e traçar um panorama mais amplo sobre as políticas de amparo adotadas pelo estado e municípios na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Ao todo foram levantadas as quinze políticas levantadas no âmbito do governo estadual e de seis municípios da RMRJ. Para cada uma das políticas foi levantado o público-alvo, o valor, a duração e o alcance do benefício. As políticas foram enquadradas em diferentes tipos, e foi descrita a esfera que criou o programa e o nome do programa.

Muitos dos programas da esfera estadual e municipais foram lançados em 2021, provavelmente fruto do vácuo deixado pelo auxílio emergencial do governo federal, que foi interrompido em dezembro de 2020 e só foi retomado, com valores bastante inferiores, em abril de 2021.

Se destacam no presente ano os programas lançados pelo governo estadual e pela prefeitura do Rio de Janeiro. Esta lançou em abril um pacote de medidas de transferências diretas com parcelas mensais de R$ 200 para as famílias em vulnerabilidade e de R$ 500 em parcela única para ambulantes cadastrados. Além disso, foram aumentados temporariamente os valores de auxílios que já existiam, como o cartão-alimentação dos estudantes da rede municipal e o Cartão Família Carioca.

Já o governo estadual lançou em junho de 2021 o programa Supera RJ que conta com transferência direta de renda de até R$ 300[26] para as famílias e uma linha de crédito para pequenas empresas. Uma política setorial de auxílio tecnológico para os professores da rede estadual de ensino em cota única foi implementada também nesse mês pelo governo estadual. O programa Supera RJ se articulou com várias instituições municipais que não tinham programas próprios e que se disponibilizaram organizando locais de distribuição dos cartões

26 Vale lembrar que não são elegíveis para receber esse auxílio os beneficiários de uma série de outros programas, entre eles o Auxílio Emergencial 2021 do governo federal, conforme está indicado no website do programa: https://www.superarj.rj.gov.br/faq. Acesso em: 21 out. 2021.

e de orientação a respeito tanto do programa estadual quanto dos programas nacionais, como o próprio auxílio emergencial e a lei Aldir Blanc.

INICIATIVAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA NOS TERRITÓRIOS POPULARES

Os impactos da pandemia acirraram a precarização das condições de vida nos territórios populares. Diante da pouca efetividade das ações do poder público, inúmeras redes e articulações locais se mobilizaram para o enfrentamento da pandemia e a garantia de condições de sobrevivência.

Entre as iniciativas, é possível reconhecer dois tipos de campanhas: de comunicação popular e prevenção; e de arrecadação de doações para a distribuição de *kits* de higiene e alimentos, como a realizada pelo Comitê de Solidariedade Ações e Lutas do Morro do Preventório, em Niterói, que adquiriu produtos junto a trabalhadores afetados pela pandemia para serem distribuídos à população moradora do Preventório. Somam-se às campanhas as experiências de sanitização de espaços de uso coletivo (mais presentes nos primeiros meses de pandemia) e de acompanhamento e apoio dos moradores de grupos de risco.

Diversas organizações populares buscaram estabelecer parcerias com agentes comunitários de saúde, Clínicas da Família e profissionais da educação e assistência social para a conscientização sobre os riscos e cuidados e, em 2021, para a vacinação contra a Covid-19. Como caso exemplar de medidas que conseguiram reduzir o contágio e a incidência de quadros graves destacamos a parceria entre organizações sociais da Maré e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), consolidada no projeto *Conexão Saúde: de olho na Covid*, que promove o atendimento integral em saúde na Maré tendo como princípio a vigilância ativa. Em 2021 o projeto avançou na produção de

informações e realizou a vacinação em massa dos moradores contra a Covid-19[27]. Através de uma potente campanha realizada entre os meses de julho e agosto, foram vacinadas cerca de 36 mil pessoas, fazendo com que 99,14% da população adulta da Maré estivesse vacinada ao menos com a primeira dose da vacina.

O acesso a financiamentos por meio de editais tem se mostrado fundamental para o fortalecimento e a expansão das iniciativas populares. Como fruto da mobilização de lideranças do Complexo do Alemão, Cidade de Deus, Maré, Rocinha e Santa Marta junto a universidades, instituições de pesquisa, associações científicas e sindicatos de profissionais, foi realizado o "Edital de Apoio às Ações Emergenciais de Enfrentamento à Covid-19 nas Favelas do Rio de Janeiro". Acessando recursos da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), foram destinados R$ 17 milhões para iniciativas em territórios populares.

Por fim, entre as importantes iniciativas promovidas pelas ocupações para fins de moradia destacamos o caso da Ocupação Solano Trindade na cidade de Duque de Caxias. A realização de campanhas de financiamento coletivo garantiu a continuidade do mutirão para construção das futuras moradias e possibilitou aos moradores que mantivessem trabalho e renda na própria ocupação.

As graves condições de vida enfrentadas nos territórios populares e exacerbadas pela pandemia reafirmam a centralidade do papel do Estado. Os casos aqui tratados põem em evidência a relevância e o potencial das iniciativas locais frente às urgências que se impõem. Entretanto, é necessário ressaltar que estas iniciativas se dão de forma heterogênea entre os territórios, estando mais presentes nas áreas de ocupações mais consolidadas e com movimentos associativos mais fortes, e exigindo maiores esforços na ampla maioria dos territórios populares para a consolidação de redes de solidariedade.

27 BRASIL, Cristina Índio do (2021). No Rio, vacinação em massa da Maré alcança 36 mil moradores. Agência Brasil, 4 ago. 2021. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/no-rio-vacinacao-em-massa-da-mare-alcanca-36-mil-moradores. Acesso em: 21 out. 2021.

MARCOS REGULATÓRIOS DE PROTEÇÃO DE DIREITOS PROPOSTOS E APROVADOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Quanto aos marcos regulatórios, foram mapeadas 183 iniciativas estaduais e 48 iniciativas municipais, agrupadas em 15 categorias: (i) combate à pandemia; (ii) direito ao trabalho; (iii) fornecimento de serviços básicos e essenciais; (iv) saúde pública; (v) espaço público; (vi) transferência de renda; (vii) direito à educação; (viii) direito à moradia; (ix) reajustes de taxas e impostos; (x) espaços privados; (xi) favelas; (xii) direitos da mulher; (xiii) população em situação de rua; (xiv) direito urbanístico; e (xv) incentivo de pagamentos.

Entre as iniciativas levantadas, cabe destacar aquelas voltadas para a suspensão de despejos durante o período da pandemia da Covid-19. A crise econômica agravou ainda mais o cenário do déficit habitacional em todo o país. No Rio de Janeiro, cidade que enfrentou um importante aumento de preço dos imóveis e aluguéis nos últimos anos, esse agravamento parece ainda mais expressivo.

Neste sentido, foram apresentados os projetos de Lei n. 1773/2020 e 134/2021, com o objetivo de suspender os despejos e remoções durante a pandemia da Covid-19. Ambos foram rejeitados, mantendo a população do município – em especial a de baixa renda – em situação de risco. No âmbito estadual foi apresentado o projeto de lei n. 2022/2020, no mesmo sentido das iniciativas municipais e com o mesmo destino.

Apesar da não adesão do legislativo municipal carioca e estadual às propostas de proteção do direito à moradia no cenário da pandemia, cabe destacar a decisão do Supremo Tribunal Federal na ADPF n. 828, que suspendeu os despejos e remoções promovidas pelo poder judiciário e pela administração pública por seis meses no período da situação de pandemia em âmbito nacional. Em que pese a importância da decisão, ela tem limitações relevantes como o marco temporal e a possibilidade de não aplicação para ocupações estabelecidas durante a pandemia.

Além da suspensão no âmbito judicial, foi recentemente aprovado no Congresso Federal o Projeto de Lei n. 827/2020, que também teve por objeto a suspensão dos despejos e remoções em todo o território nacional durante a pandemia.

O tema dos despejos e remoções também tem tido protagonismo na ação dos atores do sistema de justiça e da sociedade civil.

Neste âmbito, cabe destacar a atuação combativa das defensorias públicas, seja na defesa dos moradores em âmbito judicial ou na incidência política a partir da publicação de recomendações e notas técnicas sobre o tema.

Também não se pode deixar de mencionar as intensas mobilizações da sociedade civil em todos os níveis federativos no sentido de barrar despejos e remoções durante a pandemia. Entre as mobilizações merece destaque a Campanha Despejo Zero[28], que articulou uma rede nacional de ação e incidência em torno da temática, tendo sido lançada em julho de 2020. A campanha tem se mobilizado para atuar nas situações de despejo e remoção, bem como na produção de documentos de incidência, como a sistematização dos dados dos despejos e remoções no Brasil e a publicação de cartas e notas públicas sobre o tema.

28 Para saber mais acesse: https://www.campanhadespejozero.org/. Acesso em: 21 out. 2021.

12

REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR (BA)

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

Pablo Vieira Florentino

INTRODUÇÃO

Este relatório teve por objetivo incluir novos elementos às análises preliminares realizadas pelo Núcleo Salvador do INCT Observatório das Metrópoles a respeito da pandemia da Covid-19 em julho de 2020, contribuindo para a compreensão dos impactos sobre Salvador e sua Região Metropolitana (RMS) e para a construção de propostas e estratégias de superação da crise que se instalou, principalmente nas periferias e favelas, após mais de um ano. São apresentadas informações sobre a realidade da cidade-pólo desta região e, sempre que disponíveis, dos demais 12 municípios que compõem a metrópole. Salvador é a maior cidade do estado da Bahia e, segundo o último Censo Demográfico, concentrava cerca de 79% da população da RMS. Por ser uma cidade periférica no tecido urbano e econômico brasileiro, é marcada por grande pobreza, desigualdades e formas de vulnerabilidade social.

A reflexão se estrutura em quatro eixos: a) um panorama atual da pandemia na RMS; b) governança e políticas de enfrentamento da Covid-19; c) acesso à saúde, à educação, ao trabalho e à renda; d) conflitos no território e violações de direitos. 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.

PANORAMA DA COVID-19 NA RMS

Até o final de setembro de 2021, o estado da Bahia apresentou um total de 1.232.674 casos confirmados de Covid-19 e 26.556 óbitos, um crescimento de 8 vezes em relação ao dossiê Covid-19 anterior, de junho de 2020. A incidência no estado é de 8.256 casos por 100 mil

habitantes, e a de óbitos é de 177,9 por 100 mil. No ano passado, 35,2% dos casos eram de residentes da capital, percentual que diminuiu desde o início da pandemia, chegando a 19,1% dos casos e 30,1% dos óbitos concentrados na capital. A Tabela 1, que se segue, apresenta os principais dados sobre o número de casos e de óbitos por Covid-19 na Região Metropolitana de Salvador:

A Região Metropolitana de Salvador apresenta um peso considerável no estado na Bahia, em termos populacionais, concentrando cerca de 26,5% da população estadual (segundo estimativas populacionais de 2020 do IBGE), e, em termos econômicos, sendo responsável por 41,9% do PIB estadual (segundo dados do PIB de 2018). Porém, conforme amplamente discutido nos diversos estudos do núcleo Salvador do Observatório das Metrópoles (CARVALHO; PEREIRA, 2014; SILVA; SILVA; SILVA, 2016), os municípios da região são muito desiguais em termos populacionais, econômicos e no que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano. Salvador diminuiu, segundo as estimativas populacionais de 2020 do IBGE, a sua relevância em termos populacionais, caindo para 72,9% da população da RMS. Porém, seu PIB representou, em 2018, 53% do total da região, ainda que municípios com uma base industrial relevante, como São Francisco do Conde, Camaçari e Simões Filho, ou uma base vinculada ao setor de serviços, como Lauro de Freitas, apresentem também um PIB superior aos demais municípios da região. Em relação ao IDH, apenas Salvador e Lauro de Freitas ficam acima da média da RMS, ainda que toda a região esteja classificada como uma área de médio desenvolvimento humano, segundo as avaliações do PNUD 2010.

Tanto o peso da RMS no estado quanto às desigualdades internas se expressam também na incidência da Covid-19 entre os municípios. Os dados da Tabela 1 revelam, em primeiro lugar, que a pandemia se converteu claramente num problema metropolitano, já que a RMS concentrou 26,7% dos casos confirmados e 38,4% dos óbitos.

Essa concentração se expressa também no número de casos e óbitos por 100 mil habitantes. Os índices da RMS são superiores à média do estado da Bahia. O município de Salvador tem

MUNICÍPIO	CASOS CONFIRMADOS	%	CASOS por 100 mil habitantes (Pop. Estimada em 2020)	ÓBITOS	%	ÓBITOS por 100 mil habitantes (Pop. Estimada em 2020)
Salvador	236.081	19,1	8.178	8.004	30,1	277,27
Camaçari	24.940	2	8.196	622	2,3	204,4
Candeias	8.331	0,7	9.526	194	0,7	221,82
Dias d'Ávila	5.819	0,5	7.059	160	0,6	194,1
Itaparica	1.421	0,1	6.362	38	0,1	170,12
Lauro de Freitas	23.383	1,9	11.597	531	2	263,35
Madre de Deus	2.858	0,2	13.335	47	0,2	219,3
Mata de São João	4.406	0,4	9.349	69	0,3	146,42
Pojuca	3.809	0,3	9.529	52	0,2	130,09
São Francisco do Conde	3.771	0,3	9.370	69	0,3	171,45
São Sebastião do Passé	3.563	0,3	8.019	94	0,4	211,57
Simões Filho	9.278	0,8	6.833	238	0,9	175,28
Vera Cruz	1.786	0,1	4.085	79	0,3	180,71
RMS	**329.446**	**26,7**	**8.324**	**10.197**	**38,4**	**257,66**
Bahia	**1.232.674**	**100**	**8.256**	**26.556**	**100**	**177,86**

Tabela 1- Casos e óbitos por Covid-19 por municípios da RMS e Bahia

Fonte: Elaboração própria baseada nos dados disponibilizados pela Central Integrada de Comando e Controle da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Dados atualizados até o dia 28/09/2021.

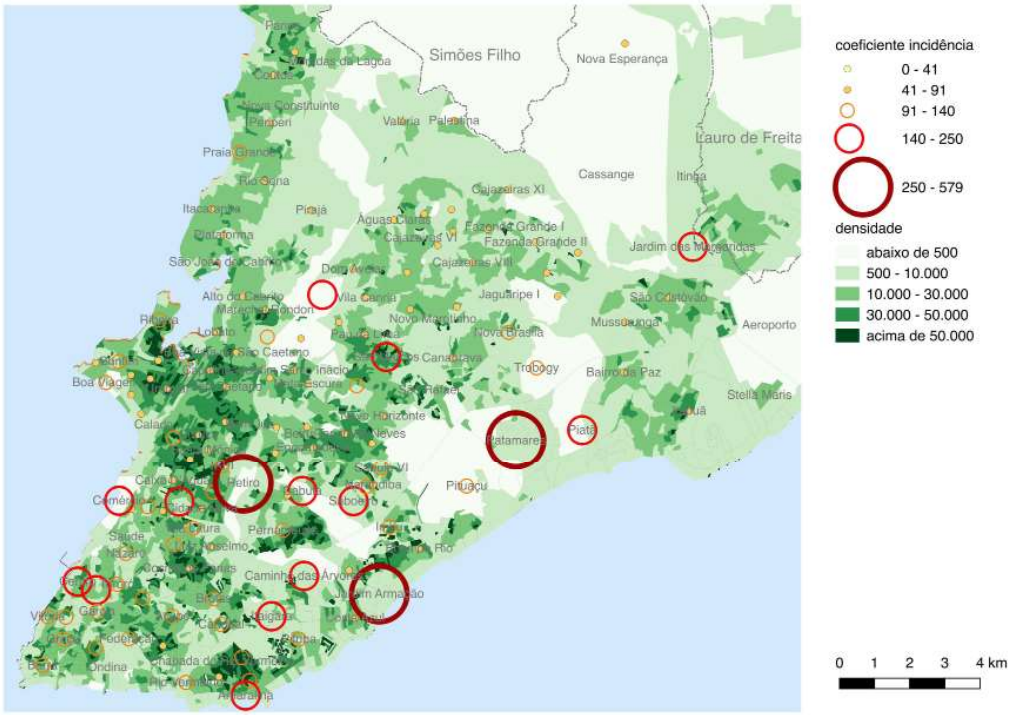


Figura 1: Incidência de Covid-19 e densidade populacional por área - RMS 2021

Fonte:Prefeitura Municipal de Salvador – março/2020 a outubro/2021; IBGE/Censo demográfico 2010. Elaboração própria.

um índice superior de óbitos por 100 mil habitantes, maior que a média do estado, mas um quantitativo ligeiramente inferior de casos. Outros municípios, tais como Lauro de Freitas, Pojuca, Madre de Deus e São Francisco do Conde, por exemplo, apresentam índices de casos por habitantes maiores do que a média do estado, enquanto Camaçari, São Sebastião do Passé, Candeias e as mesmas Lauro de Freitas e Madre de Deus apresentam valores superiores à média estadual em termos de óbitos.

A relevância da territorialidade metropolitana da RMS no padrão de concentração de casos e de óbitos fica evidente a partir desses dados. Porém, esse mesmo exercício foi realizado no mês de março deste ano[1], e a comparação com os dados coletados no final do presente mês de setembro de 2021 revela certa diminuição na concentração metropolitana dos casos e óbitos de Covid-19. Naquele mês o acumulado indicava a RMS como responsável por 29,5% dos casos e por 41% dos óbitos. Essa variação deve ser melhor investigada, mas pode estar relacionada a um possível avanço da vacinação nos municípios da RMS, entre eles a capital do estado.

Apesar dessa oscilação, os dados até então analisados sugerem a relevância de se pensar a disseminação da pandemia, bem como as estratégias de enfrentamento, a partir de territorialidades que ultrapassam a escala municipal. Nesse aspecto, o tratamento da questão metropolitana apresentou inflexões importantes no enfrentamento da pandemia pelos entes federados na RMS.

Áreas com elevadas densidades demográficas e maiores vulnerabilidades estruturais, como o Subúrbio Ferroviário e Cidade Baixa, têm taxas de incidência mais baixas que bairros de classe média e média alta, como Patamares e Jardim Armação. A região do Retiro fica entre essas duas regiões, com elevada incidência. Bairros de classe alta, como Caminho das Árvores e Itaigara, apresentaram coeficientes de incidência equivalentes a áreas como o Comércio e o Centro da Cidade, com maior movimentação de pessoas para atividade de comércio e serviços, por

1 Conforme ARANTES, Rafael A.; PEREIRA, Carla G. (2020b).

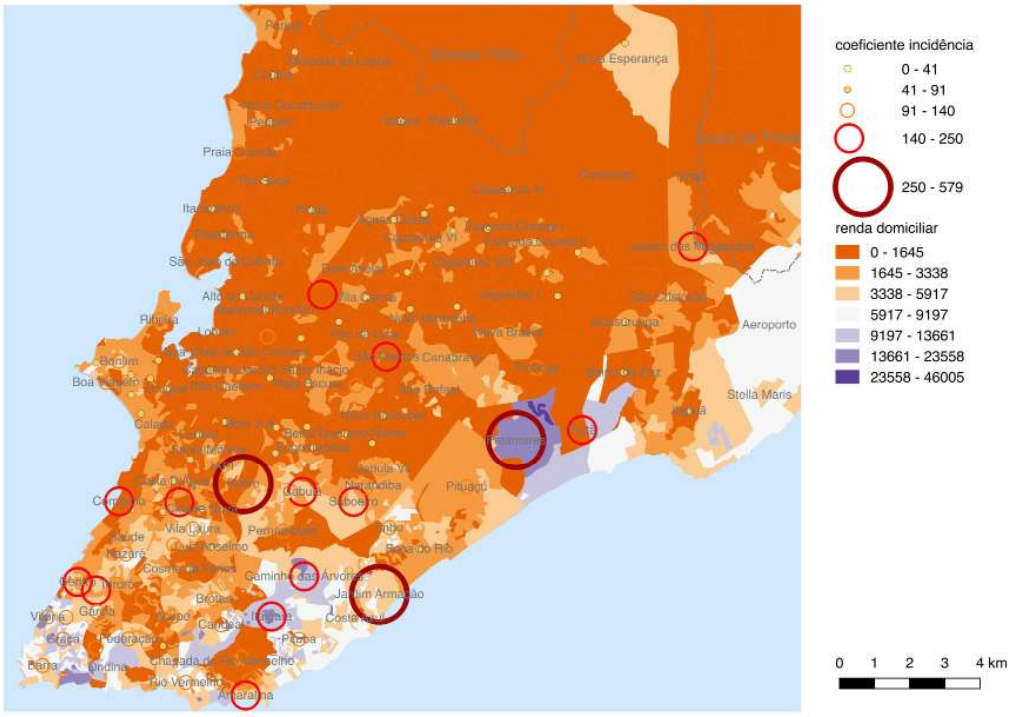


Figura 2: Incidência de Covid-19 e renda domiciliar por área - RMS 2021

Fonte: Prefeitura Municipal de Salvador – março/2020 a outubro/2021; IBGE/Censo demográfico 2010. Elaboração própria.

exemplo. Bairros mais tradicionais na península da capital, como Barra, Ondina e Graça, com maior presença das classes médias e altas, possuem menores coeficientes de incidência do que os bairros de classe média da orla atlântica. Contudo, os bairros populares do miolo da cidade apresentaram incidências ainda menores. Essa não convergência entre áreas estruturalmente pobres e a incidência da Covid-19 fica mais evidente na Figura 2.

O bairro de Patamares é uma das áreas da capital com recente crescimento de condomínios verticais de classe média alta e apresentou um dos maiores coeficientes de incidência da Covid-19. Elevado coeficiente também se deu em Jardim Armação, área de classe média, com rendas médias domiciliares um pouco menores e com forte verticalização.

O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA NA RMS: COOPERAÇÃO E CONFLITO

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 (ARANTES; PEREIRA, 2020a). Não obstante, o enfrentamento da pandemia da Covid-19 tem suspendido, pelo menos momentaneamente, a competição e alterado o padrão das relações intergovernamentais e interfederativas entre a prefeitura municipal de Salvador e o governo do estado (PEREIRA; ARANTES, 2020a). Ao longo do ano de 2020, o governador Rui Costa e o então prefeito ACM Neto se reuniram várias vezes para pactuar e ajustar as ações interfederativas. As duas instâncias colocaram em prática principalmente estratégias de: a) distanciamento social; b) vigilância e atenção à saúde; c) reorganização dos serviços públicos, finanças e funcionalismo; d) apoio socioeconômico (PEREIRA; ARANTES, 2020a).

A cidade de Salvador e os demais municípios da RMS permaneceram sob uma estrita política de distanciamento social até julho de 2020, quando o governador e o prefeito da capital deram uma coletiva de imprensa em conjunto para apresentar um plano de reabertura das atividades na cidade, confirmando o aprofundamento da cooperação entre governo do estado e prefeitura municipal. O governo do estado e os demais municípios da região metropolitana também atuaram de maneira cooperativa no enfrentamento da pandemia.

Porém, o que se destacou durante este período foi a falta de cooperação entre todos os municípios da RMS, especialmente entre a prefeitura de Salvador e as demais prefeituras. Não houve tampouco melhor coordenação por parte do governo do estado para operar ações conjuntas entre todos os municípios das RMS e isto ficou bastante claro nessa primeira etapa de flexibilização, já que o governo do estado se reuniu separadamente com Salvador, em primeiro lugar, e posteriormente com os demais municípios da RMS, que seguiram "a reboque" da capital.

Em 2014, o governo do estado criou a Entidade Metropolitana da Região Metropolitana de

Salvador (EMRMS), mas, como apontam Silva, Silva e Silva (2016), sua instituição se tornou matéria polêmica, uma vez que a prefeitura municipal de Salvador entendia que a instituição feria o modelo do pacto federativo e reduzia a autonomia municipal. A prefeitura de Salvador, assim, não reconheceu a Entidade Metropolitana e não participa do seu colegiado, o que ilustra somente a atual fase da histórica dificuldade em produzir uma governança metropolitana na RMS (SOUZA, 2008). Tal dificuldade se expressou também no enfrentamento da pandemia, uma vez que o planejamento não levou em consideração a totalidade da região metropolitana e nem a relevância dos fluxos entre o polo metropolitano e os demais municípios da região, de modo que as ações foram planejadas de maneira fragmentada.

Essa falta de articulação, cooperação e mesmo de uma governança metropolitana mais eficaz se converteu em conflitos explícitos entre os gestores municipais. Ao longo do mês de agosto de 2020, as medidas de flexibilização se sucederam gradativamente em Salvador. Porém, nesse mês, o município só havia alcançado a fase dois de reabertura, de um total de três. Nesse mesmo período, entretanto, alguns municípios da região metropolitana, como Mata de São João, onde se situa a Praia do Forte, um importante destino turístico do estado e do país, já haviam permitido a abertura de bares, restaurantes, praias e meios de hospedagem. Isso gerou uma crise pública entre o prefeito de Salvador e o prefeito deste município.

Nesse sentido, o contexto de enfrentamento da pandemia evidencia que a prefeitura de Salvador, na gestão de ACM Neto, continuava se ausentando da responsabilidade com o planejamento e a gestão metropolitana. A falta da compreensão da importância de ações metropolitanas para o enfrentamento da pandemia se evidenciou também com a ausência/omissão de pronunciamentos da Entidade Metropolitana nesse período.

A partir de 2021, com a chegada de um novo prefeito em Salvador, Bruno Reis, o tema metropolitano parece ter ganhado maior importância, mesmo que ele tenha sido eleito como sucessor do antigo prefeito ACM Neto. O estado da Bahia alcançou o auge da segunda onda de infecções pela Covid-19 a partir de meados de fevereiro, após o fim da temporada de verão e

do carnaval. Os gestores públicos logo perceberam a gravidade da situação devido à ampliação do número de casos, de internações e de óbitos. Assim, o governo do estado decretou toque de recolher na maior parte dos municípios baianos a partir de 19/02, medida que se estendeu (com variações de horário e sucessivas flexibilizações) até o início de julho.

Diferentemente do que havia ocorrido anteriormente, nesse novo momento essa estratégia parece ter sido desenhada em conjunto com os prefeitos dos municípios da região metropolitana. O próprio prefeito Bruno Reis informou em várias entrevistas coletivas que telefonou para esses gestores e intermediou uma solução conjuntamente com o governo do estado. No dia 28/02, o prefeito de Salvador publicou um artigo de opinião no jornal *A Tarde* (o mais importante do estado) afirmando a relevância da formulação de estratégias metropolitanas no combate à pandemia. Tal perspectiva parecia inaugurar uma nova forma de lidar com essa questão.

Entretanto, já no mês de maio o plano de reabertura das atividades mais uma vez parece ter contado somente com a participação do prefeito Bruno Reis e do governador Rui Costa, sem articulação explícita com os demais gestores municipais da metrópole.

Em termos de mobilidade urbana, por exemplo, os governos estadual e municipal adotaram conjuntamente a redução da oferta de transporte público. Em 19/3/2020 foi publicado um decreto que determinou a redução da frota em 30% – podendo ter chegado a 50% – e a suspensão do trabalho de funcionários do transporte público, com redução de salários. Tal medida, que parece não ter sido acompanhada de uma análise da oferta e demanda nesse período específico, pode ter acarretado maior aglomeração em pontos de ônibus e estações, além de superlotação. Diante das reclamações de superlotação, em 08/04 houve um aumento na oferta de veículos e a determinação do limite na lotação em 50%. Contudo, diante de uma redução significativa da frota, o cenário de superlotação perdurou, mesmo com a redução do número de passageiros transportados.

ACESSO À SAÚDE, À EDUCAÇÃO, AO TRABALHO E À RENDA NA PANDEMIA

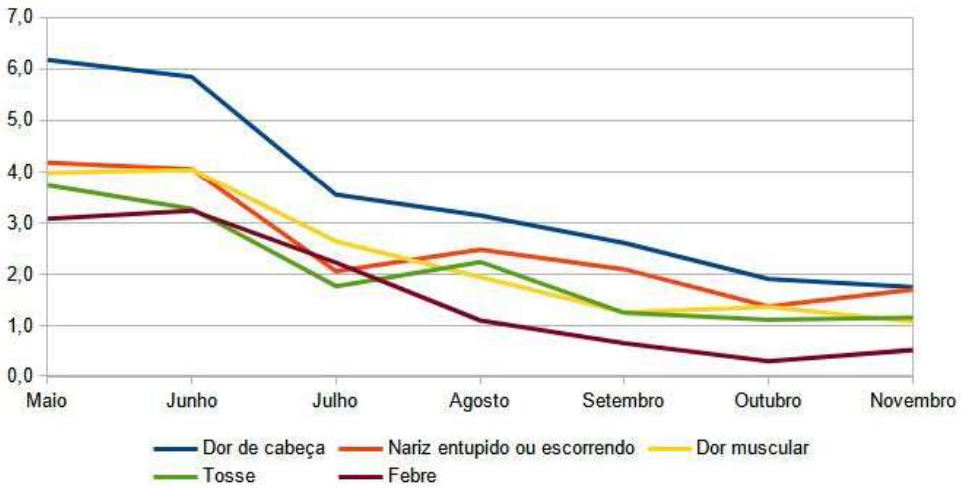
A PNAD Covid-19 foi uma versão da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, realizada em parceria com o Ministério da Saúde, com coleta de dados por telefone em 2020. Seus objetivos incluíram estimar o número de pessoas com os principais sintomas da Covid-19 e quantificar alguns dos impactos da pandemia na rede de saúde, na educação e no mercado de trabalho.

Os principais sintomas que os entrevistados na RMS identificaram foram dor de cabeça, nariz entupido ou escorrendo, dor muscular, tosse e febre, com a prevalência caindo ao longo do ano, chegando ao mês de outubro a patamares bem mais baixos que maio de 2020, o que confirma a estabilização da incidência anterior à segunda onda neste período. Sabemos que, no final do ano de 2020, com uma maior flexibilização das medidas de quarentena e isolamento social, e ainda sem acesso amplo a vacinas, houve aumento da incidência. Mas o que vale destacar nos resultados da PNAD Covid-19 são os limites da estrutura de atendimento da rede de saúde da metrópole.

Na Figura 4, pode-se constatar que menos de 20% das pessoas que declararam ter tido algum sintoma de Covid-19 foram a um estabelecimento de saúde (somente em novembro o percentual chegou aos 20%). Entre aquelas que tiveram sintomas e não foram a estabelecimentos de saúde, 83,1% ficaram em casa e 56,3% tomaram remédio por conta própria, sem qualquer orientação médica; apenas 11,2% tiveram orientação médica para tomar remédios, 5,2% ligaram para profissional de saúde e 0,9% receberam alguma visita de profissional de saúde em casa (0,8% da rede SUS). Na Figura 5 fica evidente também o restrito acesso a testes para detectar e confirmar a contaminação pelo coronavírus, apesar de crescente. A proporção das pessoas que afirmaram ter realizado algum teste não chegou a 20% na RMS.

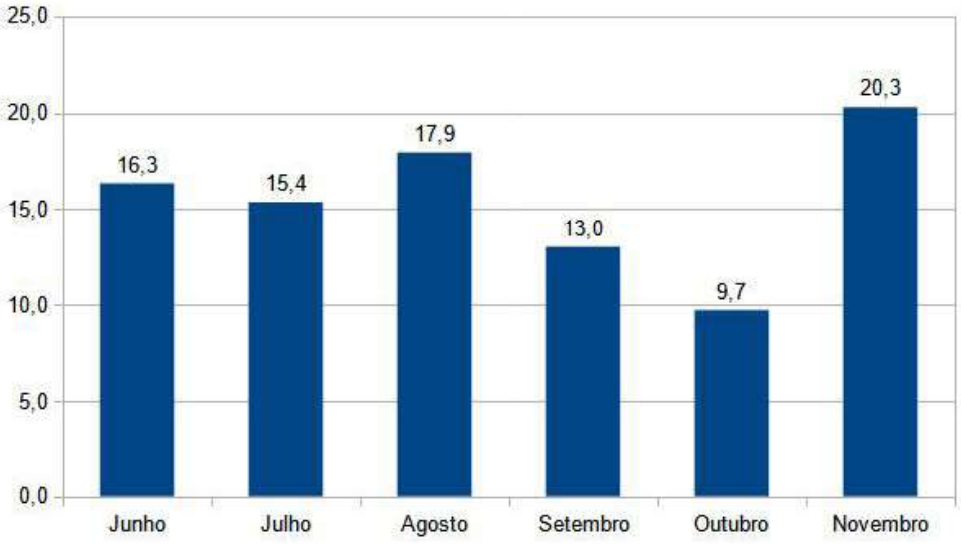
Entre os ocupados, foi grande a proporção dos que continuaram trabalhando no mesmo local em que trabalhavam habitualmente: 79,1% em maio de 2020, percentual que cresceu até atingir

Figura 3: Principais sintomas identificados na RMS, maio a novembro de 2020 (%)



Fonte: IBGE – PNAD Covid, maio a novembro de 2020 (microdados). Elaboração própria.

Figura 4: Foi a estabelecimento de saúde ao sentir algum sintoma, RMS, Junho a Novembro de 2020 (%)



Fonte: IBGE – PNAD Covid, maio a novembro de 2020 (microdados). Elaboração própria.

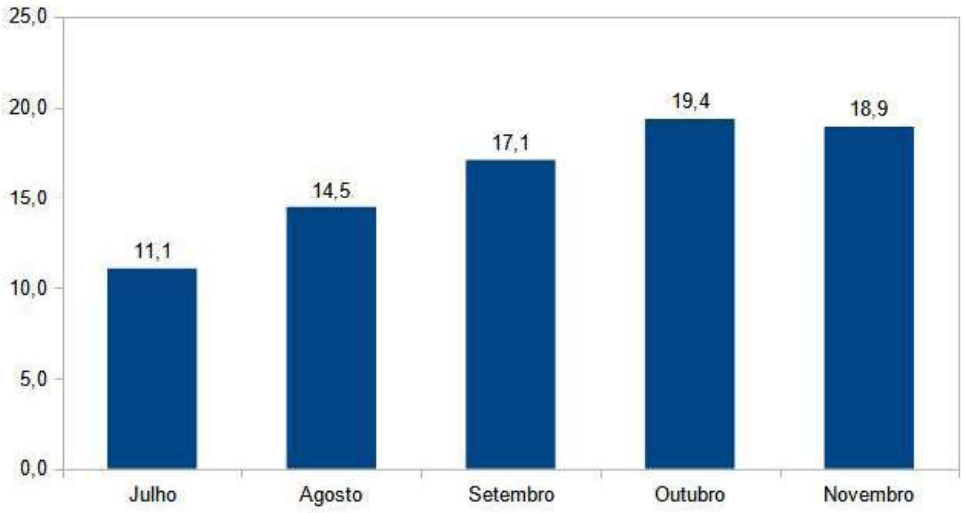
86,3% em novembro do mesmo ano. No primeiro mês, 16,5% dos ocupados conseguiram exercer suas atividades de forma remota (*home office* ou teletrabalho), o que caiu para 9,9% em novembro. Portanto, falar de uma mudança estrutural na organização do trabalho em Salvador, a partir do uso de tecnologia e realização de teletrabalho, assim como medir o impacto dessa forma de trabalho na ocupação de imóveis comerciais, é tratar de uma parcela muito pequena dos ocupados.

Conforme mencionado anteriormente, Salvador é uma metrópole periférica e com elevados níveis de desigualdades e pobreza. Entre junho e outubro de 2020, mais da metade dos entrevistados afirmaram receber ou ter algum membro de seu domicílio recebendo auxílios emergenciais relacionados ao coronavírus.

Quanto aos estudantes, foram levantadas informações sobre aulas presenciais ou remotas apenas no mês de novembro de 2020. Neste mês, apenas uma parcela muito pequena (0,2%) dos estudantes da rede privada da RMS afirmaram ter aulas presenciais normalmente e 3,5% parcialmente. As escolas privadas de Salvador criaram um grupo para pressionar politicamente os gestores públicos para a retomada das aulas presenciais, que teve grande repercussão na mídia local. No entanto, esse grupo é minoritário. A grande maioria dos estudantes está na rede pública e 45% deles não tiveram aulas presenciais nem semipresenciais. Uma elevada proporção da rede privada também ficou fora da sala de aula em novembro (33,6%). Será de suma importância acompanhar os impactos da pandemia nos médio e longo prazos na vida escolar das crianças e jovens da RMS.

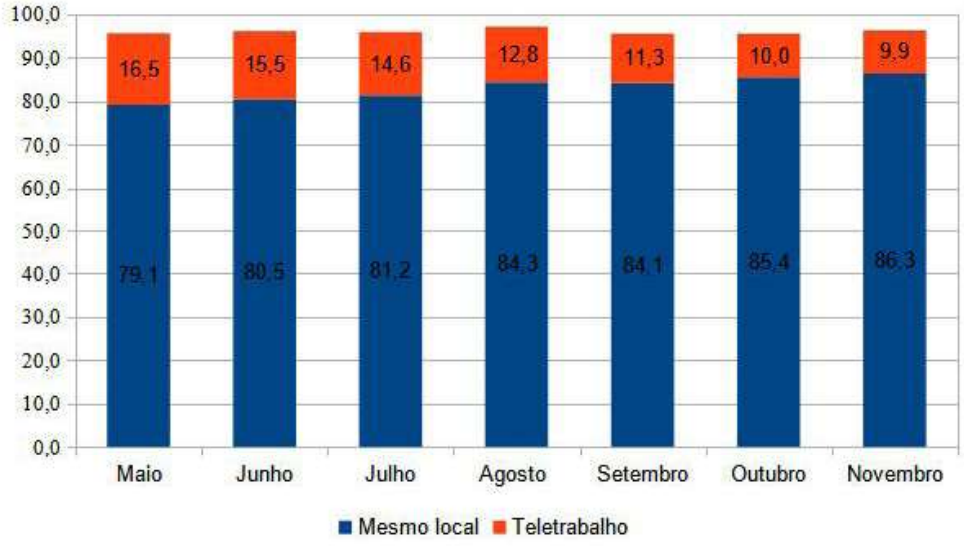
Finalmente, é importante apresentar a situação até este momento da cobertura vacinal na RMS. Até final de setembro de 2021, apenas 39,8% da população da RMS estava com as duas doses ou dose única de vacina. E essa cobertura é desigual entre os municípios da RMS. Vera Cruz, que é uma ilha e tem população menor, Lauro de Freitas, segundo município de maior IDH, logo após Salvador, apresentavam cobertura vacinal maior que os demais e um ritmo de vacinação nos 21 dias de setembro analisados bem mais rápido que os demais. Camaçari, que

Figura 5: Realizaram teste para detectar o coronavírus, RMS, julho a novembro 2020 (%)



Fonte: IBGE – PNAD Covid, maio a novembro de 2020 (microdados). Elaboração própria.

Figura 6: Ocupados segundo o local onde exerceram suas atividades - RMS, maio a novembro 2020 (%)



Fonte: IBGE – PNAD Covid, maio a novembro de 2020 (microdados). Elaboração própria.

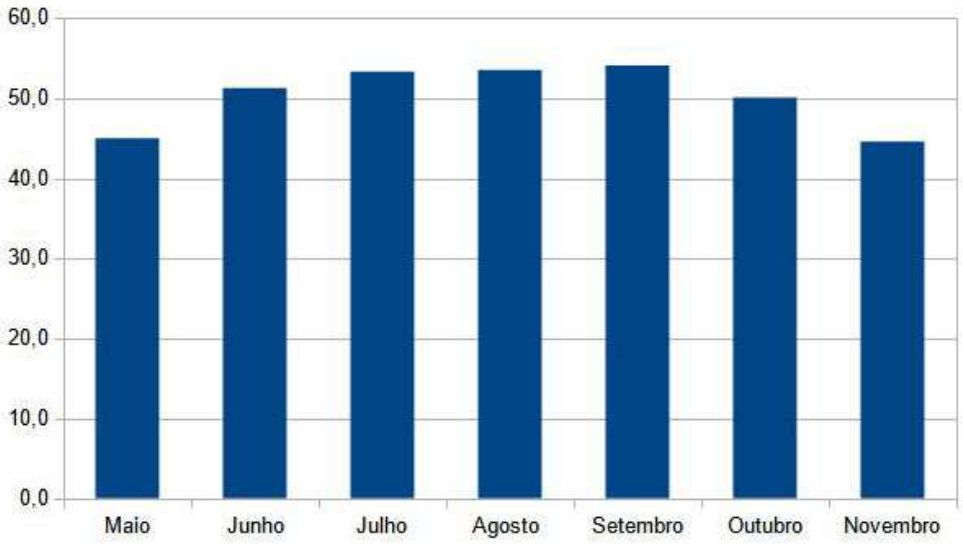


Figura 7: Receberam auxílios emergenciais relacionados ao coronavírus - RMS, maio a novembro de 2020 (%)

IBGE – PNAD Covid, maio a novembro de 2020 (microdados). Elaboração própria.

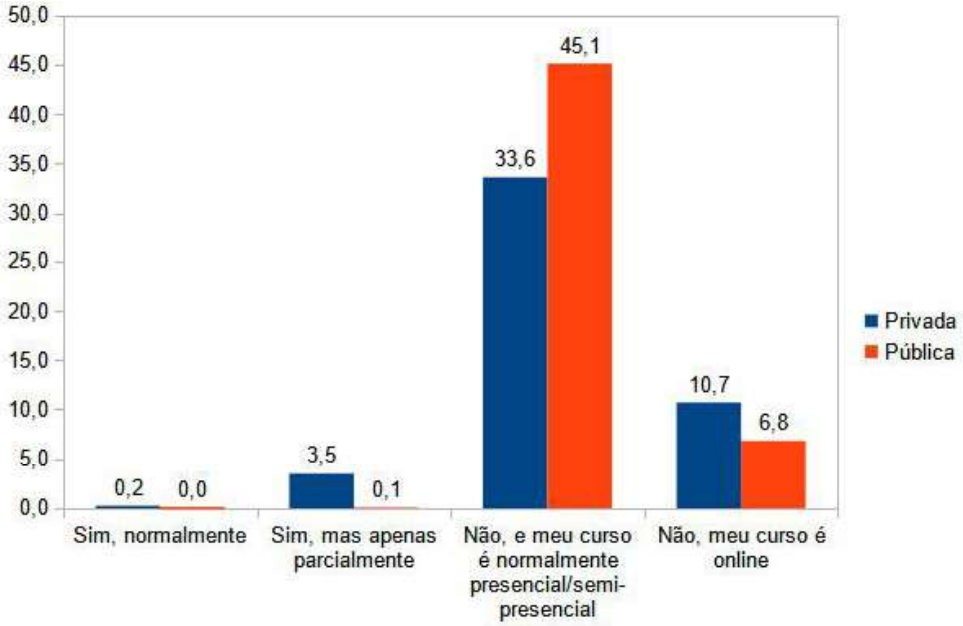


Figura 8: Estudantes estão tendo aulas presenciais em novembro de 2020? RMS (%)

Fonte: IBGE – PNAD Covid, novembro de 2020 (microdados). Elaboração própria.

Tabela 2 - Vacinação - doses aplicadas e cobertura nos municípios da RMS - setembro de 2021

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia - DIVEP/ SIPNI. Elaboração própria.

MUNICÍPIO da RMS	09.09.2021	30.09.2021	MÉDIA DE APLICAÇÃO DE VACINAS DIÁRIA	Pop 2021	Cobertura %
Camaçari	61.552	75.723	675	309.208	24,5
Candeias	24.909	32.989	385	87.820	37,6
Dias d'Ávila	18.926	23.407	213	83.705	28,0
Itaparica	5.580	5.581	0	22.440	24,9
Lauro de Freitas	53.982	91.123	1.769	204.669	44,5
Madre de Deus	4.900	5.291	19	21.754	24,3
Mata de São João	13.814	19.461	269	47.643	40,8
Pojuca	11.497	14.138	126	40.401	35,0
Salvador	962.884	1.223.442	12.408	2.900.319	42,2
São Francisco do Conde	11.192	13.862	127	40.664	34,1
São Sebastião do Passé	12.673	16.453	180	44.554	36,9
Simões Filho	33.117	43.267	483	137.117	31,6
Vera Cruz	17.026	19.984	141	44.185	45,2
Total RMS	**1.232.052**	**1.584.721**	**16.794**	**3.984.479**	**39,8**

tem maior extensão territorial e maior população depois de Salvador, tinha apenas 24,5% de cobertura vacinal. Esses números indicam que a segurança oferecida pela vacinação ainda está distante da população residente na RMS.

TERRITÓRIO E VIOLAÇÕES DE DIREITOS

A luta pela terra e a permanência no território é um dos temas mais acirrados na atualidade, potencializado pelo contexto pandêmico, que afeta sobremaneira as comunidades mais vulneráveis, com crescentes flagrantes de violações dos direitos humanos. No Brasil estima-se um déficit habitacional de 8 milhões de moradias (IPEA, 2021), e mais de 14% da população está desempregada (IBGE, 2021). Tornando mais grave este cenário, cresce o número de despejos coletivos promovidos pelo poder público, estadual ou municipal, em decorrência da implantação de projetos urbanos – macrodrenagem, acessibilidade – bem como pela iniciativa privada, na disputa de terras e implantação de empreendimentos privados. A remoção forçada

dessas comunidades vem ocorrendo até mesmo em áreas atualmente regulamentadas como Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS).

Neste contexto emerge a Campanha Nacional Despejo Zero: pela vida no campo e na cidade! lançada em julho de 2020. Trata-se de "uma ação nacional, com apoio internacional, que visa a suspensão de qualquer atividade ou violação de direitos, sejam elas fruto da iniciativa privada ou pública, respaldada em decisão judicial ou administrativa, que tenha como finalidade desabrigar famílias e comunidades". (HABITAT BRASIL, 2020).

A Campanha foi impulsionada pelos movimentos de luta pela moradia digna no Brasil: Movimento dos Sem-terra (MST); Movimento Nacional de Luta por Moradia (MNLM); Central dos Movimentos Populares (CMP); União Nacional por Moradia Popular (UNMP); Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Teto (MTST Brasil); Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); Movimento de Luta nos Bairros e Favelas (MLB). Além destes, destacam-se ainda os movimentos locais; o Fórum Nacional de Reforma Urbana (FNRU); BR Cidades; universidades; organizações da sociedade civil; coletivos; associações e redes nacionais.

Uma das conquistas mais recentes da Campanha foi a derrubada do veto presidencial ao PL 827/2020, o qual protege as comunidades ameaçadas da remoção forçada, em tempos de pandemia, até o final do ano de 2021. Entretanto, registra-se ainda o aumento do número de remoções judiciais e administrativas. No caso de Salvador, destacam-se as comunidades do Bairro da Paz, Km 17 de Itapuã, Jardim Abaeté e Vila Romana, as quais vêm sofrendo violações dos direitos humanos, decorrentes da implantação do projeto de macrodrenagem dos rios Mangabeira e Jaguaribe, promovida pelo governo do estado da Bahia, através da Companhia de Desenvolvimento Urbano da Bahia (CONDER).

De forma sintética, pode-se destacar as seguintes violações: elaboração do projeto de forma autoritária e sem participação popular; falta de reconhecimento do vínculo dos moradores com os respectivos territórios; desrespeito às formas de sociabilidade e aos modos de vida e

ao direito real de posse da terra e indenizações insuficientes. Essas violações foram registradas em Nota Técnica elaborada, em 2020, por pesquisadores do Programa Território, Ambiente e Sociedade (PPGTAS), da Universidade Católica de Salvador, fundamentada no documento elaborado pela relatoria da ONU para Moradia, intitulado "Como atuar em projetos que envolvem despejos e remoções?" (ROLNIK et. al., 2009).

Representantes das comunidades atingidas denunciaram a CONDER junto ao Ministério Público do Estado da Bahia (MP), Promotoria de Justiça de Habitação e Urbanismo, argumentando a angústia e o desespero das 480 famílias diante da pressão psicológica realizada para constrangê-las a aceitarem o valor irrisório das indenizações propostas.

Em contraposição às ações de remoções forçadas, as comunidades, com o apoio da universidade, vêm construindo, de forma participativa, a Matriz de Danos Materiais e Imateriais, visando operacionalizar, junto ao Ministério Público e a Defensoria Pública do estado da Bahia, medidas de indenização compensatória na perspectiva da reparação justa e integral.

O núcleo Salvador do Observatório das Metrópoles continuará acompanhando as violações de direitos e aprofundamento das desigualdades na Metrópole, para contribuir na direção de ações que amenizem os graves impactos sociais e econômicos que foram aqui apresentados, e outros que farão parte de estudos mais detalhados da nossa equipe de pesquisadores e parceiros.

REFERÊNCIAS

ARANTES, R; PEREIRA, C. (2020a). Poder político e desenvolvimento urbano em Salvador: tendências das últimas décadas. Geopolítica(s). Revista de Estudios sobre Espacio y Poder, v. 11, n. 2, pp. 287-312. Disponível em: https://doi.org/10.5209/geop.68656. Acesso em 17 out. 2021.

ARANTES, Rafael A.; PEREIRA, Carla G. (2020b) Fighting COVID-19 in Salvador: cooperation and conflict in intergovernmental relationship. Ambiente & Sociedade. São Paulo, v. 23, p. 1-9, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc20200083vu2020L3ID>. Acesso em: 17 out. 2021.

BAHIA (2021). Transporte intermunicipal volta a funcionar com 70% da capacidade neste sábado. O Portal Oficial do Estado da Bahia, 25 jun. 2021. Disponível em: http://www.bahia.ba.gov.br/2021/06/noticias/transportes/transporte-intermunicipal-volta-a-funcionar-com-70-da-capacidade-neste-sabado/. Acesso em 20 set. 2021.

BATELLA, W; MIYAZAKI, V.K. (2020). Estudos de geógrafos mostram as relações entre rede urbana e casos de COVID-19 em Minas Gerais. Pandemia e Política. APES - Seção Sindical do ANDES, 20 jun. 2020. Disponível: https://www.apesjf.org.br/estudos-de-geografos-mostram-as-relacoes-entre-rede-urbana-e-casos-de-covid-19-em-minas-gerais. Acesso em 25. out.2020.

CARVALHO, I. M. M., PEREIRA, G. Corso (org.) (2014). Salvador: transformações na ordem urbana. Letra Capital: Observatório das Metrópoles. Disponível em: http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17348. Acesso em: 12 abr. 2020.

HABITAT BRASIL. Campanha DESPEJO ZERO: pela vida no campo e na cidade! (2020). Disponível em: https://habitatbrasil.org.br/despejozero/. Acesso em: 30 set. 2021

IBGE (2021). Desemprego. Taxa de desocupação no Brasil e nas grandes Regiões, 2° trimestre de 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php. Acesso em: 30 set. 2021.

IPEA: Déficit habitacional no Brasil é de 8 milhões de moradias. (2021). Uol, 27 abr. 2021. Disponível em: https://cultura.uol.com.br/noticias/19873_ipea-deficit-habitacional-do-brasil-e-de-8-milhoes-de-moradias.html. Acesso em: 30 set. 2021.

MOURAD, LAILA NAZEM; TEIXEIRA, A. N.; BOTELHO, A. A. C.; MIALCHI, N. M. R.; OLIVEIRA, A. A. A.; CARDOZO, G. V. S. (2020). Nota Técnica n° 01/2020. Análise da metodologia adotada pelo Estado da Bahia (CONDER/CTB) para avaliação dos imóveis atingidos pelos projetos de macrodrenagem dos rios Jaguaribe e Mangabeira e do Monotrilho/VLT, em Salvador, BA. 2020.

PEREIRA, C. G., ARANTES, R. A. (2020b). Fighting COVID-19 in Salvador: cooperation and conflict in intergovernmental relationship. Ambiente & Sociedade. São Paulo, v. 23, pp. 1-9.

ROLNIK, R.; REIS, J.; HIRATA, M.; MARTINS, P. L. (2009). Como atuar em projetos que envolvem despejos e remoções? (Desenvolvimento de material didático ou instrucional – Guia).

SALVADOR (2021). Linhas de ônibus de Salvador serão redistribuídas entre empresas até esta quinta-feira (30). Disponível em: http://www.mobilidade.salvador.ba.gov.br/index.php/noticias/820-linhas-de-onibus-de-salvador-serao-redistribuidas-entre-empresas-ate-esta-quinta-feira-30. Acesso em 20 out. 2021.

SILVA, S. C. B. M.; SILVA, B. C. N.; SILVA, M. P. (2016). Governança urbana e governança metropolitana: desafios para o futuro de salvador e de sua região metropolitana. IN: SILVA, S. C. B. M.; CARVALHO, I. M. M.; PEREIRA, G. C. (org.) (2016). Transformações metropolitanas no século XXI: Bahia, Brasil e América Latina. Salvador: EDUFBA.

SOUZA, Celina. (2008). Cooperação e coordenação na Região Metropolitana de Salvador: o contexto institucional. IN: CARVALHO, I. M. M.; PEREIRA, G. C. (2008). Como anda Salvador e sua Região Metropolitana. Salvador: EDUFBA, pp. 213-228.

SOUZA, M.; FERREIRA JR, D. B. (2020). Rede urbana, interações espaciais e a geografia da saúde: análise da trajetória da Covid-19 no estado do Pará. Revista Brasileira de Geografia Econômica. Espaço e Economia [Online], v. 18. Disponível em: https://journals.openedition.org/espacoeconomia/13146. Acesso em 25 out. 2020.

13

REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO (SP)

AUTORIA

Lúcia Bógus

Suzana Pasternak

João Marcus Pires Dias

Luis Felipe Magalhães

Camila Rodrigues da Silva

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é uma atualização do Dossiê Nacional "As Metrópoles e a COVID-19". Considerou-se os números de casos e mortes causadas pela Covid-19 avaliando os seguintes universos:

- Estado: A evolução da Covid-19 nos municípios, ações de governo e programa de vacinação;
- MMP: A evolução dos óbitos por Covid-19 nas municipalidades da macrometrópole;
- Município de São Paulo: Características dos óbitos por sexo, idade, escolaridade e ocupação.

Foram utilizados dados da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), SIMI-SP (Sistema de Monitoramento Inteligente) Secretaria Estadual de Saúde, PRO-AIM (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade), Secretaria Municipal de Saúde SP e o Instituto Pólis.

AÇÕES GOVERNAMENTAIS PARA ENFRENTAMENTO DO CORONAVÍRUS – ESTADO DE SÃO PAULO

Em 22 de março de 2020, o governo estadual de São Paulo publicou o Decreto n° 64.881 determinando medida de quarentena para todo o estado entre 24 de março a 7 de abril inicialmente, e posteriormente estendida por outros decretos até final de maio. Em 26 de março totalizaram 1.052 casos de Covid-19 e 58 óbitos causados pelo vírus. Com exceção dos setores: hospitais; clínicas; farmácias; lavanderias; serviços de limpeza; hotéis; supermercados e congêneres, serviços de entrega; atendimentos à distância nos bares, restaurantes, padarias; transportadoras, postos de combustíveis e derivados; armazéns; oficinas de veículos automotores e bancas de jornal; serviços de segurança privada, os demais tiveram suas atividades suspensas, conforme o referido decreto. Por outro lado, no mês de março muitas empresas anteciparam as férias de seus funcionários para que os

mesmos ficassem em casa e outras conseguiram adotar o sistema de trabalho no domicílio (remoto) usando a internet como principal ferramenta. Nesse momento era possível notar as cidades vazias, pois apenas os serviços citados estavam autorizados a abrir as portas com critérios definidos. Porém em meados de abril o isolamento social foi-se esvaindo à medida que as férias de 30 dias antecipadas por diversos segmentos terminou, embora o sistema de quarentena continue vigente. No dia 13 de abril, ou seja, vinte e três dias após a decretação de quarentena, o número de casos e mortes causadas pela covid-19 no estado totalizou 8.895 e 608 respectivamente.

Os transportes públicos não estando preparados para lidar com a situação adotaram medidas paliativas. Um exemplo disso pôde ser notado nos terminais de ônibus, bem como nas estações de Metrô e trem da cidade de São Paulo e região metropolitana, que tomaram a medida de separar os bancos das plataformas de espera com adesivos para que o usuário senta-se distante um do outro. Porém, o cidadão ao entrar no coletivo encontrava todos os bancos livres para se sentar, além de lotados nos horários de pico. Em 13 de maio os números de casos e mortes causadas pela covid-19 aumentaram substancialmente; 51.097 pessoas foram infectadas e 4.118 foram a óbito. Constatados esses números, o governo estadual lança no dia 28 de maio novo decreto estendendo a quarentena até 15 de junho[1] e institui o Plano São Paulo, uma ação conjunta coordenada pelo Estado junto aos municípios paulistas e a sociedade civil objetivando implementar e avaliar ações e medidas estratégicas de enfrentamento à pandemia, tendo início em 1° de julho. O Plano São Paulo consistiu basicamente em analisar as condições epidemiológicas e da estrutura hospitalar do estado, além de especificar regras sanitárias para estabelecimentos comerciais, utilizando

1 Em 13 de junho os casos e mortes causadas pela covid-19 no estado eram respectivamente: 172.875 e 10.581.

como critérios a capacidade de resposta do sistema de saúde[2] e a evolução da epidemia[3]. Com os critérios estabelecidos criou-se uma classificação para as regiões em quatro fases: vermelha, laranja, amarela, verde[4], no qual cada uma delas determinava o grau de flexibilização, controlada e escalonada nos diferentes setores econômicos. O referido plano teve vigência até meados de agosto de 2021. Embora com dois critérios específicos para determinar as fases e grau de isolamento social de cada região, foi-se levada em conta, em muitas oportunidades, a pressão do poder econômico para determinar a classificação. A partir de 17 de agosto de 2021, ocorre a chamada "Retomada Segura", com vigência até 1° de novembro. Uma série de medidas de flexibilização do isolamento social foram estabelecidas, dentre elas, o fim das restrições de horários e serviços, bem como a liberação de ocupação em 100% dos estabelecimentos. Ficou mantido os protocolos de higiene e saúde. No início do Plano São Paulo, ocorreram 374.607 casos de covid-19 e 17.707 mortes causadas pelo vírus. Em 13 de agosto de 2021 a totalização dos números de casos e mortes, desde março de 2020, era de 3.879.846 e 142.199 respectivamente. No período entre 13 de agosto a 13 de setembro de 2021 foram contabilizados 30.686 casos e 1.390 mortes.

Nos gráficos 1 e 2 está ilustrada a evolução dos casos e mortes mensais causados pela Covid-19 (em número índice de base 100) no estado, entre abril de 2020 e outubro 2021[5]. É possível observar que o primeiro salto da pandemia aconteceu entre julho e agosto de 2020. De acordo com dados do SIMI-SP - Sistema de Monitoramento Inteligente- a capacidade hospitalar do estado atingiu a média de 64% das UTIs em julho. Os municípios de Franca e Ribeirão Preto tiveram sua capacidade de leitos de UTI comprometida acima de 85% O segundo pico da

2 Seguintes indicadores: (1) taxa de ocupação de leitos hospitalares destinados ao tratamento intensivo de pacientes com Covid-19;(2) Leitos hospitalares destinados ao tratamento intensivo de pacientes com Covid-19 por 100 mil hab.

3 Composto pelos seguintes indicadores: (1) taxa de contaminação; (2) taxa de internação; e (3) taxa de óbitos. Os cálculos para cada um dos indicadores são detalhados no decreto.

4 5 fases: taxa de ocupação de leitos de UTI; leitos de UTI por 100 mil hab.; relação de casos, internações e óbitos nos últimos 7 dias/com 7 dias anteriores. Vermelha: UTIs acima de 80%; Laranja: UTIs entre 70% a 80%; Amarela: UTIs entre 60% e 70%; Verde: abaixo de 60%.

5 As informações sobre casos e óbitos mensais são divulgadas no dia 13 de cada mês.

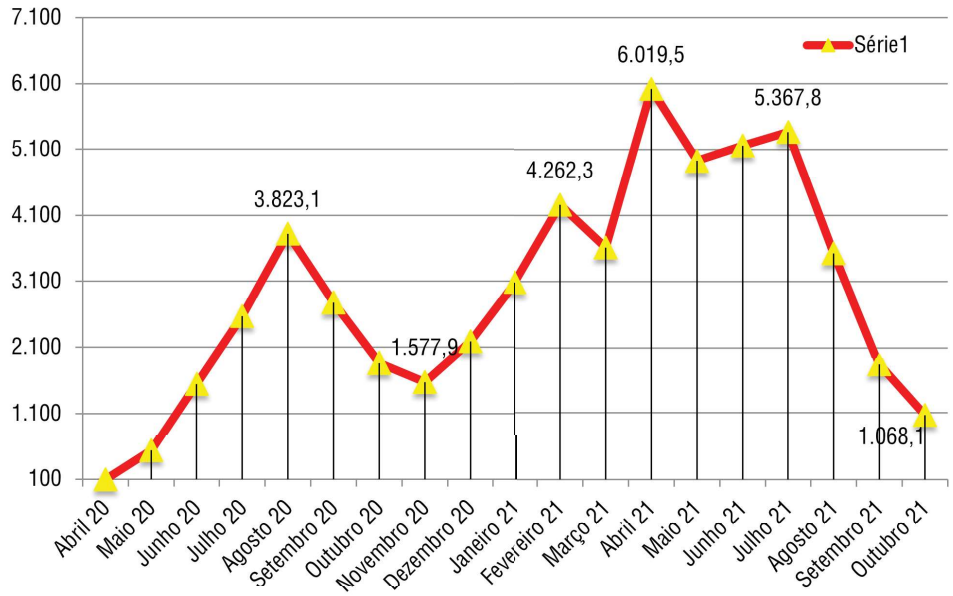


Gráfico 1 - Evolução dos Casos no Mês – Base 100 Estado de São Paulo - 2020/2021

Fonte: Fundação SEADE - Secretaria Estadual de Saúde. Dados e gráficos sistematizados pelos autores.

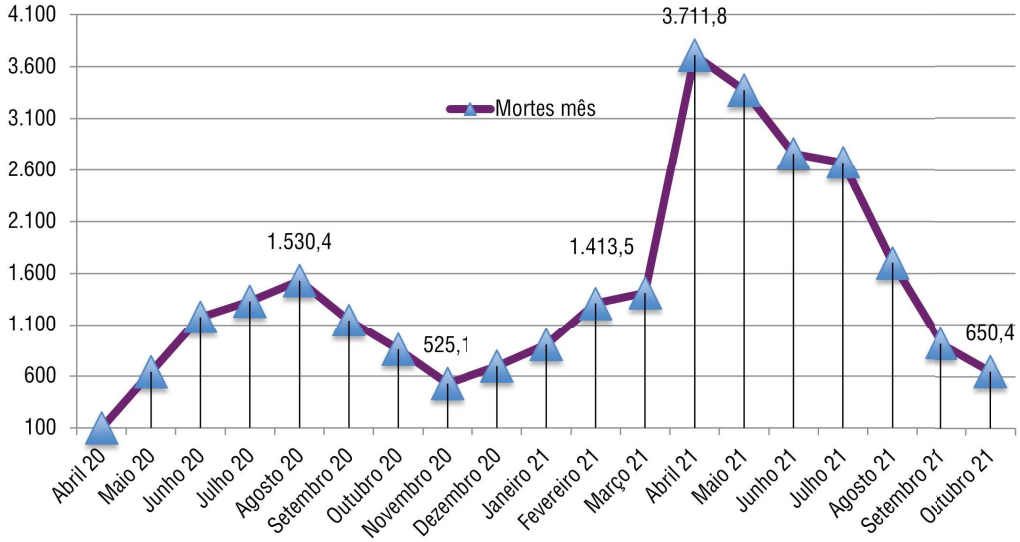


Gráfico 2- Evolução das Mortes no Mês – Base 100 Estado de São Paulo - 2020/2021

Fonte: Fundação SEADE - Secretaria Estadual de Saúde. Dados e gráficos sistematizados pelos autores.

pandemia acontece em fevereiro de 2021, naquela ocasião a taxa de ocupação dos leitos de UTI atinge 70,4% com seis municípios em fase crítica acima do índice estadual: Bauru (92,3%); Presidente Prudente (90,5%); Araraquara (90,4%); além de Marília, Barretos e Ribeirão Preto com índices na faixa de 78% aproximadamente.

A vacinação teve início em 17 de janeiro para os trabalhadores de saúde, indígenas e quilombolas. Foram aplicadas até o dia 6 de fevereiro 787.504 doses da vacina para esse público específico. Em 17 de fevereiro começa a vacinação para a população conforme a faixa etária, priorizando pessoas com 90 anos ou mais. De forma decrescente as demais faixas etárias tiveram acesso à vacina, entre a data inicial e 5 de maio. Dessa forma, aqueles com idade entre 89 e 60 anos puderam tomar uma dose da vacina. A projeção populacional do ano de acordo com a Fundação SEADE para esse estrato da população aponta para aproximadamente 7 milhões de habitantes. Correlacionando os números de vacinas aplicadas com o cronograma de vacinação, foram aplicadas 6.305.353 no período.

No mês de março de 2021 a capacidade hospitalar no estado atinge números críticos, 87,6% das UTIs estão ocupadas em todo o estado. Em abril acontece o maior pico da pandemia, ver gráficos 1 e 2 acima, e o governo estadual decreta para todo o Estado a fase vermelha pelo período de 12 a 18 do mês citado. Em maio há uma ligeira queda no número de casos, porém junho e julho eles elevam e tornam a cair de forma contínua nos meses subsequentes.

Os números de óbitos, gráfico 2, começam a diminuir em maio e continuam em declive para os meses seguintes. Entre 6 de maio e 10 de junho o cronograma da vacinação dá uma pausa na faixa etária e é direcionada para outras camadas da população. Nesse momento são priorizadas pessoas com comorbidades, mulheres grávidas, como também, trabalhadores de transportes públicos, inclusive aéreos, portuários e profissionais da educação. Nesse período foram aplicadas 4.953.223. Considerando o início da vacinação, foram aplicadas 12.642.179 vacinas em primeira dose ou única, representando 28,1% da população do estado.

Para cada cem mil habitantes, cerca de 28 mil foram vacinados até o dia 10 de junho com

a primeira dose ou única da vacina. Em relação às duas doses da vacina, 5.791.141 pessoas haviam tomado até 10 de junho, representando 12,87% da população do estado. A cada cem mil habitantes, cerca de 12.800 tomaram as duas doses da vacina.

No dia 11 de junho é retomada a vacinação por faixa etária, no período de um mês são aplicadas em primeira dose 8.367.987, totalizando 21.010.166 vacinados desde o início da campanha de vacinação, representando aproximadamente 46,7% da população. Dessa forma, a cada 100 mil habitantes paulistas, 46.717 tomaram a primeira dose e 13.846 estavam vacinados com as duas doses. Em 5 de agosto o cronograma de vacinação atinge a menor faixa etária permitida a ser vacinada de acordo com as autoridades de saúde, crianças entre 12 a 14 anos. A partir desse momento, a política de vacinação passa a priorizar aqueles que não tomaram a segunda dose e inicia-se a aplicação da terceira dose para quem já tomou as duas primeiras após seis ou mais meses. Ao final de outubro, data da última atualização do presente estudo, cerca de 85% da população paulista foi vacinada com a primeira dose e 63,8% com as duas doses. Por cem mil habitantes, 82.377 tomaram a primeira dose e 63.786 as duas doses. No gráfico 1 foi possível perceber que o início da queda dos casos de covid-19 têm início em julho, como explicação para o fato podemos considerar dois momentos: O primeiro está relacionado com a proporção de vacinados, 58,8% da população estava com a primeira dose e 20,31% com as duas doses. A cada cem mil habitantes, 58.384 tomaram a primeira e 20.306 as duas doses. Mas, o segundo ponto é mais significativo, entre junho e final de julho as faixas etárias com idade inferior a 50 anos passaram a ter acesso a vacina.

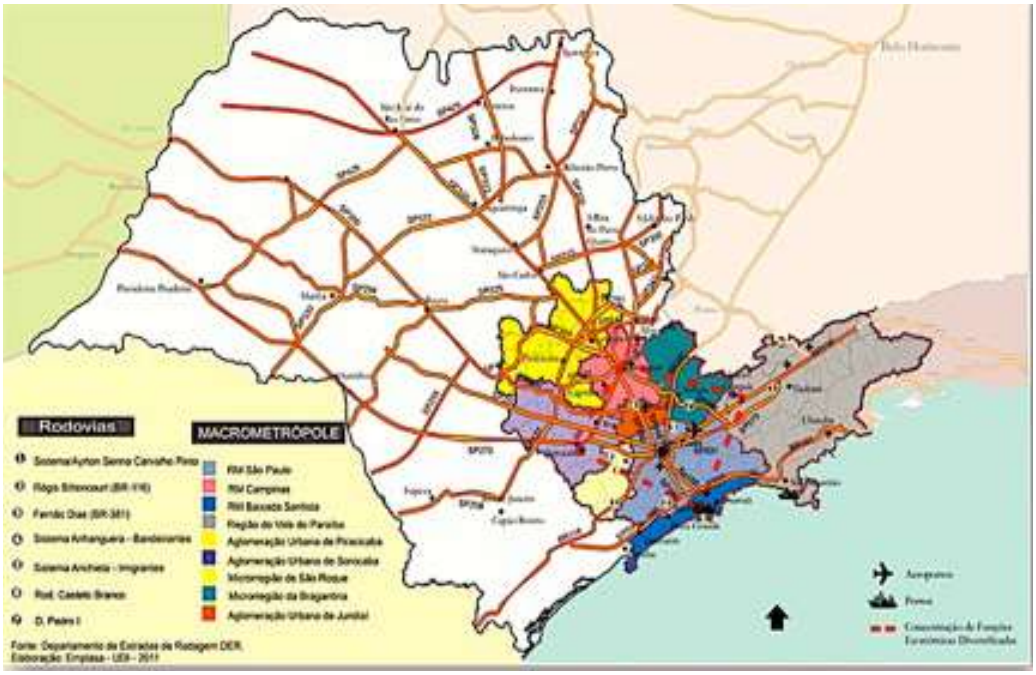
O estrato populacional entre 28 a 50 anos representa cerca de 36% dos habitantes paulistas, no qual grande parte está inserida no mercado de trabalho formal e informal. A medida em que essa faixa etária é vacinada impacta diretamente nos números da covid-19 ilustrados nos dois gráficos anteriores.

DESIGUALDADES E ESPACIALIDADES DA COVID-19 NA MMP

A MMP teve seus contornos político-administrativos definidos em 2012 abrangendo 5 regiões metropolitanas e 3 aglomerações urbanas, reunindo 174 municípios do estado de São Paulo. No atual Dossiê, foi estudada a evolução da pandemia por região da MMP entre 26 de março de 2020, quando se começaram a coletar os dados, até 13 de outubro de 2021. Neste intervalo de tempo, computaram-se 2.968.941 diagnósticos de Covid-19 acumulados na MMP, representando 67,71% do total de casos no estado de São Paulo. Considerando os casos por 100 mil habitantes, constatamos que os habitantes da MMP tiveram menor exposição à doença que os residentes do estado. A taxa de casos diagnosticados na MMP foi de 8.823,77 por 100 mil habitantes e para o estado de São Paulo foi de 9.793,35 para cada 100 mil habitantes. Este dado inverteu-se: no início da pandemia, o risco de se ter Covid-19 era maior na metrópole paulista, seguido pela macrometrópole e pelo estado. À medida que a pandemia foi se espalhando, o risco estadual aumentou. Assim, até meados de outubro de 2021, 1 em cada 11 moradores da MMP tiveram Covid-19, enquanto 1 em cada 10 residentes no estado contraíram a doença.

Os óbitos ocorridos pelo vírus na MMP até 13 de outubro de 2021 totalizaram 110.280, representando 73% dos 150.835 óbitos do estado de São Paulo. A mortalidade acumulada na MMP até 13 de outubro de 2021 foi de 327,75 óbitos para cada 100 mil residentes, enquanto para o total do estado ela atingiu 335,34 mortes por 100 mil moradores. Assim, para a MMP, 1 em cada 305 habitantes faleceu pelo coronavírus, enquanto para o estado este índice foi de uma morte para cada 298 habitantes.

Era claro o padrão de disseminação da doença: entre fevereiro e março de 2020, os casos se concentraram na capital paulista, nos bairros centrais, onde começaram, por contato com a Itália. Através do transporte público principalmente, dissemina-se pela cidade, para os bairros periféricos. Numa segunda etapa, ocorre o primeiro impulso de interiorização da Covid-19, ainda 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



Mapa 1 - Principais eixos de transporte. Macrometrópole e Estado de São Paulo.

Fonte: DER – Dep. Estradas e Rodagens – EMPLASA

rodovias. A terceira etapa vai ocorrer com o deslocamento, através de estradas secundárias, de pessoas infectadas que viajam para cidades pequenas.

O mapa rodoviário abaixo mostra os principais eixos de transporte, tanto na macrometrópole como no estado de São Paulo. A MMP reúne mais de 33 milhões de pessoas, o equivalente a 73,4% da população do estado. A movimentação de pessoas entre os municípios da MMP chegou a 1,9 milhão de deslocamentos diários em 2010, sendo que 671.116 foram com destino à capital, tanto para trabalho como para estudo. Os deslocamentos mais significativos partem da Baixada Santista, de Jundiaí, de Campinas e de São José dos Campos, com destino à cidade de São Paulo. Mas há também deslocamentos diários importantes entre Campinas e Jundiaí.

Segundo a Fiocruz, 17 cidades brasileiras correspondiam à quase totalidade dos casos iniciais nos três primeiros meses de circulação do vírus. São Paulo, a principal delas, chegou a registrar 85% dos casos brasileiros entre fins de fevereiro e metade de março de 2020. Outros 16 municípios também registraram altos índices: Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Fortaleza, Recife,

Tabela 1- Casos por 100 mil Habitantes - Unidade Territorial da MMP - 2020

Fonte: Fundação SEADE, dados de coronavírus; projeções populacionais. Dados e tabela sistematizados pelos autores.

REGIÃO	2020		
	13-ago.	13-out.	13-dez.
Região Metropolitana de São Paulo	1695,61	2297,19	2897,44
Região Metropolitana da Baixada Santista	2332,24	3124,00	3939,77
Região Metropolitana de Campinas	1639,01	2528,08	3235,52
Região Metropolitana Vale Paraiba L Norte	864,68	1659,45	2419,02
Região Metropolitana de Sorocaba	1180,29	1882,23	2524,67
Aglomeração Urbana de Jundiaí	1682,91	2538,55	3111,40
Agloemração Urbana de Piracicaba	1726,89	3176,12	3908,76
Unidade Regional Bragantina	754,76	1662,75	2303,40
Macrometropole Paulista	**1612,09**	**2317,84**	**2940,60**

Tabela 2- Casos por 100 mil Habitantes- Unidade Territorial da MMP -2021

Fonte: Fundação SEADE, dados de coronavírus; projeções populacionais. Dados e tabela sistematizados pelos autores.

REGIÃO	2021									
	13-jan.	13-fev.	13-mar.	13-abr.	13-mai.	13-jun.	13-jul.	13-ago.	13-set.	13-out.
Região Metropolitana de São Paulo	3320,46	3864,01	4344,18	5210,80	5875,11	6438,58	6983,91	7602,81	7602,81	7712,80
Região Metropolitana da Baixada Santista	4368,79	4877,99	5237,50	6051,40	6781,86	7408,03	7942,42	8383,74	8704,79	9005,74
Região Metropolitana de Campinas	3871,20	4634,74	5293,12	6401,13	7206,68	8096,94	9319,72	10153,74	10545,66	10775,61
Região Metropolitana Vale Paraiba L Norte	3223,23	4145,16	5345,10	6361,31	7433,82	8555,89	9514,40	10100,75	10404,80	10678,00
Região Metropolitana de Sorocaba	3108,48	3955,35	4547,33	5866,99	6789,04	8009,64	9561,64	10755,46	10755,46	11032,76
Aglomeração Urbana de Jundiaí	3715,27	4481,58	5167,81	6413,15	7261,91	8273,96	9431,76	10454,63	10854,44	11116,10
Agloemração Urbana de Piracicaba	4224,50	5275,69	6041,82	7235,88	8258,34	9358,33	10516,93	11322,61	11889,52	12154,29
Unidade Regional Bragantina	2841,70	3800,81	4666,55	5747,69	6900,55	7820,96	8990,22	10019,97	10486,84	10905,82
Macrometropole Paulista	**3452,63**	**4128,71**	**4669,37**	**5621,80**	**6376,39**	**7096,08**	**7849,67**	**8362,67**	**8654,66**	**8823,77**

São Luís, João Pessoa, Porto Alegre, Curitiba, Brasília e Manaus. Juntas, estas cidades foram responsáveis por cerca de 8% dos casos de Covid-19 nos três primeiros meses. A disseminação do vírus na MMP foi muito rápida, em 26 de março de 2020 foram detectados casos de Covid-19 em apenas 4 municípios. Já em 13 de maio, 48 dias após, constatou-se a infecção em 99 cidades, evoluindo para 174 municípios em agosto de 2020.

No dia 13 de dezembro de 2020 o vírus estava presente com pelo menos 1 caso em 174 municípios entre os 174 da MMP. A totalização dos números aponta que, em agosto de 2020, a MMP apresentava 542.420 casos de infecção, ascendendo para 989.424 no fim de 2020. Em agosto de 2020 os casos de Covid-19 representavam 80,42% dos casos do estado, já em dezembro do mesmo ano eram 74,13%, mostrando que a doença foi se disseminando no território estadual. Pela Tabela 1 observa-se que a morbidade era maior nas unidades territoriais da Baixada Santista, Campinas e Jundiaí. No caso da Metrópole de São Paulo, onde a pandemia se iniciou, apresentou, no fim de 2020, o índice de 2.897,44 casos para cada 100 mil habitantes. Isto está longe de ser pouco, pois representa 1 caso a cada 35 moradores da metrópole. Na Baixada Santista, onde a morbidade era a maior na macrometrópole, havia um caso a cada 25 residentes.

De qualquer forma, em fins de 2020 todos os municípios da MMP já tiveram pelo menos um caso de Covid-19.

Unidades regionais, como as RM Vale do Paraíba Litoral Norte, Sorocaba, Campinas e Jundiaí, também apresentam alta morbidade metrópole. Mas é menos que na AU de Piracicaba, com 9.358,33 casos para cada 100 mil habitantes, ou 1 caso a cada 11 moradores. Percebe-se que em junho de 2021 os habitantes da RMSP tiveram menor exposição à doença que os da MMP, diferentemente de um ano antes. Nota-se, pela Tabela 1, que a pandemia crescia pouco entre agosto de 2020 e dezembro de 2020, de 1612 casos para cada 100 mil para 2941 casos para cada 100 mil. Entretanto, em 2021, o número de casos subiu violentamente, a morbidade por 100 mil residentes se triplicando entre janeiro e setembro de 2021. Durante 2020 a morbidade

foi multiplicada por 1,8. Já entre setembro e outubro, os resultados da vacinação surgiram com maior eficácia, e a morbidade aumentou apenas 1,9% no período.

Comparando índices de fins de 2020 com outubro de 2021, para a MMP como um todo tem-se que em 2020 1 em cada 34 moradores tiveram a doença, enquanto em outubro de 2021 este indicador subiu para 1 em cada 11 habitantes. Detalhando por unidade territorial, na Região Metropolitana de São Paulo em fins de 2020 o indicador era também de 1 em cada 354 habitantes, enquanto em outubro de 2021 subiu para 1 em cada 13. Nota-se que houve uma melhora relativa da metrópole paulista em relação ao total da MMP. A pior relação aparece na Aglomeração Urbana de Piracicaba, onde 1 em cada 8 moradores tiveram Covid-19ate outubro de 2021. Em fins de 2020, a região mais atingida na MMP foi a Baixada Santista, com 1 doente em cada 25 moradores. Em outubro de 2021, entretanto, a situação da Baixada se mostrava mais controlada, quando comparada à de Piracicaba, Campinas, Vale do Paraíba, Jundiaí e Bragança, com 1 doente em cada 11 moradores até aquela data. E a melhor situação relativa se dava na metrópole de São Paulo.

Em relação à mortalidade, a taxa por 100 mil habitantes cresceu 55,38% entre agosto e dezembro de 2020. Entre janeiro de 2021 e outubro de 2021, seu crescimento foi de 179%, mais que o triplo do semestre anterior em 2020. Para a MMP como um todo, em outubro de 2021 a mortalidade foi de 327,73 mortes para cada 100 mil habitantes, ou seja, 1 em cada 305 moradores da macrometrópole foram a óbito por causa do Covid-19 desde o início da pandemia, (tabelas 3 e 4).

Para a metrópole de São Paulo, a taxa de mortalidade acumulada até 13 de outubro foi de 334,06 óbitos por 100 mil habitantes, oque fornece um morto por Covid-19 para cada 288 residentes na metrópole. A situação mais problemática em relação à mortalidade se deu na Baixada Santista, com 1 óbito a cada 269 moradores. Nota-se que a situação de mortalidade não corresponde ao número de casos. Provavelmente na Baixada Santista a letalidade foi maior, devido à estrutura etária mais elevada. A estrutura etária mais velha em Santos pode ser uma

UNIDADES TERRITORIAIS	2020		
	13-ago.	13-out.	13-dez.
Região Metropolitana de São Paulo	80,99498035	104,0620631	119,5126563
Região Metropolitana da Baixada Santista	85,26740776	110,7056997	138,327536
Região Metropolitana de Campinas	51,07516191	82,45303575	94,38414346
Região Metropolitana Vale Paraiba L Norte	24,47476895	45,00777423	52,96297
Região Metropolitana de Sorocaba	32,85538292	48,97039504	62,29534536
Aglomeração Urbana de Jundiaí	69,37910096	84,18332141	92,08726963
Agloemração Urbana de Piracicaba	50,60361831	80,56628704	90,1099519
Unidade Regional Bragantina	18,05236475	36,31963861	43,84145726
Macrometropole Paulista	**68,36**	**91,72**	**106,22**

Tabela 3- Óbitos por 100 mil habitantes. Unidade territorial da MMP - 2020

Fonte: Fundação SEADE, dados de coronavírus; projeções populacionais. Dados e tabela sistematizados pelos autores.

UNIDADES TERRITORIAIS	2021									
	13-jan.	13-fev.	13-mar.	13-abr.	13-mai.	13-jun.	13-jul.	13-ago.	13-set.	13-out.
Região Metropolitana de São Paulo	130,43	145,25	161,20	205,40	245,18	273,09	297,71	315,85	326,19	334,06
Região Metropolitana da Baixada Santista	154,94	169,84	182,74	220,23	262,27	296,40	332,77	358,87	365,20	385,01
Região Metropolitana de Campinas	104,06	118,34	136,48	183,90	221,50	244,67	284,94	310,80	325,27	334,13
Região Metropolitana Vale Paraiba L Norte	67,87	87,06	99,23	119,34	151,74	195,84	197,05	214,11	221,74	228,12
Região Metropolitana de Sorocaba	72,61	87,26	100,77	149,13	196,01	233,25	295,07	323,94	336,73	340,58
Aglomeração Urbana de Jundiaí	102,60	116,15	127,84	171,62	213,53	245,99	286,80	307,88	315,66	323,18
Agloemração Urbana de Piracicaba	90,66	104,48	120,68	162,74	196,03	232,30	301,77	331,00	346,53	354,89
Unidade Regional Bragantina	51,83	63,42	73,48	118,52	160,73	180,19	200,73	224,58	235,97	241,34
Macrometropole Paulista	**117,52**	**132,49**	**147,88**	**190,39**	**229,78**	**259,73**	**289,44**	**308,90**	**319,51**	**327,73**

Tabela 4- Óbitos por 100 mil habitantes. Unidade Territorial da MMP - 2021

Fonte: Fundação SEADE, dados de coronavírus; projeções populacionais. Dados e tabela sistematizados pelos autores.

variável explicativa: se na Baixada como um todo, a proporção de pessoas com 60 anos e mais é, em 2021, de 13,39%, em Santos esta proporção atinge 19,43%, refletindo significativamente na mortalidade.

Observa-se também que em agosto de 2020 as taxas de mortalidade nas metrópoles de São Paulo e Baixada Santista eram as mais altas entre as unidades territoriais da MMP. Já em meados de outubro de 2021 outras unidades territoriais também apresentavam mortalidade equivalente, com Piracicaba, Sorocaba e Campinas.

A 13 de outubro de 2021, a mortalidade acumulada em toda a MMP foi de 327,73 óbitos por 100 mil, ou seja, 1 morte para cada 305 residentes. O padrão de disseminação da Covid-19 no estado de São Paulo mostrava em 2020 uma intensa concentração dos casos e dos óbitos na MMP, respectivamente, 80,42% e 87,38% do total do estado. Em 2021 constatou-se que esta concentração diminuiu e a doença se espalhou pelo estado, com a MMP mostrando 67,71% dos casos e 73,01% dos óbitos. A disseminação da Covid-19 na MMP é um processo que abarca a quase totalidade das cidades, todavia, mantém uma grande concentração de casos e óbitos na RMSP, respectivamente 55,21% e 64,03% do total. Seguir a trajetória dessa disseminação é um exercício analítico que requer o entendimento da 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, em outubro de 2020, apresentava aproximadamente 3.229.621 casos confirmados de Covid-19 e 105.564 óbitos pela doença. A MMP representou, respectivamente, 16,79% dos casos e 21,78%% dos óbitos de todo o país. Em outras palavras, uma em cada cinco pessoas que morriam no Brasil por conta do vírus vivia em algum dos municípios da MMP. Quase um ano depois, a 25 de junho de 2021, o Brasil tinha 18.243.483 casos e 509.141 óbitos. A MMP representou, aproximadamente, 13,09% dos casos e 17,17% dos óbitos de todo o país. 1 em cada 6 pessoas que morreram no país até junho pela doença morava na MMP. Em outubro de 2021, no Brasil computavam-se 21,6 milhões de casos e cerca de 600 mil óbitos. Na MMP

tinha-se 2.968.941 casos e 110,280 mortes. Embora este número seja estarrecedor, mostra que a concentração de mortes na MMP diminuiu. 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 por que a doença se disseminou tão rapidamente para municípios menores. O padrão de disseminação associa os níveis de integração e a incidência da doença e de mortes.

Mostra também a dispersão espacial da pandemia, iniciando-se no polo metropolitano e se expandindo pelas rodovias principais, sobretudo para municípios com alta integração com a capital, como Campinas e Santos. A partir de meados de abril, foi nítida a interiorização da pandemia, com todos os municípios da MMP apresentando casos da doença. 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.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E A PANDEMIA

A dinâmica urbana do município de São Paulo resulta de complexos processos econômicos e políticos emanados de etapas anteriores. A desigualdade socioespacial que se percebe na cidade é uma resultante histórica de um processo no qual camadas populacionais se alocaram em diferentes segmentos espaciais, resultando numa trama na qual camadas de renda e grupos etários são dominantes em cada pedaço. Todo esse processo resultou numa cidade dispersa, cujo crescimento transbordou as fronteiras municipais desde 1970, contribuindo para a formação de uma região metropolitana. Essa expansão urbana metropolitana é muitas vezes

desordenada e acompanhada pela destruição de mananciais, áreas verdes e cabeceiras de rios, com a proliferação de loteamentos irregulares e favelas, loteamentos fechados e condomínios residenciais de luxo. A rede de comunicações que interliga as cidades dessa metrópole aproxima os que estão longe e distancia os que estão perto, já que novos espaços se constituem como parte do processo de segregação socioespacial e difusão de redes de comunicação instaladas, não raro precariamente, nas periferias distantes e pouco equipadas.

Uma discussão sempre presente entre urbanistas é que moradores da periferia pobre paulistana, sujeitos a piores condições de moradia, infraestrutura de serviços deficiente e obrigados a utilizar transporte público lotado, teriam mais chance de adoecer e morrer. Seriam, assim, grupos prioritários a imunizar. Outros argumentam que uma das características da doença é sua letalidade nos grupos etários mais idosos, concordando com as prioridades assumidas até agora pela vacinação em curso.

O primeiro caso brasileiro confirmado, ainda em fevereiro, foi de um morador de São Paulo que acabara de chegar da Itália. Desde então, um dos problemas enfrentados para análises relativas à propagação do coronavírus tem sido a coleta e a divulgação das informações relativas à contaminação e aos óbitos.

Em 2020, os óbitos de pessoas com 60 anos e mais atingiram 75,19% do total de mortes por Covid-19, enquanto a proporção de paulistanos com 60 anos e mais em 2020 alcançava 15,61%. No dia 13 de setembro de 2021 foram confirmados no município de São Paulo 920.550 casos e 37.498 óbitos. No início da pandemia, abril de 2020, o município concentrava os óbitos e casos: a 13 de abril, eram 72,15% dos casos estaduais e 75% dos óbitos estaduais. Dessa forma, analisar o padrão de disseminação do vírus considerando os óbitos por sexo, cor, escolaridade e idade nos fornecerá algumas respostas dos percursos da pandemia nas classes sociais paulistanas, que será visto a seguir.

Segundo estimativa do IBGE, em 2021 a população paulistana é distribuída por 52,37% de mulheres e 47,63% de homens. Porém, os números de óbitos causados pela Covid-19

Óbitos por Covid 19	entre 03 e 09 /2020		entre 03 /2020 e 03/ 2021		2021 ate 25/06	
Masculino	10.670	54,73%	16.800	54,58%	12260	55,42%
Feminino	8.824	45,27%	13.983	45,42%	9863	44,58%
Total	**19.494**	**100,00%**	**30.783**	**100,00%**	**22123**	**100,00%**

Tabela 5 - Município de São Paulo: óbitos por sexo

Fonte: Secretaria da Saúde do Município de São Paulo- PRO-AIM; Ribeiro, K, Ribeiro, A, Veras. MA e Castro, C- International Journal of Epidemiology,2021, 1-11;Instituto Pólis, 2021.

ESCOLARIDADE	óbitos por COVID-19	
	março 2020 a março 2021	janeiro a junho 2021
nenhum	7,30%	5,19%
fundamental 1	47,00%	42,95%
fundamental 2	22,40%	27,59%
médio completo e mais	12,30%	15,27%
sem informação	11,00%	9,01%
Total	**100,00%**	**100,00%**

Tabela 6 - Município de São Paulo: óbitos por escolaridade

Fonte: Fundação SEADE, dados de coronavírus; projeções populacionais. Dados e tabela sistematizados pelos autores.

mostram uma proporção maior de mortes entre os membros do sexo masculino ilustrado na Tabela 3 mais abaixo. Esta constatação se manteve nos dados do artigo do *International Journal of Epidemiology*, que apurou os óbitos entre março e setembro de 2020, no trabalho do Instituto Pólis, utilizando dados de março de 2020 a março de 2021 e com dados atualizados até 25 de junho do mesmo ano. É possível constatar que a proporção de mortes masculinas é 1,16 vezes maior do que o esperado. Lembrando ainda que a maioria das mortes ocorre em idade superior a 40 anos e que justamente nestas faixas etárias o "excesso" feminino costuma ser maior segundo as estimativas populacionais. A proporção de mulheres no município em idades acima de 40 anos é de 55,54% e a de homens, 44,46%. Os motivos poderiam estar ligados ao tipo de ocupação masculina, porém ao analisar esta variável percebe-se que mesmo entre aposentados a proporção de óbitos masculinos é maior. Algumas indagações: maior presença de comorbidades, o fato de que os homens costumam ir a uma consulta médica com menor frequência que as mulheres ou algum outro fato fisiológico?

A distribuição da escolaridade da população paulistana segundo o Censo de 2010, estava concentrada em 37,64% sem instrução/fundamental incompleto, 18,38% com fundamental completo/médio incompleto, 26,68% com médio completo/superior incompleto e 16,07% com superior completo, sendo que 1,22% não declararam a escolaridade.

Analisando a Tabela 6 é possível observar que tanto em 2020 como em 2021 a proporção de óbitos de pessoas com nenhuma escolaridade foi significativa, diminuindo ligeiramente em 2021. A grande maioria dos óbitos entre março de 2020 e março e junho de 2021 ocorreu entre pessoas com instrução inferior ao médio incompleto. Este dado associa-se diretamente ao rendimento, já que pessoas com menor escolaridade tendem a possuir rendimento menor. Embora 42,75% dos maiores de 10 anos possuíssem escolaridade superior ao médio completo em 2010, apenas 15,27% dos óbitos se deram neste segmento populacional. Existe, assim, uma associação negativa entre escolaridade e óbitos causados pela Covid-19. Há menor mortalidade entre pessoas com instrução maior. Esta associação liga-se à maior renda obtida com maior escolaridade. Mas vale lembrar que os brasileiros menos escolarizados associam-se aos de

IDADE	óbitos COVID -19					
	ano 2020		ano 2021, até 25/06		ano 2021, ate 9/09	
	NA	%	NA	%	NA	%
0 a 4	449	1,97%	11	0,05%	12	0,05%
5 a 14	68	0,30%	11	0,05%	14	0,05%
15 a 39	1.222	5,36%	1.194	5,39%	326	1,28%
40 a59	4.037	17,72%	5.867	26,51%	8.187	32,11%
60 e mais	17.007	74,65%	15.051	68,00%	16.954	66,50%
Total	**22.783**	**100,00%**	**22.134**	**100,00%**	**25.493**	**100,00%**

Tabela 7- Município de São Paulo: óbitos por grupo etário -2020/21

Fonte: Secretaria da Saúde do Município de São Paulo- PRO-AIM - (2021- Até 09/09).

IDADE	2020	2021
40 a 59	123,43	174,09
60 e mais	889,68	774,12

Tabela 8- Município de São Paulo: taxa por 100 mil habitantes - faixas etárias acima de 40 anos

Fonte: Secretaria da Saúde do Município de São Paulo- PRO-AIM - (2021- até 09/09)- Dados sintetizados pelos autores.

menor renda, aos mais vulneráveis e também existe uma maior incidência de comorbidades não tratadas entre pessoas com nível educacional mais baixo.

Em relação à faixa etária da população paulistana em 2021, de acordo com as estimativas do IBGE, 16,04% têm 60 anos e mais, e aqueles com 40 a 59 anos representam 27,45% dos moradores. Pela Tabela 5 percebe-se que, embora a maioria dos óbitos ainda esteja na faixa dos 60 anos e mais, entre 2020 e o primeiro semestre de 2021, houve um certo "rejuvenescimento" dessas mortes. De fato, a proporção de óbitos entre idosos em 2020 foi de 74,65%, em junho e setembro de 2021 ela caiu para 68,00% e 66,50% respectivamente.

De outro lado, o percentual de mortes entre 40 e 59 anos aumentou de 17,72% em 2020 para 26, 51% em junho de 2021 e para 32,11% em setembro de 2021.

Em 2020, a taxa de mortalidade dos idosos por 100 mil no município foi 7,21 vezes maior que a mortalidade dos habitantes entre 40 e 59 anos. Esta razão diminuiu no primeiro semestre de 2021, quando a taxa da faixa etária de idosos passou a ser 4,45 em relação às idades de 40 a 59 anos. A mortalidade para o total populacional diminuiu um pouco entre 2020 e 2021, de 191,22 por 100 mil para 181,82 por 100 mil.

Dessa forma, consideramos algumas hipóteses para estes fatos:

- A ligeira diminuição na mortalidade pode estar ligada a um melhor diagnóstico e tratamento, já que as equipes de saúde estão mais preparadas. Podendo estar associada à vacinação completa das pessoas nesta faixa etária.

- O aumento da mortalidade nas faixas etárias a partir de 40 anos entre 2020 e 2021 pode estar associado à propagação do vírus para a periferia, onde a estrutura etária é mais jovem. Além de mais jovens, os moradores de áreas periféricas têm renda menor e piores condições de trabalho domiciliar, usando transporte público lotado, sendo assim, estão

OCUPAÇÃO	ÓBITOS	%
aposentado/as	9.925	32,23%
dona de casa	4.832	15,69%
cosntrução civil	1.268	4,12%
indústria	1.245	4,04%
serviços	7.470	24,26%
comércio	1.547	5,02%
desempregados/as	397	1,29%
agricultura	120	0,39%
estudantes	61	0,20%
sem notificação	3.931	12,76%
Total	**30.796**	**100,00%**

Tabela 9- Município de São Paulo: ocupação das vítimas de Covid-19 (março de 2020 e março de 2021)

Fonte: Instituto Pólis, tabela matriz.

mais sujeitos à contaminação.

Em relação aos óbitos por ocupação causados pela Covid-19, a variável não está no acesso público de dados fornecido pelo Tabnet do site do PRO-AIM. Entretanto, o Instituto Pólis, através da LAI (Lei de Acesso à Informação), deu acesso à planilha base destes dados entre março de 2020 e março de 2021, através da publicação de sua tabela fonte. As tabelas aqui apresentadas foram elaboradas a partir desta planilha base. E muitas das análises também aqui apresentadas baseiam-se nas elaboradas no artigo citado.

As atividades das vítimas foram classificadas através do código CBO (Classificação Brasileira de Ocupações). A partir dos 737 códigos identificados, o Instituto Pólis classificou as ocupações em categorias, agrupadas posteriormente por setor econômico e tipo de atuação, atividade essencial e possibilidade de trabalho remoto. A distribuição das ocupações para o total do município é resultado de dados da pesquisa OD (Origem Destino 2017). O uso da pesquisa

OD distorce um pouco a comparação, visto que algumas categorias não foram detalhadas. O uso do total populacional para os percentuais tentou minimizar esta falta.

Nota-se que entre as vítimas há uma enorme proporção de pessoas com trabalho não remunerado: 49,41%, entre aposentados, donas de casa, desempregados e estudantes.

Os outros 38,83% correspondem a categorias de trabalho remunerado. A subnotificação de casos, ou seja, óbitos que não tiveram o preenchimento da ocupação, foi de 12,76%. Aposentados e donas de casa são as categorias com maior proporção de mortes, representando 47,82% do total de óbitos. Associa-se a isto o seu grupo etário: são majoritariamente pessoas com 60 anos e mais, faixa etária associada à maior mortalidade. Para os aposentados, a associação é imediata. Já para as donas de casa, pode-se pensar numa relação cruzada: atualmente, é cada vez mais raro que a mulher não tenha trabalho remunerado. Assim, grande parte das donas de casa provavelmente pertence a grupos etários mais velhos. A proporção paulistana de aposentados foi, em 2017, de 11,56% e a de donas de casa, de 6,26%. Observa-se que os óbitos mostram proporções bem maiores que a verificada no total da cidade, nos dois casos, mostrando uma sobremortalidade. Por outro lado, são categorias ocupacionais que apresentam pouca locomoção. Assim, é pouco provável que tenham se infectado em transporte público. Seria possível associar a infecção destas vítimas ao contágio domiciliar- parentes que trabalham fora trazendo o vírus.

Estudantes foram poupados, não só pela faixa etária, mas também pela suspensão de aulas presenciais. São 17,79% da população paulistana e apenas 0,20% dos óbitos.

Operários da construção civil também parecem estar mais expostos, dado que sua proporção na população era de 2,31% e são 4,12% das mortes. A construção civil foi considerada uma atividade essencial, não interrompeu o trabalho, e é impossível trabalho domiciliar neste ramo. Os trabalhadores do comércio representam 5,02% dos óbitos, mas são 8,71% do total da população do município. Sucessivas medidas restritivas devem ter ajudado a salvar vidas, diminuindo o percentual de óbitos esperados.

O setor de serviços é extremamente heterogêneo e mostra uma diversidade de ocupações. No total, tem 24,26% dos óbitos, mas compreende uma proporção de 31,18% da população paulistana. O transporte de passageiros é um dos grupos mais afetados, com 3,2% das mortes totais. A proporção de trabalhadores de transporte no município era de 1,63% em 2017. Trata-se de serviço considerado essencial e que não interrompeu suas atividades em momento nenhum da pandemia.

REFERÊNCIAS

FUNDAÇÃO SEADE. Boletim Coronavíirus. Disponível em: https://www.seade.gov.br/boletim-coronavirus/. Acesso em: 13 jun. 2021.

_____. Sistema Seade de Projeções Populacionais. Disponível em: https://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop. Acesso em: 9 mar. 2021.

PASTERNAK TASCHNER, S. (1990). Habitação e demografia intra-urbana em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População*. Campinas, v 7, nº 1, jan.-jun., pp 3-34.

_____; BÓGUS, L.M.M. (1998). A Cidade dos Anéis. *Cadernos LAP,* n. 28, São Paulo, FAU-USP, nov./dez.

_____.; D'OTTAVIANO, M. C. L.; BARBON, A. L. (2020). Mortalidade por COVID-19 em São Paulo: Caminho rumo à periferia. Disponível em: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/mortalidade-por-covid-19-em-sao-paulo-caminho-rumo-a-periferia/. Acesso em: 26 set. 2021.

SÃO PAULO (Prefeitura) (2020). Boletim Diário COVID-19. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=295572. Acesso em: 26 set. 2021.

_____. Secretaria da Saúde. PRO-AIM. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/tabnet. Acesso em: 9 set. 2021.

14

REGIÃO METROPOLITANA DE VITÓRIA (ES)

Latussa Laranja Monteiro (coordenação)

Gilberto Daniel Lima Filgueiras

Ligia da Motta Silveira Borges

Latussa Laranja Monteiro

Pablo Medeiros Jabor

Clemir Pela Meneghel

Pablo Silva Lira

INTRODUÇÃO

Este documento apresenta a atualização do monitoramento da pandemia da COVID-19 na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), que compôs o Dossiê Nacional "As Metrópoles e a COVID-19", e que constituiu subsídio para o Fórum Nacional da Reforma Urbana - FNRU e para a Plataforma Brasileira de Direitos Humanos - Plataforma Dhesca. Desta forma, o presente relatório reúne levantamento de dados acerca das ações empreendidas pelo poder público nas esferas municipal e estadual, além das iniciativas de redes/articulações da sociedade civil locais, sobretudo nos territórios mais vulneráveis da RMGV. O objetivo, transcorrido mais de um ano da primeira versão, é formar um diagnóstico situacional da COVID-19 e contribuir para seu enfrentamento a partir da agregação de novas informações e do conhecimento acumulado.

O relatório é composto por quatro seções: esta introdução; a segunda seção, que apresenta os dados relativos ao desenvolvimento da pandemia por meio dos números de casos confirmados, óbitos e vacinação, buscando relacionar o avanço na imunização e a evolução da pandemia. A terceira seção apresenta as medidas de enfrentamento da 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 os portais virtuais são o principal meio de acesso da população aos serviços e informações relativas à pandemia. No caso das informações do Governo do Estado, adicionalmente foi realizado levantamento das pesquisas executadas no âmbito do Núcleo Interinstitucional de Estudos Epidemiológicos (NIEE), coordenado pelo Instituto Jones dos Santos Neves e criado com a finalidade de produzir informações e subsidiar as decisões do poder executivo estadual nas medidas de combate à emergência em saúde pública. Finalmente, a quarta seção mostra investigação preliminar dos efeitos da pandemia nos territórios vulneráveis.

A COVID-19 NA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE VITÓRIA

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-19 do Governo do Estado, o Espírito Santo registrou, até o dia 10 de setembro de 2021, 570.074 casos confirmados e 12.350 mortes por COVID-19. O índice de letalidade da doença no estado é de 2,17%, tendo sido realizados 2.010.106 testes. Na RMGV, o número de casos confirmados chegou a 277.232, e o número de mortes, a 6.570. Os quatro municípios com o maior número de casos confirmados no estado pertencem à RMGV: Serra (71.538); seguido de Vila Velha (71.071); Vitória (62.472) e Cariacica (43.149), evidenciando que a concentração de casos acompanha a concentração populacional do ES na Região Metropolitana (50%, aproximadamente).

A Figura 1 mostra os casos confirmados e óbitos confirmados dos municípios da RMGV. Analisando-se a letalidade, que indica o percentual de pessoas que vieram a óbito em relação aos casos confirmados, verifica-se que os municípios da RMGV apresentam a letalidade maior do que a média do estado do Espírito Santo, com destaque para Viana e Cariacica, que possuem letalidade de 3,22% e 3,03%, respectivamente, Ao mesmo tempo, Vitória apresenta a menor letalidade da Região, o que leva a refletir sobre a relação entre letalidade e vulnerabilidade do território, uma vez que Vitória possui o menor Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) da RMGV, 0,178, enquanto que Viana e Cariacica possuem os IVSs mais altos da Região, respectivamente 0,371 e 0,362 (IPEA, 2015)[1].

A vacinação no Espírito Santo e na Região Metropolitana da Grande Vitória

1 A seção quatro apresenta mais aspectos da relação entre letalidade e vulnerabilidade espacial.

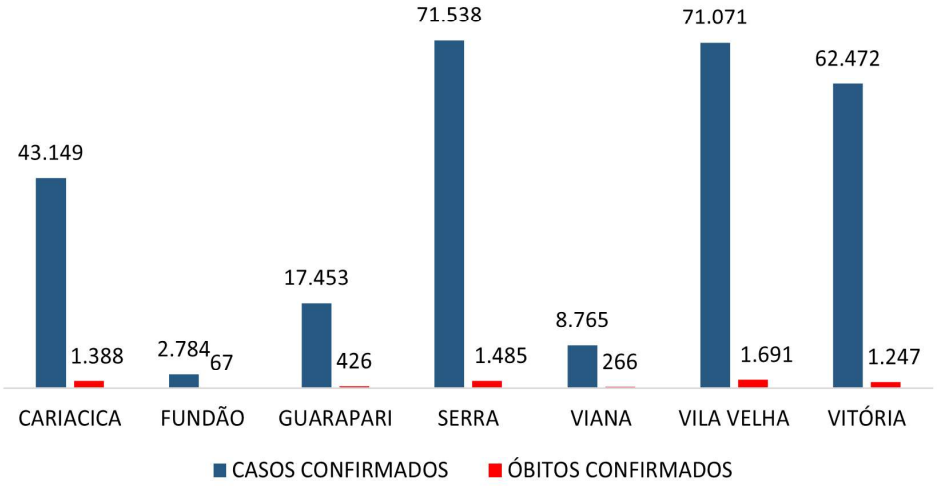


Figura 1 -Dados de número de casos e óbitos por COVID-19 extraídos do Painel COVID-19 do Espírito Santo

Fonte: Painel COVID-19 - Estado Do Espírito Santo*.

*** ESPÍRITO SANTO. Painel Covid-19 – Estado do Espírito Santo. Disponível em: https://coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es. Acesso em: 10 set. 2021.**

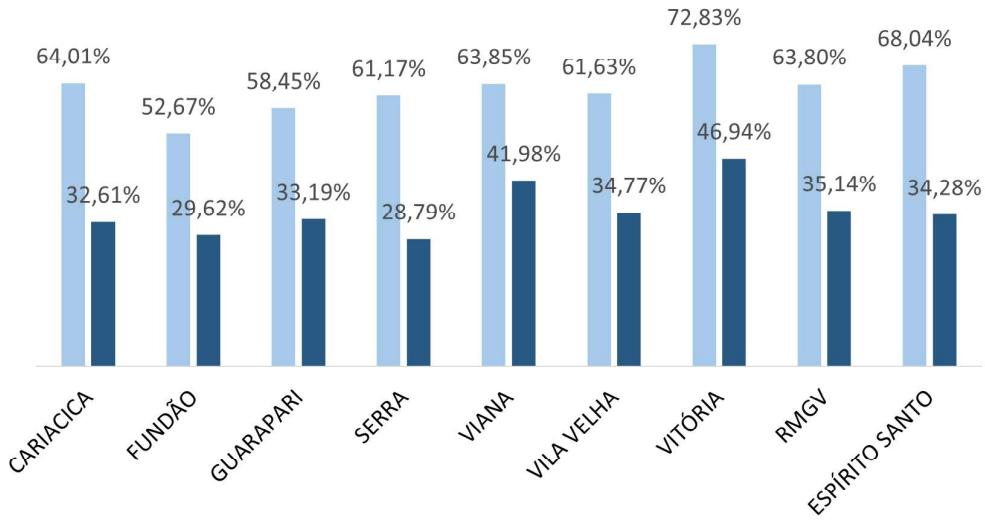


Figura 2 - Situação da aplicação de vacinas na RMGV

Fonte: Painel de Vacinação – Aplicação de Doses*.

*** ESPÍRITO SANTO. Painel de Vacinação – Aplicação de doses. Disponível em: https://coronavirus.es.gov.br/painel-vacinacao-aplicacao. Acesso em: 10 set. 2021.**

O Espírito Santo recebeu o primeiro repasse das vacinas contra a COVID-19 feito pelo Ministério da Saúde no dia 18/01/2021. Desde então, o estado já recebeu e aplicou mais de 3,9 milhões de doses, sendo cerca de 2,68 milhões destinadas à primeira dose e 1,2 milhão destinadas à segunda dose[2]. No momento da elaboração deste documento o Espírito Santo possui cerca de 68,04% da população com a primeira dose e cerca de 34,28% com imunização completa contra COVID-19 (Figura 2).

Em 03 de setembro de 2021 foi publicada a Nota Técnica nº 10/2021 - Influência da vacinação sobre o número de óbitos por COVID-19 no estado do Espírito Santo, que traz os resultados observados em todas as faixas etárias até o dia 10/07/21 (NIEE, 2021a).

A pesquisa apresentou a estimativa de vidas preservadas pela vacinação contra a COVID-19 no Espírito Santo entre os dias 28 de fevereiro de 2021, data de início das aplicações no estado, até o dia 10 de julho deste ano, em conjunto com os óbitos acumulados desde 26 de abril de 2020.

Segundo o NIEE (2021a), o objetivo da pesquisa foi avaliar as variações nas porcentagens de óbitos semanais por faixa etária ao longo da pandemia e estimar o possível número de vidas salvas devido à utilização das vacinas contra o novo coronavírus (COVID-19). A pesquisa tomou como base os dados disponíveis no Painel COVID-19 do Espírito Santo, extraídos no dia 28 de julho deste ano e constatou que existe uma relação entre as datas de início da vacinação da faixa etária e a redução da sua representatividade entre os óbitos. Dessa forma, foi estimado em 2.469 o número de óbitos caso não houvesse a vacinação, supondo que essas proporções continuassem constantes (NIEE, 2021a).

Outra conclusão da pesquisa é que mesmo as reduções não sendo exclusivamente atribuídas ao processo de vacinação, é possível observar que foram somados fatores que não ocorreram no ano de 2020 (NIEE, 2021a).

2 ESPÍRITO SANTO. Painel Covid-19 – Estado do Espírito Santo. Disponível em: https:// coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es. Acesso em :10 set. 2021.

MEDIDAS PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Medidas do Governo Federal

Em se tratando da agenda da vacinação no Brasil, ficou a cargo do Ministério da Saúde o acompanhamento das vacinas que estavam sendo desenvolvidas em diversos países e por diversos grupos de pesquisa e desenvolvimento. Também ficou a cargo do Ministério da Saúde, por meio da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), a aprovação, para uso em território nacional, de imunizantes que vinham sendo desenvolvidos até então. O Governo Federal também ficou responsável, através do Ministério da Saúde, da compra e distribuição de imunizantes aos estados brasileiros. Informações posteriores permitem afirmar que o processo de vacinação foi iniciado de forma tardia no Brasil.

Auxílio Emergencial Federal

O auxílio emergencial federal para a população em vulnerabilidade social somou um total de R$ 6.859.196.453,00 entre abril de 2020 e junho de 2021 (segundo os últimos dados disponíveis do Portal de Transparência do Governo Federal). Desse total, 46,56% (R$ 3.193.805.308,00) foram pagos a cidadãos residentes nos 7 municípios que compõem a RMGV. A Figura 3 mostra que essa distribuição não dista da distribuição populacional no território capixaba, visto que a RMGV concentra cerca de 49,79% do contingente populacional do estado (estimativa IBGE para 2020).

Medidas do Governo Estadual

Desde o início da pandemia, o governo do Espírito Santo executou ações que visavam gerenciar de forma coordenada as ações de enfrentamento, dentre elas:

Publicação do Plano Estadual de Prevenção e Controle do Novo Coronavírus;

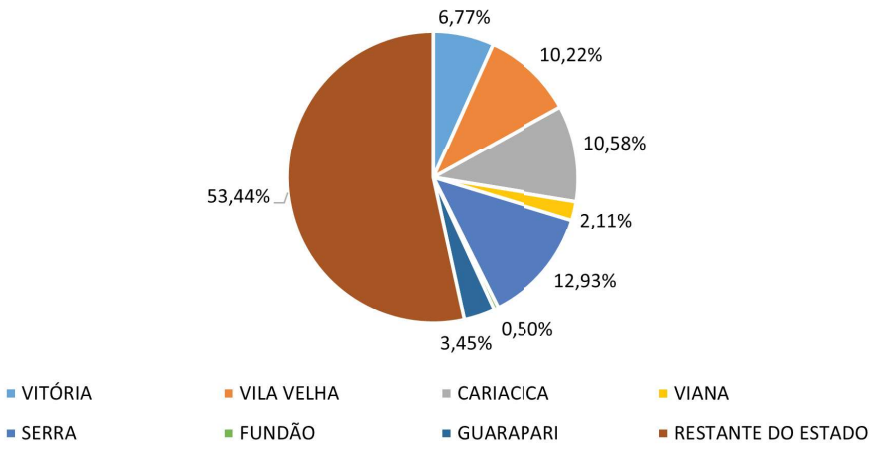


Figura 3 - Distribuição do auxílio emergencial federal

Fonte: Portal de Transparência do Governo Federal*.

*** Disponível em http://www.portaltransparencia.gov.br/beneficios/consulta?tipoBeneficio=6&ordenarPor=municipio&direcao=asc. Acesso em 13 set. 2021.**

Criação do Centro de Comando e Controle – CCC, onde os representantes dos órgãos, integrantes do CCC, se reúnem semanalmente para debater o quadro da pandemia;

Elaboração do Mapa de Gestão de Risco do estado do Espírito Santo e organização das medidas orientadoras das atividades nos municípios;

Criação do Núcleo Interinstitucional de Estudos Epidemiológicos (NIEE), para subsidiar as decisões do poder executivo estadual nas medidas de enfrentamento de emergências em saúde pública. A expectativa é que o Núcleo mantenha a realização de estudos epidemiológicos que se fizerem necessários.

A seguir são listadas as principais medidas adotadas pelo Governo do Estado a partir de agosto de 2020[3].

3 Por se tratar de atualização de relatório anterior, buscou-se dar foco às novas ações, não descritas na versão publicada em 2020.

Criação de painéis de acompanhamento de indicadores da Covid-19

Foram criados indicadores e novos painéis de monitoramento para apoiar a tomada de decisão do CCC, são eles:

- Painel Isolamento Social[4]: apresenta indicador de Isolamento Social, criado com base nas informações das antenas de celular;

- Painel Ocupação de Leitos[5]: foi criado um painel para acompanhar o número de leitos públicos (próprios e contratados) Covid-19 ocupados e disponíveis e também a taxa de ocupação;

- Painel de Vacinação – Distribuição de Doses: monitora a distribuição das doses recebidas pelo governo estadual aos municípios;

- Painel de Vacinação – Aplicação de Doses: monitora a aplicação de doses na população pelos municípios.

Disponibilização de leitos

A Portaria Nº 071-R tem como estratégia a qualificação e reestruturação da rede de atenção à saúde e fortalecimento do papel da regulação do Estado, que ampliou a oferta de leitos de alta complexidade nas unidades hospitalares próprias e também um processo de contratualização de leitos em hospitais filantrópicos, federais e privados[6]. A Figura 4 mostra a curva de pacientes internados em UTI (linha azul escura) em comparação com leitos disponíveis (rede própria ou contratados da rede privada), que aparecem em azul claro. Este gráfico demonstra que

4 ESPÍRITO SANTO. Painel de Isolamento Social. Disponível em: https://coronavirus.es.gov.br/painel-isolamento-social. Acesso em 18 out. 2021.

5 ESPÍRITO SANTO. Painel Ocupação de Leitor Hospitalares. Disponível em: https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares. Acesso em 18 out. 2021. .

6 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Estado tem mais de 900 leitos disponíveis de UTI para Covid-19, 30 mar. 2021. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/estado-tem-mais-de-900-leitos-disponiveis-de-uti-para-covid-19. Acesso em 18 out. 2021.

Figura 4 - Curva de evolução do número de leitos de UTI Covid-19 disponíveis e ocupados (NIEE, 2021b)

Fonte: Leitos de UTI (Esfera Judicial) do Painel Ocupação de Leitos*.

*** Disponível < https://coronavirus.es.gov.br/painel-ocupacao-de-leitos-hospitalares>. Acesso em 29 set 2021.**

o pico de casos na RMGV aconteceu nos dias 18 e 19 de abril de 2021 e nestes dias a taxa de ocupação de leitos de UTI chegou a 96,78%, porém o sistema não entrou em colapso e, em seguida, ocorreu uma queda no número de internações por casos graves. Esta queda é atribuída à quarentena preventiva realizada no estado.

Quarentena preventiva

Entre as semanas epidemiológicas 07 e 08 de 2021 foi constatado um aumento de 33,7% nos casos confirmados de Covid-19 no Espírito Santo. Na sequência, entre as semanas 08 e 11, foram computados sucessivos crescimentos semanais.

As medidas da quarentena foram implementadas a partir da semana epidemiológica 11, compreendida pelo período de 18 a 31 de março de 2021, posteriormente estendida até 04 de abril de 2021.

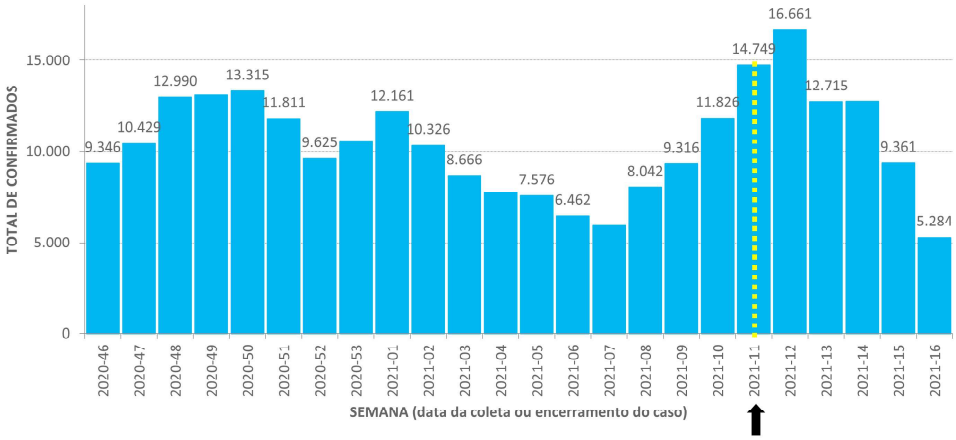


Figura 5 - Casos confirmados de Covid-19, Espírito Santo (NIEE, 2021b)

Fonte: (NIEE). Nota Técnica nº 08/2021.

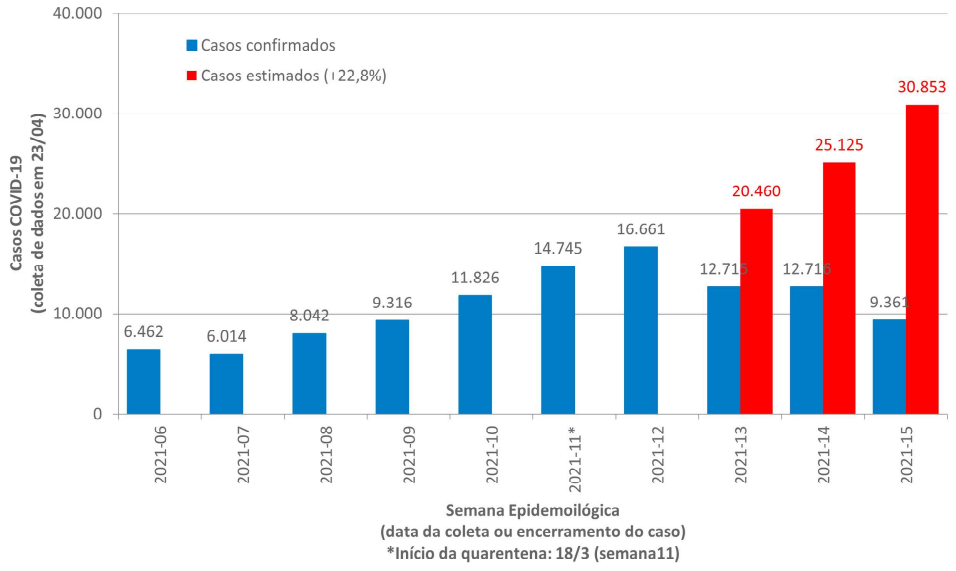


Figura 6 - Casos confirmados e estimados de Covid-19, Espírito Santo (NIEE, 2021b)

Fonte: (NIEE). Nota Técnica nº 08/2021.

Entre as semanas 12 e 13 foi registrada uma redução de 23,7%, o que representou uma queda de 4 mil casos confirmados, aproximadamente. Entre a semana 13 e 14 o número de casos se manteve estável. Com cerca de 9.300 registros, na semana 15 o número de casos confirmados permaneceu em queda (Figura 5).

A Figura 6 apresenta as estimativas dos números de casos confirmados de Covid-19 nas semanas epidemiológicas 13, 14 e 15, caso não tivessem ocorrido a desaceleração e a inflexão de tendência. As diferenças de casos confirmados observados e casos estimados nas semanas epidemiológicas 13, 14 e 15 foram de 7.745, 12.409 e 21.492 registros. O somatório dessas diferenças representa 41.646 casos de Covid-19 evitados em apenas três semanas.

A taxa de letalidade da Covid-19 no Espírito Santo no dia 23 de abril de 2021 foi de 2,1%. Se aplicarmos no total de casos de Covid-19 nas últimas três semanas mencionadas, constatamos que, nesse período, 875 óbitos de Covid-19 foram evitados. Se considerarmos apenas março, a taxa de letalidade foi de 2,72%, o que corresponderia nas projeções a 1.133 óbitos evitados de Covid-19.

Projeto Viana vacinada

O Projeto de Pesquisa Viana Vacinada é um estudo científico denominado "Efetividade, Segurança e Imunogenicidade da Meia Dose da Vacina para Covid-19" que avaliará a capacidade de meia dose (0,25mL) da vacina AstraZeneca Oxford/Fiocruz reduzir o número de casos de Covid-19 em população de 18 a 49 anos, residente em Viana e que não faz parte de grupos prioritários estabelecidos no Plano Nacional de Imunizações (PNI). O estudo é realizado por pesquisadores do Hospital Universitário (HUCAM-UFES) e da Fiocruz, apoiado pela OPAS e Ministério da Saúde. A campanha de vacinação exclusiva do estudo foi realizada nos dias 12 e 13 de junho de 2021, em pontos de vacinação nas zonas eleitorais do município de Viana. Espera-se que a meia dose seja suficiente para produzir anticorpos e células de defesa e reduzir 60% da incidência de Covid-19, ao longo de seis meses após a vacinação. O projeto tem custo estimado em R$ 5.145.711,00, e os resultados das análises parciais são esperados em dezembro

de 2021 e resultados finais em outubro de 2022.

Auxílio emergencial estadual – Cartão ES Solidário

O Espírito Santo criou um auxílio emergencial estadual para a população em vulnerabilidade social, chamado de Cartão ES Solidário (ESPÍRITO SANTO, 2021a). O levantamento de dados mostrou que no ano de 2020 o governo do estado fez pagamentos de auxílios divididos em 3 parcelas às famílias cadastradas, totalizando R$ 600,00 por pessoa, gerando um gasto total de R$ 52.006.800,00. Desse total, 48,06% (R$ 24.993.600,00) foram pagos a cidadãos residentes na RMGV. De maneira análoga ao auxílio federal, essa distribuição acompanha a concentração populacional capixaba no território da RMGV (49,79%, segundo IBGE, 2020) (Figura 7).

É válido ressaltar que esse benefício a nível estadual foi prorrogado, com o pagamento de mais R$ 600,00 divididos em 3 parcelas em agosto, setembro e outubro de 2021, totalizando aproximadamente R$ 100 milhões oriundos do Tesouro Estadual (ESPÍRITO SANTO, 2021b).

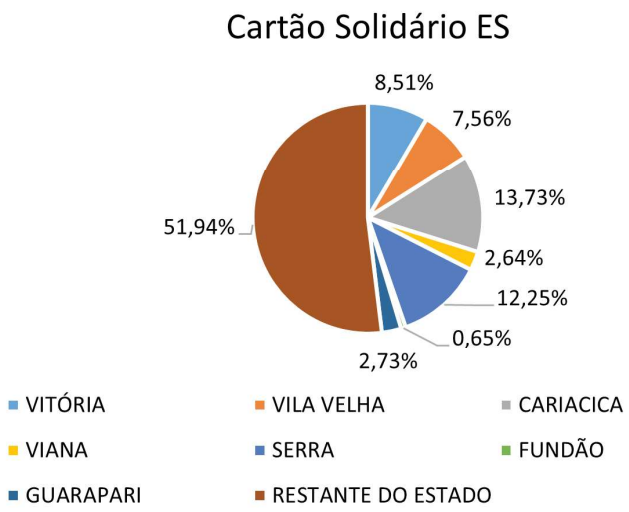
Os auxílios financeiros emergenciais a nível municipal, que serão mencionados nas seções seguintes, foram colocados em prática por apenas duas prefeituras da RMGV: a capital Vitória e o município da Serra.

Inquéritos sorológicos

Visto que ainda no ano de 2020 a testagem em massa da população não era uma ação de fácil acesso como é nos dias atuais, o governo do estado executou uma série de inquéritos sorológicos destinados a certos públicos alvos da população capixaba.

A metodologia adotada na avaliação foi a detecção anticorpos IgG para o SARS-CoV-2, por meio do método da quimiluminescência, através de amostras sanguíneas. O objetivo dessa série de estudos populacionais era a detecção de anticorpos IgG para o SARS-CoV-2, que indicam

Figura 7 - Dados do Cartão ES Solidário*.



Fonte: Site da Secretaria de Estado de Trabalho, Assistência e Desenvolvimento Social do Espírito Santo.**

*** ESPÍRITO SANTO. Painel de Vacinação – Aplicação de Doses. Disponível em https://coronavirus.es.gov.br/painel-vacinacao-aplicacao. Acesso em: 10 set. 2021.**

**** SECRETARIA DE TRABALHO, ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Cartão ES Solidário. Disponível em: https://setades.es.gov.br/cartaoessolidario. Acesso em 13 set. 2021.**

que essas pessoas já se infectaram com o coronavírus anteriormente. Dessa forma é possível determinar a prevalência da população que já teve contato com a doença e tentar compreender o avanço dela dentro do público-alvo de cada inquérito. É importante esclarecer que é possível haver pessoas que tenham se contaminado, mas que não desenvolveram respostas de defesa pelo sistema imunológico, sendo assim não apresentam anticorpos nas amostras.

Os estudos foram realizados: [1] em caráter censitário para o público formado por profissionais da rede estadual de educação; [2] em caráter amostral entre alunos e professores das redes pública e privada; [3] na população carcerária e seus colaboradores e [4] na população indígena, inicialmente em caráter censitário, mas, ao final, apenas 77,8% dessa população foi alcançada.

A execução desses estudos sorológicos e a divulgação dos resultados para a sociedade possibilitaram a publicação de análises em artigos, ampliando o alcance e a utilização dos dados no campo científico, sobretudo no campo da estatística e da epidemiologia.

Compra direta de vacina

O estado adquiriu 500 mil doses da vacina CoronaVac, produzida pelo Instituto Butantan em busca de reduzir a circulação do novo Coronavírus (Covid-19) a partir da imunização de toda população, com foco naquela acima de 18 anos. Dessa forma, as doses enviadas pelo PNI permitiram o início do esquema vacinal para outras faixas etárias.

Medidas dos Governos Municipais da RMGV

As prefeituras da Região Metropolitana da Grande Vitória empreenderam várias ações de enfrentamento da pandemia (Tabela 1). Neste contexto, destaca-se a distribuição de cestas básicas que foi realizada, em sua maioria, para famílias que estão cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais. Ainda, sabendo que muitas famílias dependem da alimentação fornecida aos alunos dentro das escolas, foram distribuídos kits de alimentação para as famílias dos alunos matriculados nas redes municipais de ensino.

Tabela 1- Medidas empreendidas pelos municípios da RMGV.

MUNICÍPIO	CARIACICA	FUNDÃO	GUARAPARI	SERRA	VIANA	VILA VELHA	VITÓRIA
Planos de ação emergenciais específicos destinados às periferias urbanas e populações vulneráveis							
Elaboração de plano com sistematização de todas as ações para a contenção da pandemia da Covid-19 e mitigação dos impactos socioeconômicos							x
Existência de Comitê de Monitoramento das Ações de Prevenção e Enfrentamento do Coronavírus	x[1]		x[2]	x[3]		x[4]	x[5]
Apoio humanitário e financeiro							
Distribuição de cestas básicas à população em situação de vulnerabilidade	X	x	x	x	x	x	x
Distribuição de kits de alimentos e/ou cestas básicas aos alunos da rede municipal	X	x	x	x	x	x	x
Auxílio financeiro municipal				x		x[6]	x
Acesso à informação e transparência							
Site que concentre informações sobre a Covid-19	x	x	x	x		x	x
Ações de conscientização e combate à pandemia	x	x	x	x	x	x	x
Disponibilização de canal direto de comunicação (WhatsApp, telefone etc.)	x						x
Distribuição de máscara e álcool em gel para a população	x	x	x		x	x	x
Sistema para agendamento de doses da vacina	x	x	x	x	x	x	x
Acesso à saúde							
Realização de testes para detectar a Covid-19			x		x	x	x
Mutirões de vacinação	x		x		x	x	x
Parceria com universidades para agilizar a Campanha de Imunização						x	x
Apoio psicológico para pessoas em sofrimento devido ao isolamento social e /ou à necessidade de trabalhar com o vírus em circulação		x[7]				x[8]	
Contato do município para marcação de vacinas					x	x	
Acesso à educação							
Disponibilização de plataforma para aulas *online* acompanhado de tutorial						x	
Definição de protocolo para volta às aulas presenciais							x
Visitas às escolas para orientar e fiscalizar o cumprimento das medidas do protocolo de segurança da pandemia						x	
Acesso a serviços básicos							
Desinfecções de ruas, avenidas e equipamentos públicos	x	x	x	x	x	x	x
Orientação sobre o descarte de lixo infectado						x	
Orientação para servidores da Assistência Social para evitar propagação do vírus						x	
Condições de moradia, abrigamento e mobilidade							
Disponibilização de abrigo para pessoas em situação de vulnerabilidade social que estejam contaminadas com a Covid-19		x		x			x
Limpeza e desinfecção dos veículos[9]						x	x
Suspensão dos passes escolares, no período em que as aulas foram interrompida s						x	
Ampliação no número de linhas para evitar aglomerações							x
Barreiras sanitárias para conscientização e fiscalização			x		x	x	x
Acesso a assistência social e direitos humanos							
Adequação do atendimento à população de rua durante a pandemia com orientação na prevenção do Covid-19	x		x	x		x	x
Conscientização sobre a importância de denunciar a violência contra a mulher							x

[1] MOURA, Tatiana. Matriz de risco: Cariacica integra lista dos municípios com risco baixo para a Covid-19, 21 set. 2020. Disponível em <https://www.cariacica.es.gov.br/noticias/68571/matriz-de-risco-cariacica-integra-lista-dos-municipios-com-risco-baixo-para-a-covid-19>. Acesso 8 out. 2021.

[2] Decreto Municipal nº 202/2020 de 05 de maio de 2020.

[3] Criado através da Portaria Municipal da Secretaria de Saúde nº 16 de 23 de abril de 2020.

[4] VILA VELHA. Secretaria de Saúde. Prefeitura cria Centro de Operações de Emergência de Coronavírus. Disponível em: https://www.vilavelha.es.gov.br/noticias/2020/04/prefeitura-cria-centro-de-operacoes-de-emergencia-de-coronavirus-29735. Acesso em 8 out. 2021.

[5] Criado pelo Decreto Municipal n° 18.039/2020 de 16 de março de 2020.

[6] Em Vila Velha o auxílio foi fornecido às famílias de alunos da rede municipal.

[7] Fundão instituiu apoio psicológico para pessoas em sofrimento psíquico devido ao isolamento social.

[8] Vila Velha instituiu um grupo de apoio emocional para professores.

[9] Somente Vitória e Vila Velha possuem transporte público municipal.

Organização para a vacinação

É relevante destacar a forma como a vacinação em toda Região Metropolitana da Grande Vitória foi calcada no agendamento prévio das doses e mutirões amplamente divulgados e que tiveram grande adesão da população. Outro ponto positivo foi a mobilização da assistência social no acolhimento da população que não tem condições de fazer isolamento social, fornecendo abrigamento e a preocupação com a conscientização da população de rua.

Acesso à educação

Em relação à educação, apesar do esforço do poder público em manter as aulas no formato *online*, sabe-se que o acesso à internet de qualidade e a dispositivos de acesso que garantam um aproveitamento pleno das aulas está restrito à população de maior poder aquisitivo, aumentando as desigualdades.

Auxílio emergencial municipal

Além das medidas listadas acima, as prefeituras de Vitória e Serra criaram auxílios emergenciais municipais com a finalidade de apoiar as famílias em maior risco social em seus municípios.

A prefeitura da capital Vitória publicou em seu diário oficial no dia 07/07/2020 a criação do Auxílio Emergencial Municipal às famílias de baixa renda que atendessem aos pré-requisitos para o recebimento do benefício. Seriam um total de R$ 900,00 divididos em 3 parcelas iguais (VITÓRIA, 2020a). No dia 15/09/2020, esse benefício foi prorrogado por mais 3 meses. No total foram investidos R$ 4.384.500,00 que beneficiaram em média 2.435 famílias, sendo a última das 6 parcelas pagas ainda no mês de dezembro do mesmo ano (VITÓRIA, 2020b).

Ainda no município de Vitória para o ano de 2021, a Câmara de Vereadores aprovou, no dia 24/03/2021, o projeto de lei que institui o Auxílio Municipal Emergencial (AME). O benefício foi de R$ 500,00, pago em duas parcelas, custando o total de R$ 1.107.000,00 e beneficiando ao todo 2.214 famílias.

A prefeitura de Serra publicou em seus canais de notícias oficiais no dia 10/06/2020 a criação do Auxílio Emergencial Municipal às famílias de baixa renda que atendessem aos pré-requisitos para o recebimento do benefício. Seria um total de R$ 300,00 divididos em 3 parcelas iguais que beneficiariam até 2.683 famílias. O auxílio foi pago em parcela única de R$ 300,00 a apenas 566 famílias totalizando um montante investido pelo poder público de R$ 169.800,00, segundo informações do portal de transparência.

A prefeitura da Serra ainda chegou a anunciar outros programas de auxílios financeiros de abrangência municipal, porém não há informações, até a data de compilação desses dados, de que esses auxílios realmente tenham sido pagos ao seu público-alvo.

Ações comunitárias de enfrentamento da Covid-19

Além das medidas do poder público, o enfrentamento da Covid-19 contou com ações realizadas pelos coletivos, movimentos sociais, associação de moradores e igrejas, bem como da iniciativa privada, na Região Metropolitana da Grande Vitória (Tabela 2). O levantamento contido nesta seção foi realizado por meio de buscas *online* das ações de enfrentamento da Covid-19 em sites, principalmente de notícias locais, e redes sociais, entre os dias 13 de setembro e 27 de setembro de 2021. Cabe destacar, ainda, como importante fonte de informação o documento do grupo BrCidades Núcleo ES "Mapeamento de Ações Comunitárias de enfrentamento a (sic) Covid-19 na Região da Grande Vitória – ES" (BRCIDADES, 2020)[7].

Das ações empreendidas são destaques aquelas voltadas ao fornecimento de alimentos e produtos de limpeza para famílias mais vulneráveis da RMGV, isso se deu diante de um quadro de diminuição de pessoas na força de trabalho. No fechamento dos resultados do ano de 2020, observa-se que a taxa de participação na força de trabalho média anual foi de 61,9% em 2020, valor esse -4,5 p.p. menor que o observado em 2019, e o mais baixo desde o início da

7 O grupo do BrCidades Núcleo ES realizou o mapeamento de ações comunitárias nos municípios da Região da Grande Vitoria. O contato foi realizado com 35 entidades comunitárias, coletivos e movimentos sociais organizados, e o retorno foi de 19 formulários respondidos, atingindo 54,28% do total entidades contatadas. Embora o alcance não tenha sido em número tão alto como desejado, houve representação em todos os municípios da Grande Vitória.

Tabela 2 - Ações empreendidas pelos coletivos, movimentos sociais, associação de moradores e igrejas na RMGV.

AÇÕES COMUNITÁRIAs (ONGs, associação de moradores, instituições religiosas e iniciativa privada)							
AÇÕES	**CARIACICA**	**FUNDÃO**	**GUARAPARI**	**SERRA**	**VIANA**	**VILA VELHA**	**VITÓRIA**
Ações de conscientização e combate à pandemia							x
Apoio às ações de medidas preventivas contra a Covid-19							x
Apoio humanitário							x
Apoio nutricional							x
Apoio psicológico							x
Arrecadação de recursos para combate à fome							x
Assistência estudantil de preparatório para o Enem	x			x		x	x
Bate papos e *lives*	x						
Conteúdo digital educativo para aprendizagem						x	
Conteúdo digital educativo para conscientização						x	
Construção de poços artesianos				x			
Distribuição de cartão-alimentação	x			x			
Distribuição de *chips* de internet	x			x			
Distribuição de marmitas				x			x
Distribuição de máscaras de proteção			x				x
Distribuição de materiais de conscientização para estudantes	x			x		x	x
Divulgação de conteúdo nas redes sociais	x						
Doação de botija de gás/ vale-gás	x			x			x
Doação de cestas básicas/alimentos	x		x	x		x	x
Doação de insumos hospitalares e/ou equipamento de proteção individual				x			x
Doação de itens de higiene pessoal	x		x	x		x	x
Doação de produtos de limpeza	x		x	x		x	x
Doação de roupas							x
Doação de testes da Covid-19				x			
Doação de verba para consumo local							x
Doação de kits com livros e apostilas	x						
Serviços bancários e empréstimos solidários						x	
Venda solitária de artesanato para apoio a instituições							x

série iniciada em 2012, mostrando a mudança na dinâmica do mercado de trabalho em face da pandemia (IJSN, 2021).

INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR DA PANDEMIA FRENTE À VULNERABILIDADE NA RMGV

Aglomerados Subnormais

O estudo realizado por Maciel et al. (2021, submetido) intitulado "Covid-19 em áreas de aglomerados subnormais e não subnormais no Espírito Santo, Brasil" foi o primeiro estudo, baseado nos resultados dos inquéritos sorológicos populacionais, que buscou avaliar a prevalência de indivíduos infectados pelo SARS-CoV-2 comparando grupos de AGSN (aglomerados subnormais) e AGNSN (aglomerados não subnormais). As amostras foram obtidas nos municípios da Grande Vitória, com as maiores populações urbanas, Vitória, Vila Velha, Serra e Cariacica.

O estudo encontrou uma prevalência de indivíduos infectados pelo SARS-CoV-2 no grupo AGSN de 12,05% (IC 95% de 9,59 a 14,50), enquanto no grupo AGNSN foi de 10,23% (IC 95% de 7,97 a 12,50). A frequência de pelo menos um contato com teste reagente entre os entrevistados positivos no grupo AGSN foi de 6,3%, enquanto nos demais aglomerados o percentual foi de 4,1%. Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre as prevalências de indivíduos positivos quando comparados os dois tipos de aglomerados, as características sociodemográficas, entre os indivíduos positivos, evidenciaram que os residentes nos AGSN apresentam maior vulnerabilidade social, o que poderia aumentar o risco de transmissão dentro do domicílio.

Por definição, os AGSN são caracterizados por moradias precárias, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas ambientalmente frágeis e com restrição à ocupação (IBGE, 2020), onde residem populações com piores condições socioeconômicas. Como

agravante, muitos AGSN possuem uma densidade de domicílios mais elevada, o que agravaria quadros de doenças infecciosas, como é o caso da Covid-19.

O fato de o inquérito domiciliar que deu base ao estudo haver sido executado em horário comercial e em dias de semana pode ter influenciado o resultado, uma vez que apenas os moradores presentes no domicílio no momento da coleta e, portanto, fora do mercado de trabalho, entraram no sorteio para responder ao questionário e ter o teste para detecção de anticorpos realizado.

Investigação de correlação espacial

Adicionalmente, para a investigação de relações espaciais nos efeitos da pandemia, utilizou-se o índice de Moran(I)[8] como medida de autocorrelação espacial, para identificar a existência ou não de um padrão espacialmente condicionado à taxa de óbitos por covid-19 pela população dos bairros da RMGV (Figura 8). A resposta foi um valor de I = -0.0071, Z score = -0.47, com um P valor de 0.64. O que indica ausência de condicionamento [9]espacial relacionado à taxa de óbitos ou não é possível concluir que existe uma diferença significativa.

8 O Índice de Moran Global (I) avalia a relação de interdependência espacial entre todos os polígonos da área de estudo e a expressa por meio de um valor único para toda a região (MORAM, 1950, apud O'SULLIVAN; UNWIN, 2010). O Índice de Moran Local (Ii) identifica a relação existente entre um determinado polígono e a sua vizinhança, a partir de uma distância predefinida, por intermédio da covariância existente entre eles, permitindo o exame da homogeneidade/diversidade dos dados (ANSELIN, 1995, apud O'SULLIVAN; UNWIN, 2010).

9 Valores de I próximos de 1 indicam extrema autocorrelação positiva, ou seja, feições similares em localização também são similares em atributos. Os valores próximos de -1 indicam extrema autocorrelação negativa, feições similares em localização tendem a ter atributos menos similares do que feições mais distantes. Os valores de I próximos de 0 indicam ausência de autocorrelação.

Figura 8 - Taxa de óbitos por Covid-19 por bairro

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

ANSELIN, L. (1995) Local indicators of spatial association – LISA. Geographical analysis, v. 27, n. 2, pp. 93-115. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x . Acesso em: 5 out. 2021.

BRCIDADES Núcleo ES (2020). Mapeamento de Ações Comunitárias de enfrentamento a Covid-19 na Região da Grande Vitória – ES. Disponível em: https://aa59985d-8abd-4c0b-b836-ee66741e80a4.filesusr.com/ugd/487211_39dc0626c8e041e2b83755f9f9c64a8a.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.

BARBON, Júlia (2021). Pandemia ensinou que hospital de campanha deve ser último recurso. Folha de São Paulo, 22 fev. 2021. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/02/pandemia-ensinou-que-hospital-de-campanha-deve-ser-ultimo-recurso.shtml. Acesso em: 01 out. 2021.

COSTA, M. A. MARGUTI, B. O. (2015). Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília: IPEA.

ESPÍRITO SANTO (2021a). Lei nº 11.245, de 07 de abril de 2021. Cria o Programa Temporário de Transferência de Renda aos cidadãos atingidos social e economicamente pela pandemia do novo coronavírus (COVID-19). Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, Vitória, ES, Edição n. 25.464, p. 9, 08 abr. 2021.

ESPÍRITO SANTO (2021c). Lei nº 11.356, de 20 de agosto de 2021. Altera o art. 2º da Lei nº 11.245, de 7 de abril de 2021. Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, Vitória, ES, Edição n. 25.559, p. 9, 23 ago. 2021.

IBGE (2020). Nota Técnica 01/2020: Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101717_notas_tecnicas.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (2021). Boletim de Mercado de Trabalho no Espírito Santo - 4º Trimestre de 2020. Disponível em http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7343. Acesso em: 01 out. 2021.

MACIEL, E. et al. (2021). Covid-19 in subnormal and non-subnormal cluster areas in Espírito Santo, Brazil. São Paulo: SciELO Preprints, 2021 (preprint). Disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2446. Acesso em: 28 set 2021.

NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (NIEE) (2021a). Nota Técnica nº 10/2021 - Influência da vacinação sobre o número de óbitos por COVID-19 no estado do Espírito Santo. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/5991-nota-tecnica-niee-n-10-2021-influencia-da-vacinacao-sobre-o-numero-de-obitos-por-covid-19-no-estado-do-espirito-santo. Acesso em: 22 set. 2021.

NÚCLEO INTERINSTITUCIONAL DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (NIEE)

(2021b). Nota Técnica nº 08/2021 - Um ano da pandemia da COVID-19: tendências e políticas públicas para a preservação da vida no Espírito Santo. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7374. Acesso em: 20 set 2021.

VITÓRIA (2020a). Lei nº 9.647, de 06 de julho de 2020. Institui auxílio emergencial municipal. Diário Oficial do Município de Vitória – Estado do Espírito Santo, Vitória, ES, Edição n. 1464, p. 8, 07 jul. 2020.

VITÓRIA (2020b). Lei nº 9.678, de 18 de setembro de 2020. Altera o art. 2º da Lei nº 9.647, de 6 de agosto de 2020, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Vitória – Estado do Espírito Santo, Vitória, ES, Edição n. 1517, p. 1, 21 set. 2020.

LISTA DE INSTITUIÇÕES

Centro Universitário de Maringá PR

Dicionário de Favelas Marielle Franco

Faculdade Nossa Senhora Aparecida - FANAP

Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais – FLACSO

Frente Mobiliza Curitiba – FMC

Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser (FEE)

Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE

Governo do Estado de Goiás (GEGO)

Governo do Estado do Paraná (GEPR)

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional (IPPUR UFRJ)

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA Salvador)

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná (IFPR Campi Londrina/Astorga)

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná - Paranaguá (IFPR - Paranaguá)

Instituto Jones dos Santos Neves ES

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES)

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás)

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC SP)

Prefeitura de Rio Branco do SUL- PR (PRBS)

Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF)

Terra de Direitos

Universidade Católica de Salvador

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Universidade de São Paulo (USP)

Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Universidade Federal de Goiania (UFG)

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA)

Universidade La Salle (UNISALLE)

Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UFTPR)

OBSERVATÓRIO
DAS METRÓPOLES
Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia

FÓRUM NACIONAL
de
REFORMA URBANA