

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIDADES INTELIGENTES E
SUSTENTÁVEIS

RENATA MARIA APONTE RODRIGUES DE CARVALHO

**Direito à cidade e a desigualdade no acesso à saúde:
o caso da pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil**

**São Paulo
2023**

**“Direito à cidade e a desigualdade no acesso à saúde:
o caso da pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil”**

Por

Renata Maria Aponte Rodrigues de Carvalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Cidades Inteligentes e Sustentáveis, sendo a banca examinadora formada por:

Profa. Dra. Alessandra Cristina Guedes Pellini (Orientadora) - Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Daniela Bucci (Coorientadora) – Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS

Prof. Dr. Cristiano Capellani Quaresma – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. Wilson Levy Braga da Silva Neto – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Daniela Campos Libório – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP

São Paulo, 30 de março de 2023.

Carvalho, Renata Maria Aponte Rodrigues de.

Direito à cidade e a desigualdade no acesso à saúde: o caso da pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. / Renata Maria Aponte Rodrigues de Carvalho. 2023.

109 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2023.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Alessandra Cristina Guedes Pellini.

Coorientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Daniela Bucci

1. Acesso à saúde. 2. COVID-19. 3. Desigualdade. 4. Direito à cidade. 5. Territorialização da saúde.

I. Pellini, Alessandra Cristina Guedes. II. Bucci, Daniela. III. Título.

CDU 711.4

Dedicatória

Para Dora e Roberto

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19, de abrangência mundial, que teve seu epicentro em Wuhan, China, no final de 2019, resultou no aprofundamento das desigualdades e levantou questionamentos a respeito do acesso da população aos serviços de saúde. A urbanização do município de São Paulo é excludente e expôs suas desigualdades durante a pandemia, não deixando que os cidadãos usufríssem do direito à cidade e do direito à saúde de forma adequada. Dados oficiais de saúde obtidos junto aos serviços da Administração Pública permitem a análise de situações concretas de privação de direitos e de sua expressão territorial.

Objetivo: Analisar os aspectos sociodemográficos dos casos e a distribuição espacial dos indicadores de COVID-19 e suas relações com as desigualdades socioespaciais no município de São Paulo, SP, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico com abordagem quali-quantitativa, descritivo com componente analítico, cujo método de abordagem é dedutivo. Foi realizado o levantamento, a análise e o mapeamento de dados obtidos junto à Prefeitura Municipal de São Paulo. O estudo está dividido em duas partes: a primeira é a abordagem teórica e conceitual do direito à cidade, do direito à saúde e da expressão territorial da desigualdade, realizada por meio de revisão bibliográfica e documental; a segunda parte traz o levantamento e a análise dos dados de infecções, internações e óbitos por COVID-19, e do Índice de Desenvolvimento Humano, e o mapeamento dessas informações em unidades de análise espacial que incluem Distritos Administrativos e Coordenadorias Regionais de Saúde do município de São Paulo. **Resultados:** Os contrastes territoriais do município de São Paulo já existiam, porém, durante a pandemia foi possível mensurar seu impacto nas diferentes regiões do município e evidenciar o acesso deficiente dos cidadãos ao direito à cidade e ao direito à saúde, em razão da desigualdade existente. **Conclusão:** O combate à desigualdade é necessário para que o direito à cidade e o direito à saúde possam ser usufruídos. Para tanto, é preciso colocar em ação as previsões legais que buscam construir uma cidade mais justa, sustentável e saudável mediante a formulação de políticas públicas democráticas e comprometidas com a garantia de uma vida saudável e com qualidade.

Palavras-Chave: Acesso à Saúde, COVID-19, Desigualdade, Direito à Cidade, Territorialização da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic, of worldwide coverage, which had its epicenter in Wuhan, China, at the end of 2019, resulted in the deepening of inequalities and raised questions regarding the access of the world population to health services. The urbanization of the municipality of São Paulo is exclusionary and exposed its inequalities during the pandemic, preventing citizens from adequately enjoying the right to the city and the right to health. Official health data obtained from Public Administration services that allow an analysis of concrete situations of deprivation of rights and its territorial aspect. **Objective:** Analyze sociodemographic aspects and the spatial distribution of COVID-19 indicators and their relationships with socio-spatial inequalities in the city of São Paulo, SP, Brazil. **Method:** This is an ecological study with a qualitative-quantitative approach, elaborated with an analytical component, whose approach method is deductive. A survey, analysis and mapping of data obtained from the Municipality of São Paulo was carried out. The study is divided into two parts: the first is the theoretical and conceptual approach regarding the right to the city, the right to health and the territorial aspect of inequality, elaborated through bibliographic and documental review; the second point brings the survey and analysis of data on infections, hospitalizations and deaths from COVID-19, and the Human Development Index, and the mapping of this information into spatial analysis units that include Administrative Districts and Regional Health Coordinations of the municipality from São Paulo. **Results:** The territorial contrast of the municipality of São Paulo already existed, however, during the pandemic, it was possible to measure the impact on the different regions of the municipality and highlight the poor access of citizens to the right to the city and the right to health, due to the existing inequality. **Conclusion:** The fight against inequality is necessary so that the right to the city and the right to health can be enjoyed. Therefore, it is necessary to put into action the legal provisions that seek to build a fairer, sustainable and healthier city through the formulation of democratic public policies committed to guaranteeing a healthy and quality life.

Keywords: Access to Health, COVID-19, Health Territorialization, Inequality, Right to the City.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 -	Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde e suas respectivas Subprefeituras. Município de São Paulo, 2018.....	59
Figura 2 -	Casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos por COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo sexo e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	66
Figura 3 -	Casos de síndrome gripal confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo raça/cor e ano de início dos sintomas, 2020- 2022.....	70
Figura 4 -	Casos de SRAG internados confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo raça/cor e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	71
Figura 5 -	Óbitos por COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo raça/cor e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	72
Figura 6 -	Casos de SRAG internados confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo grau de escolaridade e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	73
Figura 7 -	Óbitos por COVID-19, residentes no município de São Paulo, segundo escolaridade (anos de estudo) e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	74
Figura 8 -	Curva epidêmica dos casos de síndrome gripal confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo mês e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	75
Figura 9 -	Curva epidêmica dos casos de SRAG internados e óbitos confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo mês e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	76
Figura 10	Gráfico de evolução das taxas (por 100.000 habitantes) de síndrome gripal, SRAG internados e mortalidade por COVID-19 em residentes no município de São Paulo, segundo mês e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	77
Figura 11	Mapa da distribuição espaço-temporal das taxas de síndrome gripal por COVID-19 (por 1.000 habitantes) segundo distrito administrativo de residência: A) primeiro semestre de 2020; B) segundo semestre de 2020; C) primeiro semestre de 2021; D) segundo semestre de 2021; E) primeiro semestre de 2022; F) segundo semestre de 2022. Município de São Paulo, 2020-2022.....	79
Figura 12	Mapa da distribuição espaço-temporal das taxas de SRAG internados por COVID-19 (por 1.000 habitantes) segundo distrito administrativo de residência. A) primeiro semestre de 2020; B) segundo semestre de 2020; C) primeiro semestre de 2021; D) segundo semestre de 2021; E) primeiro semestre de 2022; F) segundo semestre de 2022. Município de São Paulo, 2020-2022.....	81

Figura 13	Mapa da distribuição espaço-temporal das taxas mortalidade por COVID-19 (por 1.000 habitantes) segundo distrito administrativo de residência. A) primeiro semestre de 2020; B) segundo semestre de 2020; C) primeiro semestre de 2021; D) segundo semestre de 2021; E) primeiro semestre de 2022; F) segundo semestre de 2022. Município de São Paulo, 2020-2022.....	83
Figura 14	Mapa do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) segundo: A) Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH); e B) Distritos Administrativos (DA). Município de São Paulo, 2010.....	85

LISTA DE TABELAS

TABELAS

Tabela 1 -	Mapa dos casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos por COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo faixa etária e ano de início dos sintomas, 2020-2022.....	68
-------------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BM** - Banco Mundial
- CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CEDU** - Comissão Especial de Direito Urbanístico
- CF/88** - Constituição Federal de 1988
- CLIA** - Imunoensaio por Quimioluminescência
- CNDSS** - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- COVISA** - Coordenadoria de Vigilância em Saúde
- CRS** - Coordenadoria Regional de Saúde
- DA** - Distrito Administrativo
- DATASUS** - Departamento de Informática do SUS
- DSS** - Determinantes Sociais de Saúde
- ECLIA** - Imunoensaio por Eletroquimioluminescência
- ELISA** - *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*
- FAU-USP** - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano
- IDHM** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- IE** - Índice de Envelhecimento
- Instituto Pólis** - Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais
- IPEA** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LabCidade** - Laboratório Espaço Público e Direito à Cidade
- LAI** - Lei de Acesso à Informação
- LGPD** - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- MF** - Município de Fortaleza
- MNRU** - Movimento Nacional pela Reforma Urbana
- MS** - Ministério da Saúde
- MSP** - Município de São Paulo
- ObservaSampa** - Observatório de Indicadores da Cidade de São Paulo
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas

ONU-Habitat - Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OSC - Organizações da Sociedade Civil

PDE - Plano Diretor Estratégico

PIB - Produto Interno Bruto

PMI - Programa Municipal de Imunizações

PMSP - Prefeitura Municipal de São Paulo

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPP - Poder de Paridade de Compra

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RDH - Relatório de Desenvolvimento Humano

RNB - Renda Nacional Bruta

RT-LAMP - Amplificação Isotérmica Mediada por Loop com Transcriptase Reversa

RT-PCR - Reação em Cadeia de Polimerase em Tempo Real

SC - Setores Censitários

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SDTE - Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo de São Paulo

SE - Semana Epidemiológica

SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados

SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SG - Síndrome Gripal

SIG - Sistemas de Informações Geográficas

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIM-A - Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos

SIM-P - Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica

SIS - Sistemas de Informação em Saúde

SIVEP-Gripe - Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe

SMDHC - Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania

SMS-SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

SMSUB - Secretaria Municipal das Subprefeituras

SMUL - Secretaria Municipal de Licenciamento e Urbanismo

SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento

SPSP - Secretaria Municipal de Planejamento de São Paulo

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

STS - Supervisões Técnicas de Saúde

STA - Suspensão de Tutela Antecipada

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TabNet - Tabulador Genérico de Domínio Público do DATASUS

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UDH - Unidades de Desenvolvimento Humano

UVIS - Unidades de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....	14
1.2. OBJETIVOS.....	16
1.2.1. Objetivo Geral.....	16
1.2.2. Objetivos Específicos.....	16
1.3. JUSTIFICATIVA.....	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1. O DIREITO À CIDADE.....	18
2.1.1. Os Clássicos do Pensamento Urbanístico: uma Perspectiva Sociológica.....	19
2.1.2. A Perspectiva Jurídica do Direito à Cidade.....	23
2.1.2.1. <i>A relação entre o direito à cidade e os direitos humanos</i>	23
2.1.2.2. <i>O direito à cidade no Brasil</i>	25
2.1.3. As Funções Sociais da Cidade.....	28
2.2. O DIREITO À SAÚDE.....	29
2.2.1. O Direito à Saúde na Perspectiva Jurídica Brasileira.....	30
2.2.2. A Saúde e o Planejamento Urbano.....	35
2.2.3. As Cidades Saudáveis.....	37
2.3. O CONCEITO DE DESIGUALDADE.....	39
2.3.1. Os Diversos Aspectos da Desigualdade.....	42
2.3.1.1. <i>A Desigualdade e o Índice de Gini</i>	43
2.3.1.2. <i>A Desigualdade e os Determinantes Sociais de Saúde</i>	44
2.3.2. O Conceito de Fragmentação Socioespacial.....	45
2.3.3. O Papel da Desigualdade na Disseminação da COVID-19.....	48
2.4. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA COVID-19 E A RELAÇÃO COM INDICADORES SOCIAIS.....	50
3. MÉTODOS.....	52
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	52
3.2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO.....	53
3.3. POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO.....	54
3.4. FONTES DE DADOS.....	54

3.4.1. Casos Confirmados, Hospitalizações e Óbitos por COVID-19.....	54
3.4.2. População	56
3.4.3. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	56
3.4.4. Mapas Digitais.....	57
3.5. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE ESPACIAL DO ESTUDO.....	57
3.5.1. Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) do Município de São Paulo.....	61
3.6. ANÁLISES DO ESTUDO.....	62
3.6.1. Indicadores de COVID-19.....	62
3.6.2. Indicador de Desigualdade.....	63
3.6.3. Relação entre Indicadores de COVID-19 e o Indicador de Desigualdade - IDH.....	64
3.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	64
4. RESULTADOS.....	64
4.1. DESCRIÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 (SG, SRAG INTERNADOS e ÓBITOS) RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO ENTRE 2020 E 2022.....	65
4.1.1. Distribuição segundo Sexo.....	65
4.1.2. Distribuição segundo Faixa Etária.....	66
4.1.3. Distribuição segundo Raça/Cor.....	69
4.1.4. Distribuição segundo Escolaridade.....	72
4.1.5. Distribuição Temporal.....	74
4.2. DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DOS CASOS DE SÍNDROME GRIPAL, CASOS HOSPITALIZADOS E ÓBITOS POR COVID-19.....	78
4.2.1. Distribuição Espaço-Temporal dos Casos de Síndrome Gripal por COVID-19.....	78
4.2.2. Distribuição Espaço-Temporal dos Casos de SRAG internados por COVID-19.....	80
4.2.3. Distribuição Espaço-Temporal dos Óbitos por COVID-19.....	82
4.3. MAPEAMENTO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	84
5. DISCUSSÃO.....	86
6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
7. REFERÊNCIAS.....	94

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente o início da pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, que teve seu epicentro na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, e depois se alastrou mundialmente (OPAS, 2020). No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi reportado em 26 de fevereiro de 2020, no município de São Paulo (MSP), em um indivíduo do sexo masculino com histórico de viagem à Itália (OPAS, 2020).

As infecções por COVID-19 no MSP foram contabilizadas desde o início da pandemia pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). O primeiro caso foi notificado na 9ª semana epidemiológica (SE) de 2020, período que compreende as datas de 23 a 29 de fevereiro de 2020, e a análise dos dados disponibilizados pela SMS-SP indicou que os casos confirmados de COVID-19 em residentes do município de São Paulo se concentravam, nas quatro semanas seguintes, na área da Subprefeitura da Vila Mariana, localizada na região Sul do MSP, com 274 casos.

O *Boletim COVID-19* de 31 de março de 2020, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP, 2020, p. 5), explicou que a alta incidência nesta área ocorreu por estar localizada em região de elevado padrão socioeconômico, o que poderia estar relacionado com casos importados e seus comunicantes. No entanto, a partir da 14ª SE de 2020, que compreende o período de 29 de março a 04 de abril do mesmo ano, verifica-se a alternância na liderança do número de casos confirmados de COVID-19, com as Subprefeituras de Itaquera, M'Boi Mirim e Campo Limpo assumindo os maiores números de casos, e alternando o primeiro lugar até a 3ª SE de 2021, quando os efeitos da vacinação, iniciada na semana anterior, começaram a ser notados. A partir de então, os casos da doença caíram drasticamente.

A disseminação de casos de COVID-19 não foi, portanto, uniforme no território do MSP, assim como os números de internações e óbitos por COVID-19 também não o foram, de acordo com os dados disponibilizados pela SMS-SP.

Campello et al. (2018) explicam este fenômeno ao afirmarem que “a saúde é um reflexo direto das condições socioeconômicas da população” (p. 62), ou seja, as condições sociais, econômicas e ambientais, tais como “o crescimento desordenado das cidades, a falta de saneamento básico e água de qualidade, as condições de moradia e de trabalho, a alimentação, a educação, questões étnicas/raciais” (p. 62) determinam o acesso à saúde dos indivíduos.

Rolnik (2002), no mesmo sentido, afirma que a distribuição espacial do MSP expõe a existência do contraste entre uma parcela da cidade provida de infraestrutura completa e oportunidades, e outra, normalmente de duas a três vezes maior do que a primeira, com condições urbanísticas precárias.

Com relação ao contexto da pandemia de COVID-19, Albuquerque e Ribeiro (2021) alertam para a importância de refletir como esta condicionou e foi condicionada pela dimensão socioespacial das desigualdades.

Nesse sentido, o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações, está assegurado no artigo 2º, inciso I da *Lei Federal n.º 10.257* (2001), Lei de Desenvolvimento Urbano, o Estatuto da Cidade. Trata-se do direito às cidades sustentáveis que, de acordo com Amanajás e Klug (2018), deve ser interpretado “à luz da garantia e da promoção dos direitos humanos, compreendendo os direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais reconhecidos internacionalmente a todos” (p. 29).

Diante das desigualdades sociais, econômicas e territoriais, demonstra-se a dificuldade de concretização do direito à cidade frente a uma realidade urbana de privação de direitos; “em especial, aos *invisíveis* (grifo do autor) ao processo de planejamento e produção do espaço urbano. Fatores como gênero, raça, idade, etnia e renda distribuem desigualmente os ônus e os benefícios da urbanização entre os indivíduos no território” (Gorsdorf et al., 2016, como citado por Amanajás & Klug, 2018, p. 30).

A desigualdade na distribuição do usufruto dos efeitos positivos da urbanização afeta a garantia de bem-estar e de uma vida saudável à população que se encontra excluída da abrangência de medidas sociais e sanitárias adequadas.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) indica que Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss & Pellegrini Filho, 2007). O enfrentamento dos fatores que levam às iniquidades em saúde é o ponto onde o direito à saúde se entrecruza com o direito à cidade, pois, como lecionam Akerman et al. (2017), garantir espaços urbanos saudáveis para a população e expandir o usufruto dos efeitos positivos da urbanização a grupos excluídos e injustiçados, auxiliará na redução de iniquidades (p. 3.818).

O mapeamento dos dados e indicadores da COVID-19 no MSP em diversas configurações territoriais tem o potencial de tornar mais visível a desigualdade, pois, ao espacializar tais dados e indicadores, identifica-se com maior clareza a profunda diferença

existente entre os bairros centrais e os periféricos, as consequências para o acesso à saúde nessas regiões e como essa situação teve importância para a disseminação da COVID-19 no MSP. Nesse sentido, este trabalho relaciona a evolução da doença, das internações e dos óbitos por COVID-19 com a desigualdade no acesso ao direito à cidade e ao direito à saúde.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral

Analisar os aspectos sociodemográficos dos casos e a distribuição espacial dos indicadores de COVID-19 e suas relações com as desigualdades socioespaciais no município de São Paulo, SP, Brasil.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Descrever os aspectos sociodemográficos dos casos de síndrome gripal – SG, Síndrome Respiratória Aguda Grave internados – SRAG e óbitos confirmados para a COVID-19, nos anos de 2020, 2021 e 2022;
- Mapear a distribuição, no território do município de São Paulo, dos indicadores de SG, SRAG e óbitos confirmados para a COVID-19, nos anos de 2020, 2021 e 2022;
- Mapear o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH no município de São Paulo;
- Relacionar os indicadores de COVID-19 e o Índice de Desenvolvimento Humano no município de São Paulo.

1.3. JUSTIFICATIVA

Diante da impossibilidade de atender a todos os afetados, principalmente os mais necessitados, a pandemia de COVID-19 desafiou o mundo com situações-limite na área da saúde. Trata-se, assim, de uma conjuntura complexa que atingiu todas as camadas da sociedade e, conseqüentemente, demandou todas as áreas do conhecimento. Este cenário de excepcionalidade potencializou questões pré-existentes, como a desigualdade social, e levantou questionamentos sobre a dinâmica das relações sociais.

Este estudo busca analisar a relação dos indicadores da COVID com as desigualdades socioespaciais, expressos pelo IDH no espaço do município de São Paulo, SP, Brasil. Trata-se de um trabalho multidisciplinar que compreende diferentes áreas, tais como: a área do direito, em especial a do direito urbanístico; a área da saúde, com foco na saúde pública e epidemiologia; e, por fim, a área do planejamento urbano, com destaque para o geoprocessamento e a análise espacial para o mapeamento de indicadores.

A abordagem de diferentes campos do conhecimento tem o propósito de estabelecer um estudo com bases conceituais sólidas e uma análise de situações práticas, reais e atuais. Para tanto, a pesquisa foi realizada com bases de dados oficiais de órgãos de saúde da Administração Pública, bem como bases de dados de organizações não governamentais e de publicações científicas, o que é fundamental para estruturar este trabalho da forma abrangente e com a profundidade necessária.

Este estudo fornece dados relevantes a respeito da dinâmica das infecções por COVID-19 e como elas estão relacionadas com a desigualdade, que priva importante parcela da população dos serviços básicos de saúde e do acesso a condições de vida dignas. Pode se tornar uma referência importante para outros pesquisadores aprofundarem os estudos na relação entre o direito à cidade, o acesso à saúde, a desigualdade e o mapeamento de indicadores que permita a visualização da dinâmica estudada. Pode, também, estimular futuros pesquisadores a elaborarem conteúdos multidisciplinares adicionais, que conversem com diversas áreas de conhecimento e que estejam conectados com as demandas sociais.

A relevância deste trabalho se justifica, portanto, por trazer dados e análises fundamentais sobre a desigualdade nos tempos de pandemia. Pois, os eventos pandêmicos não se mostraram uniformes, mas sim, relacionados com a disposição geográfica das moradias, do trabalho e da vida estabelecida das pessoas. Assim, territorializar a sua incidência permitiu observar a dinâmica e as conseqüências da pandemia em diferentes

lugares e, desse modo, enriquecer a pesquisa em diversas áreas de estudo que ainda carecem de análises com abrangência multidisciplinar, como o direito. Além disso, o material disponível é capaz de auxiliar na compreensão das desigualdades e, assim, fundamentar futuras políticas públicas voltadas à promoção da igualdade. É importante destacar, também, a contribuição deste estudo para o desenvolvimento de ações que promovam a resiliência urbana, necessária ao enfrentamento de emergências sanitárias semelhantes à vivida no período pandêmico. Assim, a espacialização dos indicadores de COVID-19 é essencial para compreender a evolução dos casos e as consequências da pandemia em diferentes localidades.

A pandemia de COVID-19 pode ser analisada como um evento geográfico, um feixe de acontecimentos cuja realização e duração variam entre lugares, regiões e países” (p. 2-3). Dessa forma, territorializar a sua incidência permite observar a dinâmica e as consequências da pandemia em diferentes lugares.

Os interesses da sociedade são transversais, e abrir pontes e estabelecer o diálogo entre as diversas áreas deve ser um dos objetivos da pesquisa científica, afinal, o conhecimento deve ser compartilhado para que possa causar impacto na vida das pessoas. Tratar da pandemia de COVID-19 sob os diferentes olhares é uma iniciativa ainda pouco explorada, mas possível e com benefícios para todos os envolvidos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O DIREITO À CIDADE

O Direito à Cidade é um tema multidisciplinar, objeto de estudo de diferentes setores do conhecimento e frequentemente presente em debates públicos, razão pela qual é impreciso determinar um conceito único e que tenha abrangência sobre tantas áreas que se ocupam deste assunto.

Silva Neto (2016) entende o direito à cidade a partir de quatro dimensões indispensáveis em sua construção: i) a dimensão do social, objeto de estudo da sociologia urbana; ii) a dimensão política, principalmente no tange à perspectiva da teoria democrática; iii) a dimensão territorial, que expressa tanto os laços quanto as contradições de uma determinada comunidade; e, iv) a dimensão jurídica, que deve expressar o direito à cidade como o direito à vida emancipada nas cidades.

Saule Júnior e Libório (2021) ensinam que o conceito do direito à cidade segue em disputa em diversos campos - político, filosófico, econômico, nas áreas de gestão pública, planejamento territorial e do urbanismo, principalmente nas arenas públicas locais (p. 1467).

Nessa linha, Gonçalves (2020) explica que o ambiente urbano pode ser entendido como a soma das relações sociais onde se estabelecem as desigualdades estruturais. E, justamente por se tratar de um complexo de relações, “a questão urbana é uma temática que sugere uma interdisciplinaridade de conhecimentos que combinados podem vislumbrar caminhos que fomentem a diversidade da sociedade” (p. 6). Esta é a razão pela qual o estudo da cidade deve ser conjugado a diversos interesses e atores sociais, pois a cidade é um organismo vivo, dinâmico, e não um sistema isolado e fechado em si.

Ainda que o termo “direito à cidade” leve a considerar que se trata de um conceito essencialmente jurídico, é importante sublinhar que este foi inicialmente cunhado pelo sociólogo Henri Lefebvre que, como afirma Trindade (2012), o entendia como “uma utopia, uma plataforma política a ser construída e conquistada pelas lutas populares” (p. 140). Posteriormente, urbanistas, planejadores urbanos, geógrafos e outros profissionais dedicados ao estudo das cidades discorreram sobre o “direito à cidade”, cada qual com a abordagem de acordo com a sua área. Esta situação reforça a ideia de que o conceito do “direito à cidade” está em construção e, portanto, todo ponto de vista deve ser considerado.

Por fim, nessa perspectiva, a multidisciplinariedade foi considerada neste trabalho em respeito aos termos do Documento de Área (2019)¹, que relaciona os requisitos dos cursos de pós-graduação da área de Planejamento Urbano, Regional e Demografia da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), área deste Mestrado, que reconhece não haver formações em nível de graduação em “Planejamento Urbano”, “Desenvolvimento Regional” ou “Demografia”, o que acarreta, portanto, a dedicação de pesquisadores de diferentes formações no estudo dos processos históricos e sociais de transformação da sociedade brasileira, inclusive no Planejamento Urbano.

2.1.1. Os Clássicos do Pensamento Urbanístico: Uma Perspectiva Sociológica

O conceito de direito à cidade foi mencionado pela primeira vez por Henri Lefebvre, na conjuntura das revoltas de maio de 1968, em Paris. Tavolari (2016) revela que Lefebvre

¹ A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) é a responsável pela elaboração do “Documento de Área. Área 30: Planejamento Urbano e Regional e Demografia”. Trata-se de documento que estabelece critérios específicos para a qualificação de um Programa de Pós-Graduação.

sustentou que o direito à cidade se afirmava como um apelo, ou melhor, como uma exigência, esclarecendo, portanto, que o conceito de “direito” se identifica mais como um propósito moral baseado em princípios de justiça do que um direito reconhecido em sua acepção jurídica. A pesquisadora explica que a aceitação do conceito de direito à cidade, no Brasil, ocorreu no período da ditadura civil-militar, quando as noções de direito, justiça e democracia se fortaleceram em oposição ao estado de exceção vivido socialmente. Em razão de sua natureza multidisciplinar, o direito à cidade reverberou em diferentes departamentos acadêmicos e movimentos sociais urbanos, o que contribuiu para a sua disseminação.

Ao cunhar o termo “direito à cidade” em sua obra *O Direito à Cidade* (1968), Henri Lefebvre entende que este conceito se alicerça na “retomada do valor de uso e da cidade como obra, uma obra produzida e reproduzida por aqueles que habitam a cidade”, como compartilha Andrade (2019, p. 95). Para Lefebvre (2001), como citado em Andrade (2019), o direito à cidade é o direito à vida urbana renovada e transformada.

Por sua vez, Brandt (2018) destaca que Lefebvre, em seu conceito, considera a intervenção da luta de classes na produção do espaço, produção da qual as classes, frações e grupos de classes são os agentes (p. 1). Isso significa que o processo de industrialização está intimamente relacionado com a urbanização, e seu crescimento descontrolado e excludente, com a reprodução das diferenças advindas da expansão do capitalismo e da lógica do capital, uma vez que a cidade, “ou o que dela resta, ou o que ela se torna”, nas palavras de Lefebvre (1999, p.13), como citado em Silva et al. (2020, p. 2026), passa a ser o território da produção, da consolidação e da disseminação da mais-valia (Silva et al., 2020).

Para Lefebvre, o direito à cidade é um projeto revolucionário, tanto na teoria social quanto na prática política (Silva et al., 2020). A cidade ideal, então, é aquela entendida como a que surge do que foi e do que é vivido nos espaços diferenciais, ou seja, nos espaços onde a diferença se faz presente. Essa dinâmica seria capaz de se sobrepor aos ideais concebidos e produzir uma ruptura na produção que favorece o caráter padronizado das cidades. Adicionalmente, o uso do termo ‘direito’ está relacionado ao ato de reivindicar, de mobilizar, de lutar pela cidade em favor da população excluída.

Portanto, Silva et al. (2020) afirmam que, para Lefebvre:

O direito à cidade é a reivindicação legítima de apropriação da cidade pelo povo oprimido, com a reunião das diferenças (retorno da centralidade) e o resgate dos distintos usos possíveis do espaço. Essa reivindicação emerge com potencial revolucionário nos espaços diferenciais, formados pelas dinâmicas alternativas da vida urbana, que sob as mais diversas formas, enfrentam politicamente a abstração dos

espaços, do cotidiano e da vida, para transformar a cidade em um projeto de totalidade e de emancipação do vivido (p. 2045).

Por outro lado, o geógrafo britânico David Harvey, em sua obra *A Justiça Social e a Cidade* (1973), passou a se dedicar aos problemas decorrentes da distribuição desigual de riqueza; porém, foi com uma visão mais contemporânea e influenciada pelos movimentos sociais que surgiram na década dos anos 2000 que discorreu sobre o direito à cidade. Publicado em 2012, o livro *Cidades Rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana* resulta da observação do autor sobre o avanço desses movimentos fortalecidos na esteira da crise financeira de 2008, em especial, o movimento espanhol *Indignados* e o movimento *Occupy Wall Street*, que eclodiram em 2011.

Com uma abordagem mais dinâmica do direito à cidade, Harvey (2014) explica que esses movimentos sociais espontâneos surgiram em ruas e em bairros de cidades doentes e representam um grito de socorro e amparo de pessoas oprimidas em tempos de desespero. Logo, o direito à cidade é o direito de mudar e reinventar a cidade conforme os desejos da coletividade, que deve exercer seu poder sobre o processo de urbanização.

Considerando que o avanço do Estado neoliberal² colocou os instrumentos de planejamento urbano nas mãos de entes privados, o Estado deve ser reformulado para que o controle dessas ferramentas seja democrático e o povo possa ser ouvido em seus anseios. Afinal, para Harvey (2014) “todos aqueles cujo trabalho está envolvido em produzir e reproduzir a cidade têm um direito coletivo não apenas àquilo que produzem, mas também de decidir que tipo de urbanismo deve ser produzido, onde e como” (p. 245).

Com um ponto de vista menos disruptivo do que o dos autores anteriores, o sociólogo espanhol Manuel Castells concentra seus esforços nas conquistas de direitos sociais pelas práticas urbanas, a fim de promover a consciência social por intermédio de reivindicação de padrões mínimos de vida e, assim, combater o modelo de urbanização excludente. Para Gomes (2018), Castells “acredita, assim como Lefebvre, que o desenvolvimento urbano só pode se dar pela prática política, mas essa prática tem no Estado seu centro e objeto” (p. 496).

² O Estado Neoliberal teve origem no período pós II Guerra Mundial (1939-1945), e se caracteriza por ser uma reação às intervenções estatais na economia, que ocorreram neste período, e que tinham o objetivo de evitar a retração econômica e garantir o pleno emprego. De acordo com Cicco e Gonzaga (2013) trata-se do ressurgimento do pensamento liberal dos séculos XIX e XX, tendo como pilar a defesa da liberdade individual, e o entendimento de que cabe ao Estado ser o garantidor do livre jogo das forças econômicas presentes no mercado. Assim, a área de atuação estatal deve ser reduzida, com a transferências de suas funções para os entes privados; mediante a privatização, a publicização e a terceirização; para que o Estado tenha como foco o atendimento das necessidades sociais básicas.

A recepção do debate do direito à cidade no Brasil teve início no período da ditadura militar. Os materiais que a debatiam as desigualdades e a justiça social nas cidades que estavam em franco desenvolvimento, em especial, dos três estudiosos supracitados, foram bem aceitos no meio acadêmico e disseminados para os movimentos populares, o que acarretou na popularização e na reivindicação dos direitos da vida urbana.

Observa Holston (2013), como citado por Tavolari (2016), que muitos profissionais brasileiros da área do planejamento urbano, como arquitetos, juristas e cientistas sociais, adotaram as ideias de Henri Lefebvre, David Harvey e Manuel Castells e prosperaram na liderança da gestão urbana exercendo atividades tanto no terceiro setor como em governos locais. Além disso, Holston classifica a influência e a contribuição de cada um desses teóricos em diferentes áreas da luta política da seguinte forma: Henri Lefebvre sobre o “direito à cidade” e a “vida cotidiana”; David Harvey sobre “a justiça social e a cidade” e, por fim, Manuel Castells sobre a “questão urbana e os movimentos sociais”.

A esta configuração, soma-se a divergência na interpretação do direito à cidade entre Lefebvre e Castells, que Tavolari (2016) constata e, posteriormente, conclui que não impediu que houvesse um arranjo no contexto brasileiro que permitisse a conciliação de ambas as ideias. Para a pesquisadora, Castells entende a concepção de Lefebvre como abstrata, utópica e ideológica, pois afirma que para existir o direito à cidade é necessário suprimir a repressão do agrupamento social, considerando, então, a existência de uma cidade sem Estado.

Além disso, as demandas por moradia são vistas por Lefebvre como obstáculos à emergência da problemática urbana, enquanto Castells as encara como pontos centrais, pois são parte dos movimentos sociais urbanos capazes de controverter a ordem estabelecida. A solução, portanto, foi estabelecer uma relação entre o direito à cidade concebido por Lefebvre, com a noção de luta por acesso a equipamentos de consumo coletivo por parte de movimentos sociais urbanos, de autoria de Castells. O resultado foi a aceitação, no contexto brasileiro, de um conceito que parte “do diagnóstico de uma nova miséria urbana, em que a satisfação de necessidades básicas já não aparecia como problema central” (p. 98).

Por fim, destaca-se o entendimento do direito à cidade de Edésio Fernandes (2007), como também citado por Tavolari (2016), que chama a atenção à última obra de Lefebvre, *Du Contrat de citoyenneté* (1991), na qual identifica a inclusão do direito à cidade na lista de direitos humanos, ampliando a Declaração de 1789 e estabelecendo as bases para um novo contrato social. Para o autor, “nesse registro, a função social da propriedade e a participação popular são interpretadas como o conteúdo do direito à cidade” (p. 105).

2.1.2. A Perspectiva Jurídica do Direito à Cidade

O debate sobre o direito à cidade, como visto, teve o seu início na seara das ciências sociais, especialmente na sociologia. No entanto, foi a positivação de suas aspirações que tornaram o direito à cidade relevante, afinal, a legislação é a garantia dos cidadãos de que o seu direito é reconhecido e exigível perante os setores da sociedade.

Com origem em normas internacionais derivadas de congressos e organizações internacionais, o direito à cidade foi, inicialmente, incorporado ao sistema jurídico brasileiro na Constituição Federal de 1988. A constitucionalização do direito à cidade permitiu que as legislações urbanísticas seguintes a abrigassem em suas disposições, auxiliando na sua disseminação.

2.1.2.1. A relação entre o direito à cidade e os direitos humanos

Em sua última obra, Lefebvre explica que os direitos se diversificam e se concretizam nas disputas reais, e justifica sua afirmação ao demonstrar que, com o passar dos anos, o debate sobre alguns direitos, tais como o da propriedade, cedeu espaço para a definição do “humano essencial”, que contribuiu para o estabelecimento de uma nova escala de direitos, tais como, o direito à saúde, à educação, à aposentadoria, entre outros. O direito à informação, o direito aos serviços e o direito à cidade fazem parte, então, da proposta de um novo contrato social que gira em torno da cidadania.

Em relação à internacionalização do direito à cidade como um direito humano³, Gonçalves (2020) esclarece que os diálogos entre ativistas de direitos humanos, ambientalistas, organizações não governamentais e movimentos populares urbanos, autoridades locais e nacionais e organismos internacionais, ocorridos desde os anos 1990 nas Conferências Globais das Nações Unidas, foram fundamentais para a disseminação, em escala global, da concepção de que o direito à cidade é um direito humano “na medida em que se relaciona diretamente com a concepção de vida digna e de uma busca por mais igualdade nas relações sociais, sejam elas econômicas, de gênero ou raça” (p. 12).

³ Para Ramos (2014), os Direitos Humanos são os direitos essenciais e indispensáveis à vida digna, que têm como guia a liberdade, a igualdade e a dignidade. São direitos que se fundamentam em quatro marcas distintivas: universalidade, essencialidade, superioridade normativa (preferenciabilidade) e reciprocidade. Além disso, os direitos humanos representam valores essenciais e estão retratados nas Constituições ou nos tratados internacionais, explícita ou implicitamente.

Assim, desses encontros emergiram documentos essenciais sobre o direito à cidade como um direito humano, que a autora elenca de acordo com a ordem cronológica a seguir: i) Carta Europeia dos Direitos Humanos nas Cidades (Saint-Denis, 2000); ii) Carta Mundial do Direito à Cidade (2005); iii) Direitos Humanos nas Cidades – Agenda Global (Cidades e Governos Locais Unidos – CGLU, do inglês *United Cities and Local Governments* – UCLG, 2009); iv) Carta da Cidade do Direito à Cidade (México, 2009); v) Carta do Rio de Janeiro sobre o Direito à Cidade (Fórum Urbano Mundial, 2010); vi) Por um Mundo de Cidades Inclusivas (Comitê da CGLU sobre a Inclusão Social, Democracia Participativa e Direitos Humanos, 2013); vii) Inclusão Social e Democracia Participativa e os Princípios Gwangju para uma Cidade dos Direitos Humanos (2015), e; viii) Nova Agenda Urbana da Habitat III (2016).

Desse modo, Gonçalves (2020) afirma que o reconhecimento do direito à cidade como direito humano está positivado em documentos internacionais, para assegurar aos habitantes dos países signatários a participação direta na vida urbana e a garantia de uma cidadania inclusiva. Trata-se do surgimento de uma cidade que tem o objetivo de ser menos desigual, que garanta uma maior igualdade de gênero, que proporcione diversidade cultural e maior sustentabilidade entre os vínculos rurais e urbanos, além de ser combativa contra o racismo. A finalidade é garantir a vida digna⁴ no meio ambiente urbano por intermédio do acesso efetivo ao combate às desigualdades e ao direito à moradia, mobilidade, emprego, educação, saúde e lazer.

Nesse sentido, Silva Neto (2016) afirma que o direito à cidade, como direito fundamental, é uma junção de “direitos individuais em torno de uma finalidade específica, que se expressa num direito de corte coletivo e que, apesar de universal, bebe na fonte do território como um componente adicional à sua gramática” (p. 212). Portanto, é possível concluir que o direito à cidade está diretamente relacionado à garantia de direitos fundamentais de uma localidade específica, podendo ser reconhecido, assim, como um direito fundamental.

⁴ Sobre vida digna, ou dignidade da pessoa humana, Ingo Sarlet (2012), como citado por Silva (2022), aponta que se trata de uma condição individual que cada ser humano possui que o “faz merecedor de respeito e consideração por parte do Estado e da sociedade” (p. 5). Essa situação traz consigo um conjunto de direitos e deveres que asseguram ao indivíduo a proteção contra todo e qualquer ato degradante e desumano, além de garantir uma existência com as “mínimas condições existenciais para uma vida saudável (saúde, previdência, assistência, moradia, educação, etc.)” (p.5) e, também, favorecer a sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos” (p.5). Nessa mesma linha, Torres (2003), como citado por Bussi et al. (2020), relaciona a vida digna com o mínimo existencial, caracterizando-o como uma garantia “do indivíduo contra ingerência indevida do legislador em ações e bens que possibilitem a sobrevivência digna (*status negativus*), bem como consiste no direito a prestações estatais básicas para o alcance dessa sobrevivência digna” (p. 35).

2.1.2.2. O direito à cidade no Brasil

O debate sobre o direito à cidade no Brasil, como já visto, teve início no período da ditadura militar, no ambiente das universidades e, posteriormente, dos movimentos sociais. No entanto, foi na Assembleia Nacional Constituinte que o direito à cidade passa de uma aspiração social para a condição de um direito constitucionalmente previsto. Fruto de proposições da Emenda Popular de Reforma Urbana⁵, os direitos urbanos buscavam garantir aos cidadãos as condições de vida urbana digna e justiça social e assegurar, nas palavras de Saule Júnior (1997), “o acesso a moradia, educação, saúde, e a infraestrutura e os equipamentos urbanos, bem como a gestão democrática da cidade” (p. 26). Como resultado, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi promulgada contendo em sua estrutura o capítulo “*Da Política Urbana*”, no qual os artigos 182 e 183 tratam, respectivamente, do desenvolvimento urbano e da usucapião especial urbana. E, por fim, a *Lei Federal n.º 10.257* (2001), também conhecida como o “Estatuto da Cidade” ou a “Lei Federal de Desenvolvimento Urbano”, se estabeleceu como o marco legal em favor do direito à cidade.

Concomitante à produção legislativa, juristas e profissionais do direito se dedicaram ao estudo do planejamento urbano e o seu impacto na sociedade. Assim, juristas se propuseram a conceituar o direito urbanístico, como Silva (2010), que entende ser este o “conjunto de normas jurídicas reguladoras da atividade do Poder Público destinada a ordenar os espaços habitáveis” (p.37). No mesmo sentido, Carvalho Filho (2013) afirma que se trata do conjunto de medidas reguladoras das situações de fato e de direito das atividades urbanísticas. Por sua vez, Lira (2014) o conceitua como o conjunto de normas que dispõem sobre “a ordenação da cidade, sobre a ocupação do espaço urbano de maneira justa e regular, procurando as condições melhores de edificação, habitação, trabalho, circulação e lazer” (p. 264).

⁵ A Emenda Popular de Reforma Urbana decorre diretamente das articulações do Movimento Nacional pela Reforma Urbana (MNRU), criada no início de 1985 com a finalidade de lutar pela moradia em âmbito local. No entanto, com o fim do regime militar, a agenda rapidamente se expandiu e, nas palavras de Saule Júnior e Uzzo (2015), “passou a incorporar a idéia de cidade, a cidade de todos, a casa além da casa, a casa com asfalto, com serviços públicos, com escola, com transporte, com direito a uma vida social” (p. 1). Os autores explicam que no processo da Constituinte de 1988, o MNRU coordenou o cenário de participação popular em todo o país, que contou com um grupo diversificado de organizações da sociedade civil, movimentos, entidades de profissionais, organizações não-governamentais, sindicatos, entre outros, que atuavam com temáticas urbanas. Esses grupos elaboraram uma proposta de lei a ser incorporada na Constituição Federal, com foco não apenas nas lutas locais, mas também da participação na elaboração de políticas públicas. Assim, como afirmam Saule Júnior e Uzzo (2015), houve a consolidação do direito à cidade, principal item da reforma urbana, caracterizado por cinco elementos fundamentais: a gestão democrática e participativa; o cumprimento da função social da cidade; a garantia da justiça social e de condições dignas a todos os habitantes das cidades; o respeito à função social da propriedade; e as sanções aos proprietários nos casos de não cumprimento da referida função social.

Todavia, não é possível aprofundar essa análise sem considerar o *direito à cidade*, cujo conteúdo é precursor do direito urbanístico positivado e se credencia com o *espírito* das normas e leis que regulamentam as atividades urbanísticas. Portanto, à análise do direito à cidade, sob a perspectiva sociológica acima realizada, cabe a complementação com os entendimentos sob a ótica jurídica.

Assim, Saule Júnior e Libório (2021), trazem, preliminarmente, a noção de que o direito à cidade é parte integrante “dos direitos humanos com as características da categoria dos direitos coletivos e difusos” (p. 1.469), e tem a finalidade de assegurar a todos o direito às condições de vida urbana digna e com justiça social, um padrão de vida adequado, com as obrigações e ações do Estado estabelecidas para se alcançar uma condição de vida que contenha: moradia, transporte público, saneamento, energia elétrica, iluminação pública, comunicações, saúde, educação, lazer e segurança, e, no campo dos interesses difusos, proteção ao patrimônio ambiental e cultural e a gestão democrática das cidades.

No mesmo sentido, Amanajás e Klug (2018) entendem que “o direito à cidade é um direito difuso e coletivo, de natureza indivisível, de que são titulares todos os habitantes da cidade, das gerações presentes e futuras” (p. 29). Além disso, defendem que o direito à cidade também inclui o direito de “habitar, usar e participar da produção de cidades justas, inclusivas, democráticas e sustentáveis” (p. 29). Já Fernandes (2005) explica que o planejamento das cidades é um direito coletivo, pois se trata do direito de todos terem suas cidades planejadas em processo de ordenamento territorial definido de acordo com critérios preestabelecidos em lei municipal, o Plano Diretor, cuja participação democrática é garantida aos indivíduos.

Outro ponto a se considerar, é que o surgimento da COVID-19 trouxe desafios que ressaltam a importância do direito em garantir o bem-estar coletivo a fim de assegurar, também, a saúde de cada pessoa individualmente. Correia (2020) destaca a importância de se dedicar à “promoção da melhoria das condições sanitárias e das condições de conforto das habitações, das condições ambientais, da qualidade de vida das comunidades locais e da coesão social” (p. 422). O pesquisador complementa que, diante da emergência sanitária vivida, ficou clara a importância da criação de espaços públicos seguros, inclusivos e saudáveis; bem como, da “criação de Bairros Saudáveis, com a finalidade de dinamizar parcerias e intervenções locais de promoção da saúde e da qualidade de vida das comunidades territoriais” (p. 423).

Pode-se afirmar, então, que o direito à cidade tutela a dignidade dos habitantes de uma localidade, garantindo bem-estar e qualidade de vida aos indivíduos que, de forma justa e inclusiva, poderão participar dos rumos de sua cidade. Afinal, para que as cidades sejam justas, inclusivas e sustentáveis, é imprescindível que os habitantes sejam ouvidos e participem

ativamente da construção do ambiente onde vivem. Os instrumentos para tanto estão previstos em legislações brasileiras e disponíveis a todos os cidadãos.

A realidade das cidades brasileiras, todavia, ainda está longe de concretizar o conteúdo dos princípios e das previsões legais pertinentes ao direito à cidade. Tanto o artigo 182 da Constituição Federal, como o parágrafo único do artigo 1º do Estatuto da Cidade trazem, em seu corpo, o objetivo de garantir o bem-estar de seus habitantes. Ocorre que, na atualidade, as cidades brasileiras se encontram em um processo contínuo de expansão urbana que, na maioria das vezes, é desordenada. Este desalinho urbano está diretamente relacionado com decisões políticas tomadas pelo poder público, que passam a ser, contraditoriamente, agentes promotores de desigualdades sociais. Esse desequilíbrio afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas, tornando-as fragilizadas e impotentes no exercício de seus direitos.

Diante disso, a Comissão Especial de Direito Urbanístico (CEDU) da Ordem dos Advogados do Brasil – Conselho Federal (2022), liderados por Libório, afirma que é indispensável que a estrutura jurídica urbanística brasileira, com suas normas e seus valores, seja aplicada, a fim de resguardar os direitos previstos para os cidadãos. Para tanto, traz à tona o conceito de *Dignidade da Pessoa Urbana*⁶, no qual afirma que é fundamental o resgate da cidade, em suas nuances, mediante a utilização dos instrumentos da política urbana previstos em lei, em especial a *gestão democrática da cidade*, para diminuir os desequilíbrios a que os cidadãos estão submetidos nas cidades. A jurista defende uma postura realista, concreta, fundamentada em estudos técnicos, realizados com metodologia, que obtenham diagnósticos efetivos e que sejam executados por profissionais devidamente capacitados.

Há, portanto, urgência em transformar em ações reais as previsões normativas decorrentes de debates jurídicos, sociológicos, geográficos e outras áreas relacionadas ao planejamento urbano. A gestão democrática da cidade, instrumento necessário para dar voz aos mais diferentes setores da sociedade, é essencial para direcionar os caminhos do que ela pretende ser, tornando o direito à cidade não deve ser apenas uma aspiração, mas sim, uma ferramenta de cidadania ativa, a fim de garantir o bem-estar dos habitantes e as funções sociais da cidade.

⁶ O conceito de Dignidade da Pessoa Urbana foi apresentado pela Comissão Especial de Direito Urbanístico da OAB Nacional (CEDU) no Circuito Urbano, evento realizado anualmente no mês de outubro pelo ONU-Habitat Brasil, em 18/10/2022. A transmissão *on-line* do evento ocorreu no Canal Circuito Urbano no YouTube.

2.1.3. As Funções Sociais da Cidade

Como visto anteriormente, o bem-estar coletivo está assegurado constitucionalmente. O artigo 182 da Constituição Federal prescreve que o objetivo da política de desenvolvimento urbano é “ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes”.

Nesse sentido, em relação às *funções sociais da cidade*, Humbert (2017) esclarece que não há definição legal para este verbete e, em razão disso, muitos entendem que se trata da positivação das funções sociais da cidade previstas na Carta de Atenas (1933), que buscavam assegurar “o direito subjetivo do cidadão ao planejamento das cidades para a consecução do acesso ao trabalho, transporte, moradia e recreação” (p. 3).

Anos mais tarde, no entanto, houve uma atualização da referida Carta, na qual foram acrescentadas mais dez funções sociais. Moura (2020) afirma que a Nova Carta de Atenas (2003) amplia as tradicionais funções sociais da cidade, entendidas como funções do espaço urbano, para interesses mais adequados à construção de uma cidade sustentável e democrática, conectada às demais comunidades.

Para melhor compreensão do tema, Garcias e Bernardi (2008) esquematizam o estudo das funções sociais da cidade e as classificam conforme as funções a seguir: a) funções urbanísticas: as que tradicionalmente influenciam o planejamento, a política e a legislação urbana, tais como habitação, trabalho, lazer e mobilidade; b) funções de cidadania: referentes aos direitos sociais, como a educação, a saúde, a segurança e a proteção; e, c) funções de gestão: práticas de gestão que objetivam garantir o bem-estar dos habitantes no meio urbano, como prestação de serviços, planejamento, preservação do patrimônio cultural e natural e sustentabilidade urbana.

No tocante à saúde, que é uma função social da cidade relacionada à cidadania, a Nova Carta de Atenas (2003) estabelece que a cidade deve ser saudável e comprometida em melhorar suas habitações e o meio ambiente. Além disso, deve adotar o planejamento sustentável, reduzir os níveis de poluição e de lixo, além de conservar os recursos naturais, a fim de atender aos padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Já sob o ponto de vista da ordem constitucional, a saúde é um direito social previsto no artigo 6º da CF/88, e é dever do Estado assegurá-la aos seus cidadãos. Nesse sentido, Garcias e Bernardi (2008) destacam que as funções sociais da cidade estão diretamente relacionadas aos direitos fundamentais e esclarecem que o Estado deve garanti-los e materializá-los, pois são

direitos que asseguram ao indivíduo “o direito à vida social, com liberdade e limites que possam assegurar a todos condições de igualdade de usufruir dos bens gerados pela civilização” (p. 14). Dessa forma, a saúde, como direito fundamental, deve ser garantida para que a que a função social da cidade seja cumprida.

O ordenamento jurídico brasileiro também tutela o bem-estar dos cidadãos no Estatuto da Cidade, *Lei Federal n.º 10.257* (2001). Já no parágrafo único do artigo 1º, a legislação deixa claro que se trata de uma lei que “estabelece normas de ordem pública e interesse social que regulam o uso da propriedade urbana em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental”. Além disso, em respeito ao artigo 182 da Constituição Federal, o artigo 2º do Estatuto da Cidade estabeleceu as diretrizes gerais da política urbana de acordo com as funções sociais da cidade, e incluiu o direito a cidades sustentáveis (art. 2º, I) e a gestão democrática das cidades (art. 2º, II) em seu rol.

Saule Júnior e Libório (2021) ressaltam que a relevância da inclusão da gestão democrática se explica por ser um instrumento capaz de garantir a interpretação integrada das diretrizes da política urbana e, assim, assegurar o acesso a uma cidade justa, democrática e sustentável.

Portanto, é possível concluir que o direito à participação no planejamento urbano pode ser exercido, individual ou coletivamente, a fim de garantir a saudável qualidade de vida dos habitantes de uma localidade e a dignidade daqueles que vivem nas cidades.

2.2. O DIREITO À SAÚDE

A conceituação do direito à saúde é complexa porque se relaciona com variáveis como tempo, espaço e conhecimento científico. A dificuldade se justifica em razão da dinâmica dos avanços da ciência, da tecnologia e da própria humanidade. O médico e escritor Moacyr Scliar (2007) ensina que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural e, portanto, não representa o mesmo para todas as pessoas. Alega que dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas. Complementa o raciocínio afirmando que o mesmo pode ser dito das doenças, pois o que é considerado doença varia muito.

No entanto, um conceito universalmente aceito de saúde somente começou a ser desenhado a partir da criação de dois organismos internacionais: a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta última divulgou sua carta de princípios em abril de 1948, e implicou o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do

Estado na promoção e proteção deste direito ao prescrever que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (Scliar, 2007, p. 36-37).

Nessa linha, Oliveira (2022) indica como marco legislativo internacional o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), responsável por garantir o direito à saúde como dever correlato aos Estados. O autor destaca, ainda, o conteúdo da Declaração de Alma-Ata (1978), decorrente da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que pela primeira vez tratou a universalização do acesso à saúde como um direito humano fundamental.

Contudo, nas últimas décadas do século XX, Neves (2021) esclarece que se tornou necessária a ampliação do conceito de saúde adotado pela OMS e, em 1986, a Conferência de Ottawa abriu perspectivas mais amplas, de modo que, além do bem-estar físico, mental e social, incluiu uma quarta variável: o “bem-estar espiritual” ou “bem-estar cultural”.

Diante dessa breve introdução, compreende-se que a definição de saúde é permeável para se adaptar a avanços sociais e científicos, além de se ajustar ao meio ambiente onde cada comunidade vive. Esta flexibilidade impede que haja um conceito estático, definitivo de saúde, além de permitir atualizações dinâmicas que acompanhem a velocidade das relações a que estamos submetidos na atualidade.

O desenvolvimento deste trabalho irá tratar, neste capítulo, primeiramente o direito à saúde na perspectiva jurídica, com uma abordagem tanto dos conceitos elaborados pelos doutrinadores, como também, da forma como o direito à saúde se estruturou no ordenamento jurídico brasileiro. Em seguida, será apresentada uma relação da saúde com o planejamento urbano, com atenção ao Movimento Cidades Saudáveis, de iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a sua influência no território brasileiro.

2.2.1. O Direito à Saúde na Perspectiva Jurídica Brasileira

O conceito de direito à saúde, como visto, foi primeiramente elaborado por organismos internacionais. Sua incorporação ao sistema jurídico brasileiro decorre da condição do Brasil ser signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (1966), já citado anteriormente; e do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - o “*Protocolo de São Salvador*” (1988), que determina, em seu artigo 10, que “toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”.

Explica Vieira (2020) que o Brasil referendou essas normas internacionais e, portanto, reconhece o direito à saúde como um direito humano.

Sem prejuízo da incorporação de seu conteúdo por força de acordos internacionais, a inclusão do direito à saúde ao sistema constitucional brasileiro também está relacionada aos movimentos sociais atuantes na Assembleia Constituinte, que foram muito ativos no período da redemocratização. Dallari (2008) relata que houve expressiva participação popular, especialmente de profissionais de saúde com atuação no serviço público, com experiência no atendimento das pessoas mais desfavorecidas; além disso, o setor privado também participou com interesse nos debates que, por fim, determinou toda a estrutura constitucional da política de saúde pública.

O resultado dessas trocas foi o reconhecimento da *saúde* como direito fundamental, previsto na *Constituição Federal* (1988), no capítulo *Dos Direitos Sociais*, do Título II, que versa sobre os direitos e as garantias fundamentais. Assim, temos a saúde, *Direito Fundamental Social*, devidamente reconhecido no corpo do artigo 6º, *caput*, da Constituição Federal (1988) que prescreve:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Nota-se, todavia, que a efetivação do direito à saúde demanda uma atuação do Poder Público em favor dos cidadãos. Moraes (2006) ensina que os direitos sociais se caracterizam como “verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito⁷, tendo por finalidade a melhoria das condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social” (p. 25).

Esse caráter prestacional do direito à saúde o caracteriza como um direito fundamental de segunda geração ou dimensão⁸. Nas palavras de Alexandre de Moraes (2006), essas

⁷ O Estado Social de Direito tem origem na busca de uma sociedade mais igualitária mediante a postura mais atuante do Estado, com elaboração de políticas públicas que visam diminuir a desigualdade em sua sociedade.

⁸ Os Direitos Fundamentais foram reconhecidos e assegurados no decorrer da evolução da humanidade, de forma gradativa. De acordo com Fonseca (2019), as gerações ou dimensões dos direitos fundamentais são:

- a) primeira geração/dimensão: está atrelada aos direitos individuais que solidificam as liberdades individuais, impondo limites ou limitações ao poder de legislar do Estado. Influência do direito natural e dos iluministas;
- b) segunda geração/dimensão: são os direitos sociais, culturais e econômicos decorrentes dos direitos da primeira geração, exigindo do Estado uma postura mais ativa (solidificação da igualdade);
- c) terceira geração/dimensão: são os direitos fundamentais direcionados ao destino da humanidade, relacionados à paz, ao meio ambiente e à sua proteção e conservação, ao desenvolvimento econômico e à defesa do consumidor (consolidação da fraternidade);

prestações têm o objetivo de tornar melhores as condições de vida da parcela da sociedade mais frágil, e, para tanto, é necessário que se estabeleçam direitos que busquem realizar o equilíbrio de situações sociais desiguais. No mesmo sentido, Bonavides (2006), citado por Oliveira e Costa (2011), esclarece que os direitos sociais são importantes para salvaguardar o indivíduo e, para ele, “a saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do Direito à Vida” (p. 3).

A saúde, portanto, deixou de ser uma questão exclusivamente biológica para ser, no entendimento de Oliveira e Costa (2011), “uma questão de cidadania e de justiça social” (p. 4). Pioneira em pesquisar o direito à saúde, Dallari (2008) segue este entendimento e o fundamenta de acordo com o conceito estabelecido pela OMS, além de argumentar que a saúde se relaciona tanto com a ausência de doenças como com as condições de vida e organização social onde a pessoa vive. Afirma, ainda, que a saúde depende das características individuais, mas também, do ambiente social e econômico, e que “ninguém pode, portanto, ser individualmente responsável por sua saúde” (p. 12). A autora desenvolve a ideia de que uma pessoa pode vir a adoecer em razão de características e fatores individuais, porém, ela sempre estará ligada ao ambiente onde vive, ficando suscetível às influências ambientais, econômicas e sociopolíticas de sua região. Conclui, assim, que, no Estado contemporâneo, é necessária a “mais ampla compreensão do ambiente em que será realizado o direito à saúde” (p.14), e que os profissionais envolvidos com essa temática devem entender essas variáveis para que atuem em conformidade com o sentido de saúde compreendido na comunidade onde exercem suas atividades.

No mesmo sentido, mas considerando as disposições legais sobre saúde, Werner (2017) adota o conceito baseado nos arts. 2º e 3º, parágrafo único, da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – *Lei Federal nº 8.080* (1990), inspirado nas disposições da OMS, que dispõe que “a saúde é um direito fundamental do ser humano e tem como fim garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (p. 11). E a complementa estabelecendo a relação entre a organização social e econômica, e os níveis de saúde da população, trazendo como fatores determinantes e condicionantes da saúde “a alimentação, a moradia, o saneamento

d) quarta geração/dimensão: são os direitos relacionados à manipulação genética. Podemos citar, a título exemplificativo, as discussões sobre a biotecnologia e a bioengenharia, tratando de assuntos referentes à vida e à morte, a partir do pressuposto da ética;

e) quinta geração/dimensão: representada pelos direitos oriundos da realidade virtual, demonstrando a crescente preocupação do sistema constitucional como propagação e desenvolvimento do direito eletrônico na atualidade. Envolve, assim, a internacionalização da jurisdição constitucional em virtude do rompimento das fronteiras físicas por meio da *internet*, também conhecida como Grande Rede – WWW”. (p. 125).

básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (p.11).

Com uma visão mais aprofundada, Sarlet e Figueiredo (2014) destacam a dupla fundamentalidade, formal e material, do direito à saúde na ordem jurídico-constitucional. Por fundamentalidade material entende-se a relevância da saúde como o bem jurídico tutelado como “pressuposto da manutenção e gozo da vida (e vida com dignidade, ou seja, vida saudável e com certa qualidade)” (p.113); e, também, como condição necessária à fruição dos demais direitos, sejam eles fundamentais ou não. Por outro lado, a fundamentalidade formal é a previsão constitucional, entendida pelos três aspectos a seguir: trata-se de um direito fundamental, posicionado como norma de hierarquicamente superior; encontra-se garantida como *cláusula pétrea*; e possui eficácia plena, ou seja, é de aplicabilidade direta e imediata.

A adoção de um ponto de vista em dupla perspectiva também foi o caminho escolhido por Bartolomei et. al. (2005), ao destacar que a *Constituição Federal* (1988), em seu inciso III do artigo 1º, reconheceu a dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental e, portanto, como critério de valoração e interpretação de todo o sistema jurídico brasileiro. A fim de atender à maior parcela de indivíduos possível, a saúde constitucionalmente prevista deve ser entendida a partir de uma perspectiva individual, que busca a ausência de moléstia; e na perspectiva coletiva, focada na promoção da saúde em comunidade. Em ambos os casos, sendo a saúde um direito fundamental, é necessária a adoção de políticas públicas capazes de proporcionar a efetiva concretização das previsões constitucionais.

No entanto, além da previsão de direito fundamental, a *Constituição Federal* (1988) dedicou à Saúde a Seção II, do Capítulo II (Da Seguridade Social), do Título VIII (Da Ordem Social). Neste contexto, no artigo 196 dispõe que:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Depreende-se da leitura deste artigo 196 que o legislador optou por estabelecer uma relação entre as políticas sociais e econômicas do Estado e a eficácia do direito à saúde. Dallari (2008) afirma que a redação do supracitado artigo foi elaborada para o direito à saúde ser eficaz, e não ser apenas uma norma programática. Este é o motivo pelo qual sua garantia está vinculada “às políticas sociais e econômicas, às diretrizes do sistema expressamente formuladas, envolvendo a participação da comunidade, e suas atribuições enumeradas no próprio texto constitucional (CF, arts. 196, 198 e 200)” (p. 11).

Por outro lado, o Ministro Gilmar Mendes, ao analisar o supracitado artigo no Agravo Regimental da *Suspensão de Tutela Antecipada 175 (STA 175)*⁹, julgado no Supremo Tribunal Federal (STF) em 2010, destacou que a expressão “garantido mediante políticas sociais e econômicas” deixa claro que a concretização do direito à saúde depende da formulação de políticas públicas. O caráter programático deste direito fundamental se apresenta, então, na necessidade de alocação dos recursos públicos escassos, mediante critérios distributivos; e no respeito à evolução da medicina, que está sempre sujeita a novas descobertas e, portanto, deve ter a oportunidade de se adequar em futuras legislações¹⁰.

A vinculação de políticas públicas sociais e econômicas do Estado molda o direito à saúde como um *direito-dever* que, nas palavras de Sarlet e Figueiredo (2014), se configura como o dever do Estado em prestar os serviços e garantir as condições necessárias para a concretização do direito à saúde, devendo valer-se, inclusive, da atuação da iniciativa privada. Reforça Vieira (2020) que esta atuação deve ser positiva, com a promoção de políticas públicas de diversas áreas, tais com a de saúde, as sociais e as econômicas, a fim de garantir a vida e a integridade de todos. A autora justifica esta abrangência ao destacar que são diversos os fatores determinantes para garantir a saúde e, portanto, as ações e os serviços devem ser múltiplos para que se atinja o maior nível possível de bem-estar físico, mental e social. Conclui a pesquisadora que o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto nos artigos 196 e seguintes da *Constituição Federal* (1988) e regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) – *Lei Federal nº 8.080* (1990), é o instrumento que viabiliza o cumprimento do *direito-dever* à saúde pelo Estado.

A criação do SUS atende à necessidade de concretização do direito à saúde. Nesse sentido, Dallari (2008) afirma que a Constituição Federal, além de ter recepcionado o conceito de saúde mais abrangente, que não se limita à ausência de doenças, também organizou o sistema público de saúde ao criar uma rede de ações e serviços orientados a cada esfera de governo. Essa rede tem o dever de prestar atendimento integral às necessidades de saúde; de considerar

⁹ A Suspensão de Tutela Antecipada 175 (STA 175), de acordo com o STF, foi o primeiro grande julgado específico sobre o direito à saúde, e versou sobre a obrigatoriedade de fornecimento de medicamento pelo SUS.

¹⁰ O debate sobre a eficácia do art. 196 da CF/88 pode ser ampliado ao se considerar o efeito da *constitucionalização simbólica*, conceito elaborado por Marcelo Neves (1994), que significa o crescimento excessivo da função simbólica das normas constitucionais em detrimento de sua função instrumental, acarretando danos no sistema compreendido pelas eleições democráticas, pela separação de poderes e pelos direitos fundamentais. Neste caso, estamos diante da modalidade “compromisso fórmula-dilatatório” de legislação simbólica, que se caracteriza por “adiar a solução de conflitos sociais através de compromissos dilatatórios” (p. 41). Isso significa que “as divergências entre grupos políticos não são resolvidas por meio do ato legislativo, que, porém, será aprovado consensualmente pelas partes envolvidas, exatamente porque está presente a perspectiva da ineficácia da respectiva lei” (p. 41).

os diferentes níveis de complexidade das ações e dos serviços; e, de garantir a efetiva participação da comunidade.

Complementam, ainda, Sarlet e Figueiredo (2014), que o SUS pode ser considerado uma garantia institucional fundamental, contando, inclusive, com a proteção contra reformas que visem ao retrocesso dos direitos conquistados.

Percebe-se, portanto, que o ordenamento jurídico brasileiro, ao acolher o direito à saúde em seu sentido mais amplo, também se comprometeu em garantir condições de vida digna e uma sociedade que não exclua os serviços básicos que garantam a qualidade de vida das pessoas. Além disso, o SUS e as legislações responsáveis pela estrutura de atendimento à saúde vigentes no país têm a responsabilidade de garantir o atendimento universal da população. Porém, essas iniciativas terão o resultado desejado apenas se estiverem em sintonia com as áreas responsáveis pelo planejamento das cidades, ambiente onde a maioria da população vive atualmente e para onde as atenções estão voltadas para garantir a sadia qualidade de vida desta e das futuras gerações.

2.2.2. A Saúde e o Planejamento Urbano

A Saúde é um item que deve ser considerado no planejamento urbano para garantir ambientes saudáveis à população, que vive cada vez mais em cidades. O *Relatório Mundial das Cidades*, publicado em 30 de junho de 2022, pelo Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (ONU-Habitat), estima que a população urbana em 2021 era de 56%, com previsão de chegar a 68% em 2050.

Fajersztajn et al. (2016) explicam que a urbanização amparada no avanço do conhecimento científico sobre as formas de transmissão de doenças é recente, datada do início do século XIX, e estimulou as cidades a investirem em medidas sanitárias como forma de promover a saúde pública de seus habitantes.

Com o avanço da urbanização, os autores supracitados afirmam que a integração de políticas de promoção da saúde coletiva e de urbanismo resultaria em expressivos ganhos de saúde para os moradores das cidades, considerando, inclusive, que o desenvolvimento que tornou a vida nas cidades mais saudável não atingiu os habitantes das áreas urbanas uniformemente. Os autores reforçam também que populações urbanas de baixa renda ainda convivem com a falta de saneamento básico e de condições seguras de moradia, o que os deixa suscetíveis a intempéries como enchentes, falta de água, surtos de doenças infecciosas, entre outros riscos para a saúde, cujas formas de prevenção são conhecidas e evitáveis.

Na mesma direção, Oliveira e Akerman (2019) reforçam que a saúde da população está relacionada com o ambiente onde ela vive, e destacam que muitas vezes as pessoas vivem em situações precárias por falta de opções, em ambientes sem condições de habitação/moradia e transporte público para satisfazer às suas necessidades básicas. Os autores entendem que a organização do fluxo dos serviços, como saúde, empregos, escolas, lazer e outros, aproximando-os da moradia dos habitantes das cidades, é a reafirmação do direito à saúde e a garantia do direito à cidade e, portanto, o planejamento urbano seria o facilitador deste movimento. Destacam, porém, que esta organização deve respeitar a cultura local, considerando a vivência social e os atributos simbólicos do espaço habitado que o transformam em território. Afirmam, por fim, que este é um direito que as pessoas têm sobre as cidades, de pertencer a elas e usufruir de seus bens e serviços com dignidade.

No entanto, observa-se, atualmente, que conceitos do século XIX e do início do século XX ainda fundamentam o planejamento urbano e a gestão de muitas cidades. Menegat e Almeida (2004), como citado em Vieira Ruschel et al. (2022), expõem que o planejamento das estruturas sanitárias, do tratamento de rios e de suas margens ainda seguem diretrizes dos séculos passados, o que impacta nas carências dos serviços de esgotamento sanitário e fornecimento de água nas áreas mais pobres. Essa condição caracteriza a falta de alcance do direito à cidade em lugares com maior mortalidade, não apenas por falta de tratamento sanitário básico, mas também por falta de vegetação, de espaços livres e de ventilação.

Como se vê, a interação entre saúde e urbanismo, com a valorização do bom espaço público, se configura como uma importante contribuição à política de saúde. O arquiteto e planejador urbano Jan Gehl (2015), como citado em Sperandio (2018), destaca que o propósito da melhoria na qualidade de vida faz com as pessoas trabalhem em favor do aumento de ações políticas saudáveis em suas cidades.

Sendo a relação entre a saúde e a urbanização profunda, aquela deve ser considerada no processo de planejamento urbano. Nesse sentido, a OMS passou a recomendar iniciativas de aprimoramento da relação entre a saúde e o planejamento urbano com a finalidade de garantir a saúde nas cidades por intermédio de políticas públicas participativas e uma gestão pública atenta, capazes de garantir que o ser humano esteja no centro de todas essas ações. Surge assim, no âmbito da OMS, o “Movimento por Cidades Saudáveis”, que se tornou uma agenda urbana de desenvolvimento social, com influências de alcance global, como se verá a seguir.

2.2.3. As Cidades Saudáveis

A criação de políticas públicas urbanas, com um olhar para a saúde, é fundamental para a garantia da boa qualidade de vida das pessoas em um território cada vez mais urbanizado. Além disso, os agentes responsáveis pelo planejamento urbano devem estar atentos às demandas atuais, como a promoção de uma vida adequada às necessidades de uma sociedade mais tecnológica, conectada e ciente de seus direitos.

Nessa linha, a Organização Mundial da Saúde tem iniciativas que buscam fortalecer as relações entre a saúde e outras áreas de conhecimento, inclusive o planejamento urbano. Uma iniciativa é o movimento “Saúde em Todas as Políticas” (*Health in All Policies*), originada em 2013, na cidade de Helsinque, na 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, e que tem o objetivo de promover uma agenda governamental com uma visão transversal das políticas públicas que estimule que as decisões governamentais sejam tomadas considerando a melhoria da saúde da população e da equidade em saúde.

Outra iniciativa é o “Movimento por Cidades Saudáveis” (*Healthy Cities Movement*), surgido em 1986, na Conferência Internacional de Ottawa sobre promoção da saúde. Guimarães (2003) e Westphal (2000), citados em Lima e Lima (2020), explicam que este movimento incentiva a criação de políticas públicas saudáveis e de promoção da saúde de forma contemporânea, com foco nas pessoas, e não mais em locais, como foram as iniciativas de reformas urbanas, do urbanismo e do higienismo em tempos anteriores.

O “Movimento por Cidades Saudáveis”, de acordo com Westphal (2018), se transformou em uma agenda urbana de desenvolvimento social e foi disseminado por todos os países do mundo. Esse movimento tinha o objetivo de estimular uma nova forma de gestão municipal, com a participação dos atores civis e os políticos “na melhoria das condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecendo uma relação harmoniosa com o meio ambiente” (p. 475). Havia a expectativa de que os governos e a sociedade civil desenvolvessem, em conjunto, estratégias em diferentes “setores das políticas sociais, com a implementação de projetos interinstitucionais e intersetoriais, para a melhoria das condições de vida e saúde da população urbana e, portanto, de sua qualidade de vida” (p. 475).

No Brasil, Westphal (2018) ressalta que as agendas sociais com este objetivo foram desenvolvidas de forma desintegrada, setorial, sem considerar umas às outras, e, mesmo obtendo resultados animadores em muitos casos, sofrem pela ausência de continuidade das gestões municipais. A falta de sucesso dessas iniciativas se deve à necessidade de uma mudança profunda nas formas de gestão municipal conhecidas, pois o pressuposto para o êxito desse

movimento é justamente a adoção de uma gestão municipal planejada a partir de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida de seus habitantes, adequadas às particularidades da respectiva localidade. A autora destaca que “desde o ano 2000 vários municípios brasileiros assumiram projetos de Cidades Saudáveis, mas quase nenhum deles deu continuidade aos processos, especialmente depois de mudanças administrativas após eleições” (p. 476).

No entanto, ainda que a experiência de integrar a Rede das Cidades Saudáveis à OMS não tenha frutificado como esperado, o Brasil institucionalizou a promoção da saúde com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) – *Portaria MS/GM n.º 687/2006*. Nesse sentido, Sperandio et al. (2016) explicam que se trata de um conjunto de ações que envolvem estratégias que ampliam a autonomia do indivíduo e preparam, coletivamente, cidadãos para interferir na melhoria do território. Adicionalmente, houve, em 2014, uma reformulação na PNPS, que a tornou um dispositivo legal habilitado a participar do planejamento urbano brasileiro, juntamente com o Estatuto da Cidade, disponibilizando outras ferramentas para este fim.

Como resultado, Sperandio et al. (2016) destacam que ambos os diplomas legais apresentam dispositivos que convergem sobre os seguintes assuntos: mobilidade; acessibilidade; desenvolvimento seguro (saneamento, habitação, transporte); bem-estar; ambiente saudável; participação popular e autonomia. Além disso, afirmam que a PNPS possui características e abordagens que a qualifica como ferramenta para a construção de cidades saudáveis, tais como: a equidade, a transversalidade e o seu objetivo que contempla a mobilidade e a acessibilidade saudável e segura; a promoção da cultura da paz em territórios e municípios; o apoio da produção de ambientes saudáveis em busca do bem viver; a valorização dos saberes populares; a autonomia para sujeitos e a coletividade.

Portanto, a construção de cidades saudáveis incorpora o entendimento de que saúde e qualidade de vida são equivalentes. Assim, Lima e Lima (2020) explicam que para elevar o nível de saúde da população é necessário reduzir as iniquidades, as desigualdades e a exclusão social, pois o processo saúde-doença é o resultado das condições de vida das pessoas.

O direito à saúde está garantido no ordenamento jurídico brasileiro, com o suporte do SUS, que busca fornecer atendimento a todos os indivíduos. Porém, a saúde é um conceito mais amplo, que abrange não apenas a ausência de doenças, mas também as condições e a qualidade de vida das pessoas. Assim, o planejamento urbano se apresenta como um ponto de intersecção entre a saúde e o desenvolvimento de uma cidade, afinal, o meio ambiente urbano, para ser

saudável, deve ser acessível a todos, com espaços e serviços públicos de qualidade e que preservem a sadia qualidade de vida de todos que os utilizam.

No entanto, essas condições são difíceis de serem asseguradas quando estamos diante de uma situação de desigualdade, e piora muito na medida em que esta desigualdade se aprofunda. Condições precárias de habitação e de saneamento básico, por exemplo, expõem a saúde dos indivíduos e evidenciam como o acesso deficiente à garantia do direito à cidade implica diretamente o acesso ao direito à saúde. Assim, não é possível desenvolver um estudo sobre saúde e planejamento urbano sem abordar a desigualdade e os seus efeitos no território.

2.3. O CONCEITO DE DESIGUALDADE

O conceito de *desigualdade*, assim como os de *direito à cidade* e *direito à saúde*, é complexo, porém, se diferencia desses dois últimos conceitos por ser uma noção que, em princípio, contrasta com a noção de igualdade. Sob o ponto de vista sociológico, Barros (2006) explica que a relação de contraste entre *igualdade* e *desigualdade* deriva de uma circunstância associada a uma forma de tratamento, ou seja, trata-se de uma situação na qual dois ou mais indivíduos estabelecem uma conexão referente a algum aspecto ou direito e, à medida que são concedidos mais privilégios ou restrições a um e a outro, cria-se a situação de igualdade ou de desigualdade.

Ao aprofundar esta análise, Barros (2006) esclarece que a oposição entre *igualdade* e *desigualdade* é da ordem das contradições. Essas contradições são sempre circunstanciais e se desenvolvem no interior de um processo; por isso, possuem uma história e aparecem em determinado momento ou situação, reforçando a existência de uma lógica na relação entre os pares contraditórios.

Outro ponto a se considerar sobre a *desigualdade* é a multiplicidade dos espaços em que esta pode ser analisada. Nesse sentido, Barros (2006) afirma que a *desigualdade* é avaliada de acordo com diversos critérios, tais como: rendas, riquezas, liberdades, acesso a serviços ou a bens primários, capacidades, entre outros; e que estas múltiplas situações implicam a necessidade dos pesquisadores e profissionais que atuam com esta temática se colocarem de forma adequada nos diversos espaços de reflexão, sejam eles econômicos, políticos, jurídicos ou sociais.

Reconhecendo esta característica plural da desigualdade, Amartya Sen¹¹ (2008), como citado por Abreu (2012), ao desenvolver uma metodologia para analisar as questões pertinentes à desigualdade social, explorou as formas de análise dos arranjos sociais e considerou “a heterogeneidade básica dos seres humanos e a multiplicidade de variáveis relativamente às quais a igualdade pode ser avaliada” (p. 205). Assim, ao avançar em seu estudo, constatou que as capacidades devem ser igualadas para que seja possível a avaliação da extensão da desigualdade.

Por *capacidade*, Sen (2008), como citado por Abreu (2012), entende que se trata de uma igualdade de oportunidades, que valoriza a liberdade individual das pessoas que permite que elas levem a vida do jeito que desejarem. Neste conceito, a liberdade de escolha do indivíduo em tomar decisões se relaciona com as oportunidades que estiverem à sua disposição, sendo essas oportunidades aferidas tanto pela disponibilidade de recursos, como pelo acesso a esses recursos.

A desigualdade, então, destitui uma parcela da sociedade dessas oportunidades e, conseqüentemente, limita sua liberdade para viver a vida de acordo com sua vontade. Assim, para Sen (1999), como citado por Crespo e Gurovitz (2002), a privação de capacidades básicas de um indivíduo é o que caracteriza a pobreza do indivíduo, e não apenas uma renda inferior a um patamar preestabelecido.

Finaliza o economista indiano ressaltando a “necessidade de buscar formas de distribuição da riqueza gerada que permitam ampliar as liberdades efectivas de um número cada vez maior de pessoas, o que pressupõe a avaliação constante dos processos de geração e distribuição da riqueza” (p. 206).

No que tange à abordagem jurídica, no ordenamento jurídico brasileiro, o princípio da igualdade ou isonomia está previsto no artigo 5º, *caput*, da Constituição Federal de 1988, que prescreve:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (...):

De acordo com Moraes (2006), o legislador buscou *a igualdade de aptidão*, ou seja, aquela que define que todos os cidadãos devem ter assegurado o seu direito de tratamento igualitário pela lei, conforme os parâmetros estabelecidos no ordenamento jurídico. Assim, o

¹¹ Amartya Sen é um economista indiano, Prêmio Nobel de Economia em 1998, por sua contribuição às teorias da escolha social e do bem-estar social. É um dos idealizadores do Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e fundador do Instituto Mundial de Pesquisa em Economia do Desenvolvimento (Universidade da ONU).

constituinte não admite distinções abusivas, mas somente aquelas que estão em favor “de uma finalidade acolhida pelo direito” (p. 86), pois estas destinam-se a reparar as desigualdades.

Além disso, o jurista sublinha a finalidade limitadora do princípio da igualdade voltada a três destinatários: o legislador, o intérprete da lei e o particular. Sobre essa questão, Moraes (2006) indica que o legislador não poderá criar normas que estabeleçam discriminações arbitrárias, sob pena de inconstitucionalidade; já o intérprete da lei não aplicará a legislação que, nos casos concretos, crie ou amplie desigualdades autoritárias, e, por fim, o particular deverá orientar sua conduta em ações que não sejam “discriminatórias, preconceituosas ou racistas, sob pena de responsabilidade civil e penal, nos termos da legislação em vigor” (p. 87).

Além disso, temos no artigo 3º da Constituição Federal, os objetivos da República Federativa do Brasil, que destaca, em seus incisos III e IV, o seguinte:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

(...)

(...)

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Sobre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, Moraes (2006) explica que se trata de um rol exemplificativo, cabendo ao poder público procurar formas de “promover condições de igualdade real e efetiva e não somente contentar-se com a igualdade formal” (p. 68).

No caso dos incisos indicados, Martins (2020), como citado por Badr e Soares Júnior (2022), afirma que no inciso III do artigo 3º, a erradicação da pobreza e a marginalização devem ser uma meta de todos os entes do Estado, mediante a elaboração de políticas públicas. No tocante à redução das desigualdades sociais e regionais, destaca-se a preocupação em diminuir a distância entre os mais ricos e os mais pobres, tendo em vista que a Carta Magna reconhece a livre iniciativa e os valores capitalistas em seu texto e, portanto, não busca sua erradicação, apenas o combate a um grande abismo social.

Já em relação ao inciso IV, Martins (2020), como citado por Badr e Soares Júnior (2022), explica que o combate aos preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, a fim de promover o bem de todos, visa pôr fim a todas as formas de preconceito e discriminação. Alega, ainda, que a Constituição Federal, embora não

tenha expressamente prescrito a respeito do preconceito em razão da orientação sexual, ele está inserido implicitamente na cláusula genérica “quaisquer outras formas de discriminação”.

Diante do exposto, fica claro que a *desigualdade* suscita abordagens diversas, e se adequa aos pontos de vista de diferentes áreas de estudos; porém, para efeitos deste trabalho, a pesquisa se concentrará na perspectiva do acesso à saúde, e considerará a sua expressão na geografia urbana do município de São Paulo.

2.3.1. Os Diversos Aspectos da Desigualdade

O conceito de desigualdade está relacionado com os propósitos analíticos e políticos de quem a define. Crítico das definições clássicas, Costa (2019) adotou a definição de desigualdade “classificada em quatro grupos distintos: *i*) desigualdades *de que*; *ii*) desigualdades *entre quem*; *iii*) desigualdades *quando*; e *iv*) desigualdades *onde*”. (p. 53).

Resumidamente, as *desigualdades de que*, também conhecidas como *desigualdades de chances* ou *de oportunidades*, pressupõem que, entre indivíduos com oportunidades sociais semelhantes, as divergências em suas condições de vida refletem as diferenças em termos de esforço individual. É a meritocracia concebida na ideologia liberal.

Sobre as *desigualdades entre quem*, Costa (2019) as trata como *desigualdades entre categorizações sociais*, nas quais se examina, dentro de uma categoria social, a existência de gradações que apontam para maior ou menor acesso a direitos. De forma exemplificada, o autor cita a categoria cidadão/estrangeiro e as gradações referentes ao *status* legal dos imigrantes, seu país de origem, entre outros.

No que tange às *desigualdades quando*, Costa (2019) explica que se tratam de desigualdades constatadas sob a perspectiva histórica, com a finalidade de relacionar as desigualdades do passado com as do presente. Por fim, há as *desigualdades onde*, que o autor entende como uma nova abordagem a análise da desigualdade sob o “espectro da investigação que demonstra como as interdependências transnacionais e globais moldam as estruturas de desigualdade locais e nacionais” (p. 61).

Em complemento, Costa (2019) defende que o conceito de desigualdade adotado pela ONU e pelo Banco Mundial, fundamentados no índice de Gini, privilegia as diferenças de renda, e não as de oportunidades.

Diante dessas considerações, é possível constatar que o conceito de desigualdade é amplo e pode ser analisado sob variados aspectos, todos válidos, e que têm a finalidade de analisar a razão pela qual alguns grupos têm acesso a mais e melhores condições de vida do que

outros. Seja por motivos históricos, econômicos, globais, por oportunidades ou por pertencimento a uma ou outra categoria, é importante destacar que ela pode e deve ser pesquisada em todas as suas nuances. Trata-se de um conceito que não se fecha em si mesmo e busca acompanhar as exigências de seu tempo.

2.3.1.1. *A desigualdade e o índice de Gini*

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o índice de Gini é um instrumento destinado a medir o grau de concentração de renda em determinado grupo, ao indicar a diferença entre os rendimentos das classes mais favorecidas e das classes menos favorecidas. Trata-se de um índice que, numericamente, varia de zero (0) a um (1), no qual o valor zero (0) indica uma situação de plena igualdade, onde todos possuem a mesma renda; e, o valor um (1) representa a extrema desigualdade, onde uma única pessoa concentra toda renda.

O cálculo do índice de Gini é realizado pelo Banco Mundial (BM), que indicou, no final de 2020, o Brasil como um dos países mais desiguais do mundo quando se trata da distribuição de renda entre os seus habitantes. A posição brasileira no ranqueamento do índice de Gini foi de 9º (nono) lugar, entre Moçambique, que estava em o 8º (oitavo) lugar e Botsuana, que estava em 10º lugar, ambos países africanos. De acordo com o IBGE (2020), o Brasil foi o único país latino-americano presente na lista dos 10 (dez) países mais desiguais do mundo e apresentou, em 2020, índice de Gini igual a 0,573.

Com dados mais atuais, o Banco Mundial (BM) publicou, em 14 de julho de 2022, o relatório *Pobreza e equidade no Brasil – Mirando o futuro após duas crises*. O relatório faz referência a duas crises que acarretaram grave desaceleração econômica: a crise ocorrida entre os anos de 2014 e 2016; e, a crise decorrente da pandemia de COVID-19. Nesta última, o relatório apontou que o Brasil registrou a maior contração econômica da história, além da expectativa de que a pobreza e a desigualdade tenham sido piores em 2021 do que em 2020, ainda que um pouco melhores do que antes da pandemia em razão dos efeitos do programa Auxílio Emergencial instituído pelo Governo Federal que, em 2021, buscou amenizar os efeitos econômicos da pandemia de COVID-19, mas não foi suficiente para conter a retomada da pobreza e da desigualdade em 2021.

Assim, conclui-se que os dados do índice de Gini são relevantes porque classificam a desigualdade de renda em determinada região e permitem que se estabeleça a comparação entre diferentes locais. No entanto, a desigualdade se expressa em outros aspectos que vão além da

renda auferida e que devem ser estudados para que se possa ter uma amplitude real da diferença social existente.

2.3.1.2. A Desigualdade e os Determinantes Sociais de Saúde

A análise da desigualdade baseada na diferença de renda, apesar de importante, é inadequada para avaliar os aspectos não econômicos de uma situação social desequilibrada. Campello et al. (2018) afirmam que o olhar sobre a desigualdade não pode ignorar a necessidade de superar a assimetria de acesso a bens e serviços. Reforçam, também, que uma parcela expressiva da população vive à margem de condições mínimas de vida e que elevá-las a um patamar de dignidade não pode ser considerado um valor secundário no debate sobre desigualdade. Os autores destacam a saúde como o reflexo direto das condições socioeconômicas de parte da população que, submetida às consequências do crescimento acelerado e com planejamento pouco cuidadoso das cidades, sofre com a falta de saneamento básico e de água de qualidade, com as condições de moradia precárias, a falta de alimentação e de educação adequadas. Esses fatores sociais que impactam a saúde das pessoas são conhecidos como *Determinantes Sociais de Saúde* (DSS).

Os DSS foram definidos pela Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde¹² (CMDSS) da OMS como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. No Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde¹³ (CNDSS), vinculada ao Ministério da Saúde, como citado por Buss e Pellegrini Filho (2007), definiu os DSS como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (p. 78).

No sistema normativo brasileiro, os DSS estão positivados no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – *Lei Federal n.º 8.080* (1990), que as reconhece ao dispor o seguinte:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o

¹² De acordo com a OMS, a Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde foi criada em 2005, com a finalidade de apoiar países e parceiros globais na abordagem dos fatores sociais que acarretam problemas de saúde. O objetivo era estimular a criação de melhores condições de vida, principalmente, entre os mais vulneráveis. A Comissão entregou o relatório final em 2008 e, em seguida, encerrou suas funções.

¹³ A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde foi instituída pelo Decreto Presidencial de 13 de março de 2006, e estava vinculada ao Ministério da Saúde. O objetivo era estimular a atuação do Poder Público, das universidades e da sociedade civil, na melhoria da saúde e na redução das iniquidades sanitárias. A Comissão teve o prazo de dois (2) anos e encerrou suas atividades após a entrega de seu relatório final ao Ministro da Saúde.

saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

De fato, o reconhecimento e a compreensão de que fatores sociais impactam a saúde das pessoas, constitui uma evolução no entendimento do que seja uma vida saudável. Buss e Pellegrini Filho (2007) defendem que se trata de uma tomada de consciência necessária para o combate das iniquidades que afetam a saúde, afinal, tão sérias quanto a consciência destes fatores, são as proposições e atitudes que buscam a transformação dessa estrutura desigual.

Finalmente, como resultado, a CMDSS e a CNDSS elaboraram recomendações que destacaram a participação social e a intersetorialidade das ações de promoção da saúde. Sobre o desfecho desses trabalhos, Gonzalez (2015) observa a reiteração dos princípios de *justiça social e equidade*, reforçando que estes sejam os norteadores a serem seguidos; além disso, destaca que a implementação de políticas públicas de saúde deve ocorrer em atendimento às demandas dos determinantes sociais, em que o Estado se recoloca como gestor de diminuição das iniquidades. Por fim, a autora conclui que ainda são necessárias muitas ações para o alcance de melhores níveis de equidade, porém, os DSS devem permanecer como horizontes que impulsionam as mudanças nessa direção.

2.3.2. O Conceito de Fragmentação Socioespacial

O conceito de fragmentação socioespacial é mais técnico, descritivo e analítico do que o conceito de desigualdade, e deve reunir, conforme Legroux (2021), a descrição das formas urbanas, a compreensão do cotidiano urbano e das práticas espaciais.

Primeiramente, é necessário destacar o contexto em que desponta esta definição. Ela surge a partir do desenvolvimento do capitalismo em escalas globais e da *sociedade urbana* sintonizada com esta dinâmica. A análise desta nova ordem social demandou ferramentas mais adequadas ao neoliberalismo e à difusão e fixação dos valores do mercado na sociedade. Isto porque, conforme Prévôt-Schapira (2001), como citado por Legroux (2021), o desenvolvimento do capitalismo em escala mundial impactou o papel do Estado, que passou a ser questionado e pressionado a se adequar aos mecanismos de mercado com a adoção de medidas de desregulamentação e de privatizações, levando-o a renunciar ao controle do urbano e, consequentemente, afetando a manutenção da coesão social e territorial das cidades.

Esta situação de relaxamento da coesão social e territorial se apresentou como uma oportunidade para a sociedade urbana se fragmentar em diversos espaços e territórios, divididos entre si, e cada vez mais distantes. O processo de fragmentação do MSP, por exemplo, foi

observado, já no início da década de 1990, por Santos (1990), como citado por Legroux (2021), que identificou sinais deste fenômeno ao examinar as decisões do poder público em alocar os projetos habitacionais populares em áreas distantes do centro e das áreas valorizadas da cidade. Ademais, o geógrafo percebeu a formação de vazios urbanos em áreas ocupadas que se tornam objetos de desejo e especulação, e constatou que o caminho se abria para o desenho de uma cidade espalhada. Legroux (2021) explica que esta fragmentação vai além da separação física e social, pois ela também expressa:

i) um acirramento dos processos de segregação e diferenciação dos e nos diferentes espaços urbanos, em termos de classes sociais e de funções atribuídas a estes (trabalho, lazer, moradia etc.), e ii) formas e conteúdos urbanos socioespaciais cada vez mais complexos, com ênfase nas rupturas e separações (p. 238).

Desse modo, Legroux (2021) conclui que a lógica fragmentária se dedica à existência e constituição de espaços urbanos sob a forma de um mosaico, de um arquipélago de fragmentos mal articulados entre si e com altos níveis de desigualdades em termos de acesso às infraestruturas e aos serviços urbanos; afinal, essa configuração facilita as dinâmicas que intensificam as rupturas e a relativa incomunicabilidade entre os diferentes pedaços, cada vez mais desconexos e diferenciados.

No mesmo sentido, considerando o crescimento de aglomerados subnormais, Baltrusis e D'Ottaviano (2009) se atentaram para a construção de espaços fragmentados e constataram que apenas o empobrecimento não justifica a sua existência, devendo ser considerada a forma como o espaço urbano se estrutura nas cidades, expondo a fragilidade do processo de produção deste espaço. Sobre a expansão da ocupação irregular de terrenos nas Regiões Metropolitanas, os autores perceberam que, no período compreendido entre 1991-2000, um novo padrão de ocupação periférica se estabeleceu de acordo com a segregação urbana. Sobre essa situação, Castells (2002), como citado em Villaça, (2007), entende que deve ser compreendida como uma propensão “à organização do espaço em zonas de forte homogeneidade social interna e de forte disparidade social entre elas, entendendo-se essa disparidade não só em termos de diferença, como também de hierarquia” (p. 148).

Em relação à hierarquia espacial, Carlos (2020) explica que esta indica o lugar que os grupos sociais ocupam na cidade, e o primeiro ponto é o acesso diferenciado à habitação, a partir do qual se realizam os outros acessos aos lugares de vivência da vida urbana. Sposito (2018), como citado por Palmeira (2020), acrescenta que nos processos de urbanização das cidades, a diferenciação social sempre esteve presente com a divisão territorial e social do trabalho. Entretanto, Palmeira (2020) adverte que a divisão social é prevista na sociedade

capitalista, no entanto, a desigualdade é resultado das articulações, manobras e lógicas que permeiam o sistema econômico, tornando o processo de segregação socioespacial das grandes cidades brasileiras, o “efeito adverso de um desenvolvimento pautado pela segregação de classes” (p. 964).

Sobre a segregação de classes, Sposito (2019), como citado por Legroux (2021), destaca duas dinâmicas responsáveis pelo seu fortalecimento: o deslocamento socioespacial dos mais pobres em direção a setores mais carentes da cidade, e a grande concentração espacial dos mais ricos em áreas providas por bens e serviços públicos. No mesmo sentido, Villaça (2001), como citado por Palmeira (2020), entende que a segregação socioespacial se caracteriza pela concentração de um grupo social em um espaço ou localização geográfica específica, na qual a área que concentra a camada mais alta da classe social é privilegiada com melhor acesso a infraestrutura, investimentos públicos e privados, havendo, assim, uma dominação desigual das vantagens oferecidas no espaço urbano.

Por fim, Sposito (2018), como citado por Palmeira (2020), ressalta que a segregação socioespacial mais comum é a autosegregação dos mais favorecidos economicamente, que se afastam e evitam o diálogo e a socialização entre os diferentes. Villaça (2001), como citado por Palmeira (2020), destaca que a autosegregação das classes altas altera a direção de expansão do mercado imobiliário, conduzindo o centro de serviços e comércio em sua direção e formando, conseqüentemente, os *novos centros* urbanos. O autor chama a atenção para a criação desses *novos centros* urbanos, que são derivados de escolhas particulares, e não de determinações da Administração Pública. Portanto, a ocupação territorial urbana está deixando de ser uma decisão voltada para o bem comum e está passando a se orientar pelas condições individuais, pelo perfil socioeconômico e cultural, pela faixa etária, pelas preferências de acesso a bens e serviços, entre outras variantes.

Isso posto, conclui-se que a sociedade urbana segue para um afrouxamento de seus laços sociais, levando à criação de porções territoriais afastadas entre si. Os autores consultados compreendem este fenômeno como um movimento simultâneo do desenvolvimento do capitalismo, e do enfraquecimento do Estado. Esta condição acarreta a transferência do controle do espaço urbano do Poder Público para os interesses privados, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais e territoriais.

A fragmentação socioespacial transforma a sociedade em ilhas dotadas de condições sociais bem diferentes, aprofundando a desigualdade no acesso à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, à renda, à educação, à atividade física, ao transporte, ao lazer e aos bens e serviços essenciais. Isto significa que a fragmentação

socioterritorial privilegia o acesso aos DSS das classes sociais mais abastadas em detrimento das classes sociais mais carentes, impactando, conseqüentemente, o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos habitantes de cada fragmento do espaço urbano.

Assim, é possível observar que a ocorrência uma emergência sanitária, como foi a pandemia de COVID-19, teve o seu desenvolvimento afetado por essa assimetria de condições; e também foi responsável por determinar, em grande parte, o nível de gravidade e a intensidade com que atingiu cada parcela da sociedade.

2.3.3. O Papel da Desigualdade na Disseminação da COVID-19

A expansão da pandemia de COVID-19 no território do MSP se caracterizou pela heterogeneidade, conforme o balanço dos impactos da COVID-19 de 2020 a 2021, apresentado pelo Instituto Pólis, mediante o estudo elaborado por Nisida et al. (2022). Os dados analisados, oriundos da SMS-SP, indicam que a concentração e a dispersão dos óbitos por COVID-19 em diversos espaços territoriais apontam para “condições desiguais de proteção e resposta à pandemia, sugerindo que alguns grupos populacionais estão mais expostos à infecção e/ou mais suscetíveis a quadros sintomáticos graves que levam ao óbito”.

Essas condições sociais desequilibradas, descritas por Paremoer et al. (2021) como condutores estruturais de longa data das desigualdades na saúde (*longstanding structural drivers of health inequities*) estão diretamente relacionadas com o acesso aos DSS, e se interligam com a classe social, a etnia, o gênero, o nível educacional e outros fatores que, durante a pandemia de COVID-19, expuseram as vulnerabilidades existentes na sociedade.

Sobre essas vulnerabilidades, Minayo e Freire (2020) afirmam que a desigualdade brasileira é um terreno fértil para a disseminação da COVID-19, pois dificulta o isolamento social, restringe o acesso a insumos básicos para a higiene e proteção, e complica a própria assistência aos serviços de saúde. Essas considerações derivam da associação entre posição socioeconômica e saúde, e estão situadas no contexto das relações espaciais e dos territórios socialmente divididos.

Adicionalmente, Paremoer et al. (2021) revelam que a pandemia destacou como o trabalho precário e as condições de trabalho adversas determinam quais grupos populacionais estão mais expostos à infecção por COVID-19. São casos de pessoas com acesso limitado a licenças médicas, a serviços de saúde; e seus baixos salários os impedem de adquirir alimentos, água, saneamento e moradia de qualidade. Além disso, por não serem contemplados por uma rede de segurança social, esses indivíduos podem não aderir à quarentena quando infectados,

pois não podem perder renda. O fato é que a pandemia acentuou as desigualdades de renda e riqueza em todo o mundo.

No MSP, os dados da SMS-SP referentes à COVID-19 possuem um importante papel na análise da desigualdade socioespacial, pois explicitam o impacto da diferença na distribuição das riquezas, bens e serviços. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou, em dezembro de 2021, a publicação “*Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira*”, na qual apresenta dados do índice de Gini, responsável por medir o grau de concentração de renda em determinado grupo e apontar a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos.

No mesmo sentido, a desigualdade se refletiu na cobertura vacinal da COVID-19. Análises realizadas tanto pelo laboratório de pesquisa e extensão da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU-USP), Laboratório Espaço Público e Direito à Cidade (LabCidade), como pelo Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais (Instituto Pólis), apontam para a cobertura desigual da vacinação no território do MSP. O LabCidade publicou o estudo de Marino et al. (2021), o qual aponta que, mesmo disponível, a vacina não cobriu de forma homogênea os territórios. Os pesquisadores afirmam que “enquanto algumas regiões apresentam baixo percentual de imunizados ou parcialmente imunizados nas faixas etárias que já podem vacinar, outras estão com este percentual muito mais alto”.

Já o Instituto Pólis, por intermédio de Klintowitz et al. (2021), realizou, em setembro de 2021, a geolocalização dos dados da vacinação no município de São Paulo, como também demonstrou as diferenças territoriais quanto à cobertura vacinal. Os autores constataram que “regiões com maior vulnerabilidade social, menor padrão de renda, menor acesso à saúde e com maior concentração da população negra (preta e parda) da cidade seguem anotando piores taxas de cobertura vacinal”.

O passar do tempo e os avanços sociais, econômicos e tecnológicos determinam as diversas alterações da organização comunitária. A desigualdade também está sujeita a essas mudanças, o que pode aumentar ou diminuir o grau de exclusão já imposto a uma parcela significativa da sociedade. Chaves e Arcoverde (2021) afirmam que “tanto mais as desigualdades existam, persistam e/ou se ampliem, tanto mais privadas de direitos estarão as populações expropriadas da sociedade” (pp.166-167).

2.4. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA COVID-19 E A RELAÇÃO COM INDICADORES SOCIAIS

No início de 2020, após a confirmação do primeiro caso de COVID-19 em território brasileiro, Albuquerque e Ribeiro (2021) relatam que havia certa expectativa a respeito do comportamento do vírus “em um país populoso, densamente urbanizado e de clima tropical” (p.1). Na ocasião, esperava-se que as temperaturas mais quentes em comparação ao hemisfério Norte fossem capazes de conter o número de infecções, no entanto, não foi isso o que aconteceu. As infecções, de acordo com os autores supracitados, foram condicionadas pelas desigualdades socioespaciais e contribuíram para o acirramento destas, portanto, os autores defendem que “a pandemia de COVID-19 pode ser analisada como um evento geográfico, um feixe de acontecimentos cuja realização e duração variam entre lugares, regiões e países” (p. 2-3). Dessa forma, territorializar a sua incidência permite observar a dinâmica e as consequências da pandemia em diferentes lugares.

Gorayeb et al. (2020) realizaram um mapeamento participativo dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 no município de Fortaleza (MF), no estado do Ceará (CE), no mês de abril de 2020, a partir de opiniões expostas por seus moradores, obtidas por meio do preenchimento de um questionário. Inicialmente, os resultados apontaram para a alta de casos suspeitos e confirmados em áreas nobres do MF, no entanto, esta situação se alterou rapidamente, pois, em 16 de abril, constatou-se que a doença avançava rapidamente para os bairros mais pobres, enquanto se observava a diminuição dos casos confirmados nos bairros mais abastados.

No mesmo sentido, Sanhueza-Sanzana et al. (2021) elaboraram um estudo mais substancial que analisou a associação entre as desigualdades sociais e sanitárias, condições socioeconômicas, segregação espacial e letalidade por COVID-19, no período de 1º janeiro a 8 de junho de 2020, também no MF, e concluíram que “a letalidade aparente por COVID-19 estava associada a piores condições socioeconômicas e de saúde, demonstrando a relação entre desigualdades sociais e desfechos de saúde em tempos de pandemia” (p. 1).

Ribeiro et al. (2021) analisaram, entre junho e agosto de 2020, dados que levaram à conclusão que a área mais rica do município do Rio de Janeiro (MRJ) contou com uma alta taxa de contágio, mas uma baixa taxa de letalidade por COVID-19, em oposição às áreas mais empobrecidas e de maior exposição às vulnerabilidades sociais urbanas, que “apresentaram maior taxa de mortalidade, apresentando um número de óbitos superior ao de muitos bairros ricos do município, mesmo quando apresentavam menor quantidade de pessoas infectadas” (p.

966). Esse resultado se deu em razão da sobreposição do IDH à taxa de letalidade por bairros, e deixou evidente que as áreas com maior IDH tiveram baixa taxa de mortalidade, em comparação com aquelas de menor IDH.

Passos (2021) investigou, em 2020, a desigualdade socioespacial da conurbação Belém-Ananindeua-Marituba, no estado do Pará (PA), e relacionou-a ao contexto da pandemia de COVID-19. A pesquisa se deu “por meio da comparação de mapas com indicadores sociais de renda, raça e gênero e da análise da relação entre a localização das unidades de saúde de observação e internação e os aglomerados subnormais”. Como resultado, os mapas apontaram, de forma geral, que os valores negativos dos indicadores sociais espacializados se sobrepuseram às mesmas porções excludentes do território, assim como as melhores faixas dos dados utilizados se encontraram nas parcelas restantes dos mapas. Nas regiões de exclusão social, o impacto das medidas de restrições sanitárias ocasionou a diminuição da renda desta população, o que levou à redução de opções de trabalho em condições sanitárias seguras. Em relação à localização das unidades de saúde de observação e internação e os aglomerados subnormais, identificou-se que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os hospitais do SUS que atenderam os casos graves de COVID-19 não coincidiram com “as áreas mais pobres, onde há altas densidades de moradores por domicílio, baixa renda e mulheres chefiando famílias”.

Considerando a desigualdade em saúde, Albuquerque e Ribeiro (2021) afirmam que ela resulta “da combinação de diferentes determinantes e dimensões das condições individuais, sociais, estruturais e conjunturais, tendo relação direta com as características do meio social e ambiental em que vive” (p. 3).

Filho et al. (2017, como citado por Pires et al., 2020), reforçam que nas periferias a carência de infraestrutura domiciliar proporciona um risco maior de contágio e propagação de doenças respiratórias. Já Albuquerque e Ribeiro (2021) explicam que nesses locais o déficit de esgotamento sanitário, de acesso à água, de produtos de higiene, de alimentos, de energia, de informação, de renda e de unidades de saúde, a falta de oportunidades de trabalho e mobilidade, dificultam o isolamento físico, a prevenção e o acesso aos serviços de saúde. Portanto, os lugares com maior risco ou vulnerabilidade apresentam relação direta com a difusão e a letalidade da COVID-19 em várias escalas regionais.

Por fim, os mesmos autores lembram, ainda, que “os espaços luminosos, isto é, mais ricos, fluidos e densificados, que se constituem como nós de redes de circulação e comunicação na escala nacional e global, serviram como plataformas de entrada e difusão para a COVID-19 nos países” (p. 4), como ocorreu em São Paulo, local do primeiro caso confirmado. Outras

metrópoles como o Rio de Janeiro, Manaus, Brasília e Fortaleza, assim como São Paulo, também serviram como as principais portas de entrada para a COVID-19 no país.

Diante do exposto, ressalta-se a importância de analisar os dados oficiais do município de São Paulo, tanto dos índices de propagação da COVID-19, como do IDH do território paulistano para identificar os problemas e compreender a razão pela qual o direito à cidade e o direito à saúde ainda não estão definitivamente assegurados.

3. MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente trabalho é um estudo ecológico, com abordagem quali-quantitativa, descritivo com componente analítico, com método de abordagem dedutivo. De acordo com Capp e Nienov (2020), um estudo ecológico avalia um grupo de indivíduos, em um período de tempo determinado.

O presente estudo classifica-se como ecológico porque visa compreender a distribuição espacial da ocorrência de infecções, internações e óbitos por COVID-19, como também de um indicador de desenvolvimento humano e sua relação com os indicadores de COVID-19.

Por ser um estudo quali-quantitativo, o método de pesquisa possui a combinação de dois aspectos: o qualitativo e o quantitativo. Rodrigues et al. (2021) explicam que o uso “de dados advindos de abordagens qualitativas e quantitativas pode ser muito importante para compreender eventos, fatos e processos, o que exige uma profunda análise e reflexão por parte do pesquisador” (p. 168). Isso porque o pesquisador realiza uma coleta de dados para confrontar experiências reais com a teoria que fundamenta suas observações, obedecendo à forma de apresentar os dados obtidos.

No que tange ao aspecto qualitativo, foram realizadas pesquisas na área jurídica de análise bibliográfica a partir de artigos publicados, em especial na plataforma *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), sobre os temas *Direito à Cidade*, *Direito à Saúde* e *Acesso à Saúde*, juntamente com a pesquisa doutrinária em *Direito Constitucional*, *Direito Administrativo*, *Direito Urbanístico* e *Direito Sanitário*. No que concerne à área de Saúde Pública, as pesquisas bibliográficas utilizaram principalmente as plataformas *SciELO*, *PubMed*, *Scopus* e *Web of Science* para a busca dos temas *Desigualdade no Acesso à Saúde*, *Desigualdades Socioespaciais*, *Desigualdade Vacinal*, *Vulnerabilidades Territoriais em Saúde*

e *COVID-19*, além de *Indicadores Socioespaciais*, em artigos científicos, tanto nacionais como internacionais, inclusive na área da geografia espacial, ainda que em menor escala.

Já no aspecto quantitativo, foram coletados e analisados dados sobre os casos confirmados de *COVID-19*, casos hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e óbitos por *COVID-19*, todos monitorados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e Ministério da Saúde (MS).

Este é um estudo descritivo porque, nas palavras de Fontelles et al. (2009), visa “observar, registrar e descrever características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, sem, no entanto, analisar o mérito de seu conteúdo”. Contudo, há também um componente analítico, visto que foi realizado um aprofundamento na análise das informações coletadas com o objetivo de explicar o fenômeno observado (Fontelles et al., 2009). Por fim, por partir de premissas verdadeiras para se obter uma conclusão final, o método deste trabalho se caracteriza como dedutivo.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO

O território do município de São Paulo apresenta uma área de 1.521,202 km², uma população estimada, para o ano de 2021, de 12.396.372 habitantes, e o Produto Interno Bruto (PIB), em 2020, de R\$ 622.100.000,00 (IBGE, 2021). De acordo com os dados disponibilizados pela Prefeitura Municipal de São Paulo, no portal *on-line* ObservaSampa, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), em 2021, foi de 10,27 por mil nascidos vivos, e o Índice de Envelhecimento (IE), aferido em 2020, foi de 82,20 idosos para cada 100 jovens. Além disso, é possível afirmar que, em 2020, o MSP tinha 470.797 famílias em situação de extrema pobreza, ou seja, vivendo com até ¼ (um quarto) do salário mínimo e, em 2021, havia a estimativa de 9,44% do total de domicílios serem de habitações subnormais.

Em relação ao saneamento básico, conforme dados do Painel de Saneamento do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), em 2020, as porcentagens de atendimento da população do MSP eram: 99,30% de abastecimento de água potável, 96,30% de atendidos pelo sistema de esgotamento sanitário e 99,10% de cobertura regular do serviço de coleta de resíduos sólidos (SNIS, 2022).

3.3. POPULAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo se concentra na população residente do MSP, que obteve o diagnóstico de COVID-19, incluindo os casos leves, internados ou óbitos registrados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do município paulistano nos anos de 2020, 2021 e 2022. A população foi considerada em sua totalidade, sem a distinção de idade, sexo, nível educacional ou econômico, sendo levada em conta a localização de sua moradia, de acordo com a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), o Distrito Administrativo (DA) e a Unidade de Desenvolvimento Humano (UDH) à qual pertence. O período de pesquisa se inicia na 9ª Semana Epidemiológica (SE) de 2020, que compreende as datas de 23 a 29 de fevereiro deste mesmo ano, visto que a data da notificação do primeiro caso de COVID-19 ocorreu em 26 de fevereiro de 2020; e termina na 52ª SE (última) de 2022.

3.4. FONTES DE DADOS

3.4.1. Casos Confirmados, Hospitalizações e Óbitos por COVID-19

As informações relativas aos casos confirmados, hospitalizações e óbitos por COVID-19 na população estudada foram obtidas a partir de tabulações *on-line* (TabNet), que é o sistema de tabulações de indicadores de saúde desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que “disponibiliza informações sobre saúde pública que servem para subsidiar análises objetivas da situação sanitária e tomadas de decisão baseadas em evidências” (DATASUS, 2014). Sobre as informações do MSP, a base de dados do TabNet é atualizada periodicamente pela SMS-SP, e fornece dados de população e dos Sistemas de Informações do SUS: mortalidade, nascidos vivos, procedimentos ambulatoriais, internações hospitalares, estabelecimentos de saúde, saúde da família, câncer, HIV/Aids, imunização, acidentes de trabalho, violências/acidentes, doenças de notificação compulsória e, mais recentemente, a COVID-19 (PMSP, 2020).

De acordo com a descrição do Ministério da Saúde (2022), no *Guia de Vigilância Epidemiológica de Covid-19*, a Síndrome Gripal (SG) é caracterizada pela presença de tosse e/ou febre, leve ou persistente; dor de garganta ou coriza, seguida ou não de anosmia (disfunção olfativa); ageusia (disfunção gustatória); mialgia (dor muscular); dor abdominal; diarreia; calafrios; fadiga e/ou cefaleia; adinamia (fraqueza muscular); prostração; hiporexia (falta de apetite); podendo haver a ocorrência de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.

Já a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) se caracteriza por ser uma Síndrome Gripal em que o doente apresenta dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada de lábios ou rosto, e que pode se tornar um caso crítico que se manifesta por “sepse, choque séptico, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva” (p.12).

Para a confirmação da COVID-19, a definição operacional publicada pelo Ministério da Saúde (2022), no *Guia de Vigilância Epidemiológica de Covid-19*, adota seis critérios para a sua determinação:

- a) Critério clínico: Caso de SG ou SRAG associado à anosmia ou ageusia aguda sem outra causa pregressa;
- b) Critério clínico-epidemiológico: Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas, com caso confirmado de COVID-19;
- c) Critério clínico-imagem: Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial e que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas: opacidade em vidro fosco ou sinal de halo reverso;
- d) Critério laboratorial em indivíduo não vacinado contra a COVID-19: Caso de SG ou SRAG com resultado detectável para SARS-CoV-2 obtido em teste de biologia molecular realizado pelos métodos RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP; caso de SG ou SRAG com resultado reagente em teste imunológico para IgM, IgA e/ou IgG realizado pelos métodos Ensaio imunoenzimático (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* – ELISA), Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA), Imunoensaio por Quimioluminescência (CLIA) ou Teste rápido Imunocromatográfico para detecção de anticorpos; e, caso de SG ou SRAG com resultado reagente para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno;
- e) Critério laboratorial em indivíduo vacinado contra a COVID-19: Caso de SG ou SRAG posterior à vacina recebida pelo indivíduo com resultado detectável para SARS-CoV-2 obtido em teste de biologia molecular realizado pelos métodos RT-PCR em tempo real ou RT-LAMP; ou com resultado reagente para SARS-CoV-2 em teste de pesquisa de antígeno pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno;
- f) Critério laboratorial em indivíduo assintomático: resultado detectável para SARS-CoV-2 obtido em teste de biologia molecular realizado pelos métodos RT-PCR em tempo

real ou RT-LAMP; ou com resultado reagente para SARS-CoV-2 em teste de pesquisa de antígeno pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno.

A Vigilância Epidemiológica do MS (2022) informa que o monitoramento, tanto dos casos de SG e SRAG hospitalizados, como de óbitos, é feito por meio de coleta de amostras clínicas (nasofaringe) e encaminhamento aos laboratórios de referência para a pesquisa de vírus respiratórios e da notificação/registro desses casos no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

O MS possui duas bases de dados oficiais de notificação de casos: o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), que é o sistema oficial para o registro dos casos e óbitos por SRAG (DATASUS, 2022), e o e-SUS Notifica, que registra os casos de SG leve ou moderada suspeitos ou confirmados de COVID-19. Ambas as plataformas são geridas pelo MS em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e formam a base de consulta do TabNet, ferramenta utilizada nesta pesquisa. Os dados são trabalhados de modo que as duplicidades de cada sistema são eliminadas e, em seguida, os casos são reprocessados de acordo com os critérios definidos pelo MS (SMS-SP, 2022a).

3.4.2. População

Os dados das populações do município de São Paulo, segundo sexo, faixa etária e região de moradia (DA e CRS), para fins de cálculo dos indicadores de interesse do estudo, foram obtidos no TabNet da SMS-SP, na Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados) e no IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

3.4.3. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O Índice de Desenvolvimento Humano, indicador que foi utilizado para mensurar a desigualdade intraterritorial no MSP, foi obtido na Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), por meio do Observatório de Indicadores da Cidade de São Paulo (ObservaSampa), que é uma plataforma que reúne indicadores capazes de mensurar a qualidade de vida dos paulistanos (PMSP, n.d.); e no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, uma plataforma onde é possível consultar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 5.565 municípios brasileiros e de suas respectivas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH),

organizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Fundação João Pinheiro (FJP) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

3.4.4. Mapas Digitais

As fontes para a consulta das camadas vetoriais digitais para fins de elaboração dos mapas temáticos do estudo foram o IBGE Geociências e a PMSP, por intermédio do portal do GeoSampa (Sistema de Consulta do Mapa Digital da Cidade de São Paulo), que é coordenado pela Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento (SMUL) de São Paulo e está de acordo com as diretrizes da legislação urbanística paulistana, incluindo o atual Plano Diretor Estratégico (PDE) – *Lei Municipal n.º 16.050* (2014), “que reúne dados georreferenciados sobre mais de 350 camadas relevantes da cidade, como saúde, zoneamento, rede de transporte público, bibliotecas, escolas e parques” (SMUL, 2022). Para a confecção dos mapas temáticos e as operações espaciais foram utilizados os Sistemas de Informação Geográfica (SIG) QGIS (versão 3.26, 2022) e ArcGIS (versão 10.7.1, 2019). As classes das legendas dos mapas foram definidas a partir do critério de quantis.

3.5. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISES ESPACIAIS DO ESTUDO

A gestão dos serviços de saúde, no âmbito municipal, é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que possui organização político-administrativa descentralizada que, atualmente, está em conformidade com o *Decreto Municipal n.º 59.685* (2020), o qual regulamenta a *Lei Municipal n.º 17.433* (2020).

Conforme o referido decreto, a estrutura básica da SMS-SP inclui seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que são parte integrante da Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde, distribuídas nas seguintes regiões municipais: Centro, Leste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul. Nos termos do § 3º, do inciso VI, do artigo 6º do *Decreto n.º 59.685* (2020), os estabelecimentos, unidades, serviços de saúde e Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) estão distribuídos pelo território do município, sob a gestão das CRS e das Supervisões Técnicas de Saúde (STS), dentro de suas respectivas áreas de abrangência.

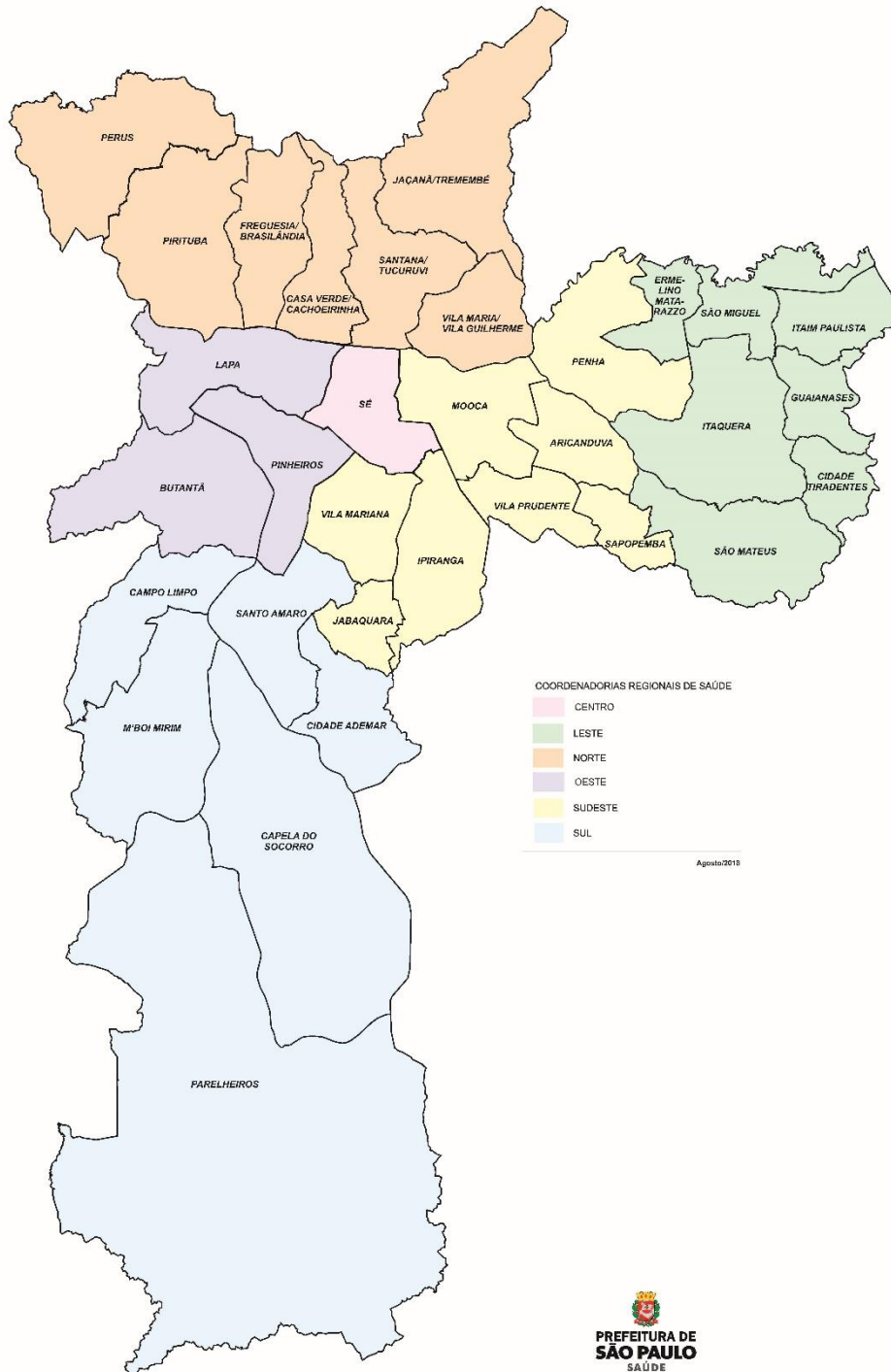
As atribuições das CRS estão previstas no artigo 44 do decreto supracitado, e incluem, entre outras, responder pela execução das políticas municipais de saúde em seu território em conformidade com as diretrizes ajustadas com o órgão central; acompanhar, participar e subsidiar os Subprefeitos de sua região quanto aos assuntos relacionados à saúde; e avaliar as

necessidades de saúde para o adequado dimensionamento da oferta assistencial e de recursos de saúde em sua área de abrangência, considerando o planejamento local e as políticas municipais de saúde (*Decreto n.º 59.685, 2020*).

A área de abrangência territorial das CRS se constitui das Subprefeituras de suas respectivas regiões. Assim, de acordo com a SMS-SP (2022b), a CRS Centro compreende a Prefeitura Regional Sé; a CRS Oeste, as Prefeituras Regionais Butantã, Lapa e Pinheiros; a CRS Leste abrange as Prefeituras Regionais Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus e São Miguel; a CRS Norte é composta pelas Prefeituras Regionais Casa Verde/Cachoeirinha, Freguesia/Brasilândia, Jaçanã/Tremembé, Perus, Pirituba, Santana/Tucuruvi e Vila Maria/Vila Guilherme; a CRS Sudeste abrange as Prefeituras Regionais Aricanduva/Formosa/Carrão, Ipiranga, Jabaquara, Mooca, Penha, Vila Mariana, Vila Prudente e Sapopemba; e, por fim, a CRS Sul envolve as Prefeituras Regionais Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Ademar, M'Boi Mirim, Parelheiros e Santo Amaro, totalizando 32 Subprefeituras (Figura 1).

Figura 1

Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde e suas respectivas Subprefeituras. Município de São Paulo, 2018.



Fonte: PMSP. Mapoteca. Estabelecimentos e Serviços de Saúde da Rede Municipal de São Paulo, 2018.

As Subprefeituras ou Prefeituras Regionais foram criadas pela *Lei Municipal n.º 13.399* (2002), e são órgãos da Administração Direta de apoio ao Poder Executivo Municipal, conforme disposto no artigo 2º da referida lei. De acordo com Secretaria Municipal das Subprefeituras de São Paulo (SMSUB), a finalidade é descentralizar as atividades típicas do Poder Executivo Municipal para que suas funções sejam exercidas “com maior autonomia, mais eficiência, participação popular e desenvolvimento local, com a missão de consolidar os instrumentos de democratização do Poder Público com o Orçamento Participativo e fortalecer a democratização da gestão pública e a participação no âmbito regional” (SMSUB, 2022).

Uma análise mais detalhada, com os estabelecimentos e serviços de saúde distribuídos territorialmente, inclui os Distritos Administrativos (DA), que são regiões próximas agrupadas de acordo com estudos elaborados pela PMSP que consideram fatores físico-territoriais, demográficos, urbanísticos, econômicos e político-administrativos para determinar seus limites (PMSP, 2015). A *Lei Municipal n.º 11.220* (1992) instituiu a divisão geográfica do MSP em 96 Distritos Administrativos, que permanecem até os dias atuais.

A descentralização administrativa-territorial dos serviços de saúde está em consonância com o princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) da descentralização, que entende ser esse o caminho para a prestação de serviços com maior qualidade e garantia de controle e fiscalização por parte dos cidadãos (MS, 2022a). O artigo 198 da Constituição Federal prescreve que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

Por Rede de Atenção à Saúde (RAS), Kuschnir et al. (2009) entendem que se trata de “um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população” (p. 123). As autoras destacam que existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção à saúde em rede e os objetivos da universalidade, equidade e integralidade, previstos na Lei Orgânica da Saúde (*Lei Federal n.º 8.080*, 1990), isso porque “em uma rede, os equipamentos e serviços não funcionam de forma isolada, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas” (p. 124).

Kuschnir et al. (2009), ao se posicionarem sobre a questão territorial no planejamento em saúde, afirmam ser necessário considerar a dinâmica de cada espaço, a mobilidade das pessoas, o que possibilita ou não sua permanência em determinado lugar, dentre outras questões. Reconhecem que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos, razão pela qual a

organização dos serviços é condição fundamental para que ofereçam os serviços de saúde necessários de forma apropriada.

Por fim, cabe discorrer sobre as Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS), que são unidades descentralizadas sob a coordenação da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), e estão localizadas nas seis regiões do município de São Paulo (Centro, Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul). Ao todo, são 28 UVIS que atuam nas seguintes áreas: Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, esta última de relevância para este trabalho, por estar relacionada aos programas de vacinação e controle de doenças epidêmicas (SMS-SP, 2019).

Considerando as CRS, as UVIS são organizadas conforme a disposição a seguir: a CRS Centro é composta pelas UVIS Santa Cecília e Sé; a CRS Oeste é constituída pelas UVIS Butantã e Lapa/Pinheiros; a CRS Leste é formada pelas UVIS Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaquera, Ermelino Matarazzo, Itaim Paulista, São Mateus e São Miguel; a CRS Norte é integrada pelas UVIS Casa Verde/Cachoeirinha, Freguesia do Ó/Brasilândia, Pirituba, Perus, Jaçanã/Tremembé, Santana/Tucuruvi e Vila Maria/Vila Guilherme; a CRS Sudeste é instituída pelas UVIS Ipiranga, Jabaquara/Vila Mariana, Mooca/Aricanduva, Penha e Vila Prudente/Sapopemba; e, por fim, a CRS Sul é composta pelas UVIS Campo Limpo, M'Boi Mirim, Santo Amaro/Cidade Ademar, Capela do Socorro e Parelheiros (SMS-SP, 2022c).

3.5.1. Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) do Município de São Paulo

As Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) são recortes territoriais que refletem regiões com homogeneidade socioeconômica, formadas com base nos setores censitários (SC) do IBGE (IPEA, n.d). Elas foram utilizadas pela PMSP, por intermédio da Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo de São Paulo (SDTE) e da Secretaria Municipal de Planejamento de São Paulo (SPSP), em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Fundação SEADE, para detalhar a análise das condições de vida das pessoas. Tratam-se de áreas que dispõem de diversos indicadores georreferenciados capazes de identificar a situação de vulnerabilidade de uma determinada região no município, e que fazem parte do Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de São Paulo. A PMSP explica que as UDHs são dotadas desses indicadores que permitem identificar e caracterizar cada uma das Subprefeituras (PMSP, 2009).

Com os Distritos Administrativos e as Coordenadorias Regionais de Saúde caracterizados de acordo com o seu Índice de Desenvolvimento Humano, conferido para as

UDHs, e de posse dos dados de casos de infecção por COVID-19, SRAG hospitalizados e óbitos por COVID-19, foram estabelecidas comparações dos dados obtidos entre as diferentes localidades do MSP, com a finalidade de entender o diferencial espacial entre elas. Este ponto do trabalho contou com o georreferenciamento das informações e a elaboração de mapas que representam a dinâmica do avanço da COVID-19 no MSP, a fim de facilitar a visualização do conteúdo trazido e debatido no corpo deste estudo.

Assim, além das 1.593 UDHs do MSP, também foram consideradas, para fins da distribuição espacial e de representação dos dados e indicadores desta pesquisa, os 96 Distritos Administrativos e as seis Coordenadorias Regionais de Saúde do município.

3.6. ANÁLISES DO ESTUDO

3.6.1. Indicadores de COVID-19

Para o cálculo dos indicadores de COVID-19, foram considerados os seguintes dados, devidamente notificados, conforme as determinações do Ministério da Saúde (2022) contidas no *Guia de Vigilância Epidemiológica de Covid-19*:

- a) Infecção: casos assintomáticos ou leves, com confirmação laboratorial por biologia molecular, teste de antígeno ou exame imunológico que evidenciam infecção recente por COVID-19, registrados no sistema e-SUS Notifica;
- b) Hospitalização: casos de SRAG hospitalizados, independentemente da origem da doença, confirmados para COVID-19, notificados no sistema SIVEP-Gripe;
- c) Óbitos: óbitos por SRAG, independentemente de hospitalização, notificados no SIVEP-Gripe.

De acordo com o *Guia de Vigilância Epidemiológica de Covid-19* (MS, 2022b), profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, além de todos os laboratórios das redes pública, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional, devem notificar os resultados de testes diagnósticos para a detecção da COVID-19, nos termos da *Portaria GM/MS n.º 1.792* (2020) e da *Portaria GM/MS n.º 1.046* (2021).

A *Portaria GM/MS n.º 1.102* (2022) incluiu a notificação de SARS-CoV-2, a COVID-19, as Síndromes Inflamatórias Multissistêmicas Pediátrica (SIM-P) e em Adultos (SIM-A) associadas à COVID-19 na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território

nacional. Atualmente, a Portaria de Notificação Compulsória em vigor no Brasil é *Portaria GM/MS n.º 217* (2023).

3.6.2. Indicador de Desigualdade

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) conceitua o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como um indicador de desenvolvimento humano mais amplo do que o pautado exclusivamente no desenvolvimento econômico (PNUD, n.d.). Publicado regularmente, “o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) tem autonomia editorial garantida por uma resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas” e apresenta “dados e análises relevantes à agenda global”, além de abordar “questões e políticas públicas que colocam as pessoas no centro das estratégias de enfrentamento aos desafios do desenvolvimento” (PNUD, n.d.). O Brasil possui cinco RDHs, tendo o último sido publicado em 2019, com a abordagem claramente relacionada ao enfrentamento dos desafios das mudanças climáticas, e a necessidade de aproveitar o progresso tecnológico para reduzir as desigualdades (PNUD, 2019).

Considerando que o foco do IDH são as pessoas, desde 2010 o seu cálculo se fundamenta em três pilares: saúde, educação e renda. No que tange à saúde, considera-se a expectativa de vida dos indivíduos; em relação à educação, leva-se em consideração a média de anos de educação de adultos e a expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar; e, por fim, a renda, que é medida pela “Renda Nacional Bruta (RNB) *per capita* expressa em poder de paridade de compra (PPP) constante, em dólar, tendo 2005 como o ano de referência” (PNUD, n.d.).

Duarte (2010) esclarece que o IDH varia de 0 a 1, e é classificado como baixo (valores entre 0 e 0,499), médio (valores entre 0,500 e 0,799), elevado (valores entre 0,800 e 0,899) e muito elevado (valores iguais ou acima de 0,900). O índice é calculado anualmente, e foi adotado pela Administração Pública brasileira na sua expressão regional, configurando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), para a análise das condições da população. Esses dados estão disponíveis no Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, que “compreende um banco de dados eletrônico com informações socioeconômicas sobre todos os municípios e estados do país e Distrito Federal” (PNUD, n.d.).

Além do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, os dados do IDH de todas as cidades e estados brasileiros estão disponíveis para consulta no IBGE, em seu sistema agregador de informações chamado Cidades@ (IBGE, n.d.). E, por fim, a PMSP mantém a

plataforma *on-line* ObservaSampa, que reúne indicadores capazes de mensurar a qualidade de vida dos paulistanos, o acesso a equipamentos, assim como indicadores de desempenho da gestão pública municipal (PMSP, n.d.).

3.6.3. Relação entre Indicadores de COVID-19 e o Indicador de Desigualdade - IDH

Este trabalho se propôs a investigar, de forma exploratória, a relação entre os indicadores de COVID-19 e um indicador de desigualdade no território do MSP – o Índice de Desenvolvimento Humano. Para tanto, os dados de interesse para a conformação desses indicadores foram obtidos nas bases de dados descritas anteriormente, e os indicadores foram distribuídos territorialmente, segundo as unidades de análise espacial informadas – UDHS (somente o IDH), Distritos Administrativos (Indicadores de COVID-19 e IDH) e Coordenadorias Regionais de Saúde. A seguir, os indicadores foram dispostos espacialmente em mapas temáticos, a fim de dar visibilidade às diferenças entre as diversas regiões do MSP. Desse modo, a partir da disposição, de forma regionalizada, dos indicadores de COVID-19 e do indicador de desigualdade (IDH), foi possível verificar a relação entre esses conjuntos de indicadores por meio da visualização e da comparação entre os mapas.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho foi elaborado com informações adquiridas em bases de dados secundários, disponibilizados por diversos órgãos e instituições, sem que tenha ocorrido o contato direto com indivíduos ou grupos populacionais, ou a sua identificação. Ainda assim, a pesquisa segue as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos dispostas na *Resolução n.º 466* (2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e na *Lei Federal n.º 13.709* (2018), Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), com especial atenção ao sigilo e à privacidade dos indivíduos cujos dados foram utilizados neste estudo.

4. RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados gerais das análises descritivas dos casos confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo o tipo de caso (Síndrome Gripal – SG, Síndrome Respiratória Aguda Grave internados – SRAG e Óbitos), nos anos de 2020, 2021 e 2022.

Para cada conjunto de dados (SG, SRAG e Óbitos), como também para cada ano (2020, 2021 e 2022), os casos foram avaliados em relação aos aspectos sociodemográficos, como sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade; e sua evolução temporal foi analisada por meio da curva epidêmica dos casos e das taxas por 100.000 habitantes. Na sequência, apresenta-se a variação espaço-temporal das taxas da doença (por 1.000 habitantes), segundo os distritos administrativos de residência no município de São Paulo. Por fim, é realizada uma análise comparativa entre as dispersões territoriais e temporais das taxas mencionadas e a distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nos distritos administrativos do município de São Paulo.

O banco de dados de síndrome gripal contabilizou um total de 2.146.630 casos confirmados de COVID-19 nos anos de 2020 a 2022, sendo 579.873 (27,01%) em 2020, 885.566 em 2021 (41,25%) e 681.191 em 2022 (31,73%). O banco de casos de SRAG internados por COVID-19 contou com 174.556 casos, sendo 70.050 (40,13%) no ano de 2020, 85.362 (48,90%) em 2021 e 19.144 (10,97%) em 2022. Já o banco dos óbitos confirmados para a doença totalizou 47.017 pessoas, sendo 17.476 (37,17%) em 2020, 25.995 (55,29%) em 2021 e 3.546 (7,54%) em 2022.

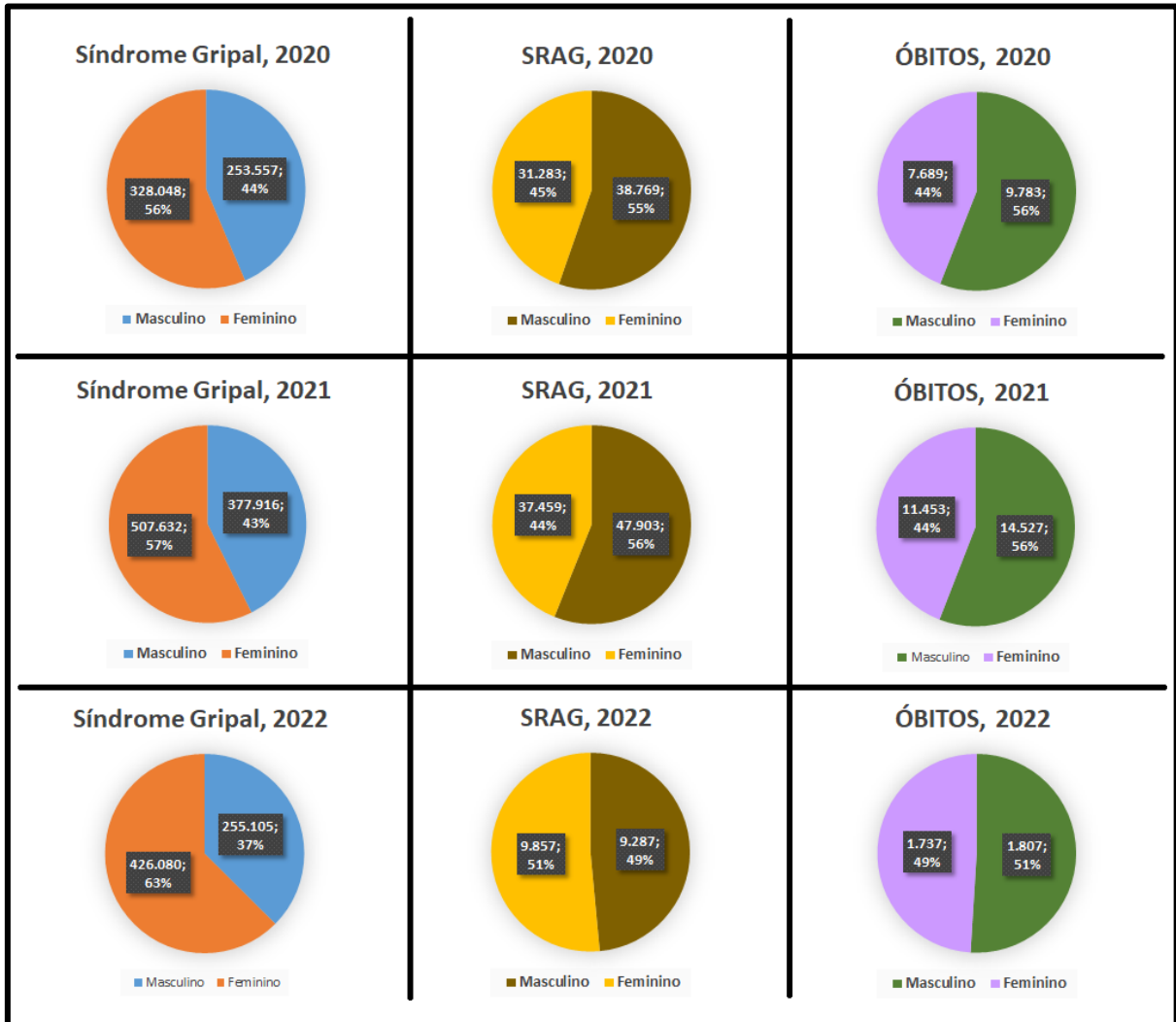
4.1. DESCRIÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 (SG, SRAG INTERNADOS E ÓBITOS) RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO ENTRE 2020 E 2022

4.1.1. Distribuição Segundo Sexo

Nota-se que as mulheres corresponderam à maioria dos casos de síndrome gripal nos três anos seguidos, com proporções de 56% dos casos (2020); 57% (2021) e 63% (2022). Já entre os casos de SRAG internados e óbitos, predominaram os homens, que responderam, nos anos de 2020, 2021 e 2022, respectivamente, por 55%, 56% e 49% das internações por SRAG e 56%, 56% e 51% dos óbitos (Figura 2).

Figura 2

Casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos por COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo sexo e ano de início dos sintomas, 2020-2022.



Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Casos de síndrome gripal, SRAG e óbitos confirmados para COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

Nota: foram excluídos desta análise 191 casos de síndrome gripal por COVID-19 com sexo ignorado (167 em 2020, 18 em 2021 e 6 em 2022); 156 casos de síndrome gripal por COVID-19 com data de início dos sintomas incorreta (ano de início dos sintomas informado anterior a 2020) e 21 óbitos por COVID-19 com sexo ignorado (4 em 2020, 15 em 2021 e 2 em 2022).

4.1.2. Distribuição Segundo Faixa Etária

Dentre os casos de síndrome gripal, predomina o grupo pertencente à faixa etária de 30 a 39 anos, nos três anos analisados (22,84%), que respondeu por 25,54% (2020); 23,35% (2021)

e 19,88% (2022) dos casos. Em segundo lugar está a faixa etária de 20 a 29 anos (20,41% no total), com proporções de 20,50% (2020), 22,47% (2021) e 17,66% (2022) (Tabela 1).

No que tange aos casos hospitalizados por SRAG, o MSP teve sua maior concentração nos indivíduos pertencentes à faixa etária dos 70 anos e mais - 30,67% (todos os anos); 30,94% (2020); 25,59% (2021) e 52,35% (2022), seguida imediatamente pelos indivíduos das faixas etárias de 60 a 69 anos (19,26% no total) e 50 a 59 anos (18,60% no total). Percebe-se, portanto, uma concentração de adultos mais idosos internados, em comparação aos casos de síndrome gripal (Tabela 1).

Por fim, entre os óbitos por COVID-19, os mais acometidos também foram os idosos com 70 anos e mais, que corresponderam a 50,14% dos óbitos no intervalo de 2020 a 2022 (56,66% em 2020; 42,65% em 2021 e 72,92% em 2022). A seguir, estão os idosos da faixa de 60 a 69 anos (22,80%) e adultos da faixa de 50 a 59 anos (14,53%). Assim, a faixa etária de idosos respondeu por quase 73% dos óbitos de residentes no MSP (Tabela 1).

Chama a atenção que o ano de 2022 apresentou uma queda importante do total de internações e óbitos em comparação aos anos anteriores – as internações em 2020 eram 70.000; em 2021 eram 85.317, e em 2022, 19.134. Já os óbitos passaram de 17.472 em 2020 para 25.989 em 2021, caindo para 3.545 em 2022. Nessa queda dos números absolutos de internações e óbitos, os idosos (60 anos e mais) acabaram ganhando maior representatividade nos grupos de internações e óbitos. Em 2020, os idosos representavam 51,21% das internações e 78,78% dos óbitos; em 2021 essas proporções caíram para 45,25% das internações e 67,05% dos óbitos; e em 2022 aumentaram para 66,19% das internações e 87,39% dos óbitos (Tabela 1).

Tabela 1

Casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos por COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo faixa etária e ano de início dos sintomas, 2020-2022.

ANO	Faixa Etária (anos)	Síndrome Gripal		SRAG		Óbito	
		N	%	N	%	N	%
2020	0-4	7.526	1,29	541	0,77	18	0,10
	5-9	7.176	1,23	154	0,22	6	0,03
	10-19	34.764	5,98	442	0,63	28	0,16
	20-29	119.269	20,50	2.506	3,58	105	0,60
	30-39	148.578	25,54	7.080	10,11	470	2,69
	40-49	120.289	20,68	10.528	15,04	984	5,63
	50-59	77.586	13,34	12.906	18,44	2.097	12,00
	60-69	41.499	7,13	14.187	20,27	3.864	22,12
	70-mais	25.001	4,30	21.656	30,94	9.900	56,66
	Total	581.688	100,00	70.000	100,00	17.472	100,00
2021	0-4	16.806	1,90	820	0,96	13	0,05
	5-9	13.246	1,50	184	0,22	5	0,02
	10-19	71.162	8,04	529	0,62	37	0,14
	20-29	198.954	22,47	3.146	3,69	283	1,09
	30-39	206.759	23,35	9.469	11,10	1.175	4,52
	40-49	169.930	19,19	14.686	17,21	2.556	9,83
	50-59	113.516	12,82	17.879	20,96	4.495	17,30
	60-69	59.980	6,77	16.771	19,66	6.341	24,40
	70-mais	35.055	3,96	21.833	25,59	11.084	42,65
	Total	885.408	100,00	85.317	100,00	25.989	100,00
2022	0-4	19.747	2,90	1.382	7,22	22	0,62
	5-9	16.031	2,35	242	1,26	2	0,06
	10-19	46.595	6,84	329	1,72	16	0,45
	20-29	120.266	17,66	671	3,51	30	0,85
	30-39	135.381	19,88	988	5,16	41	1,16
	40-49	124.938	18,34	1.192	6,23	98	2,76
	50-59	94.579	13,89	1.664	8,70	238	6,71
	60-69	67.832	9,96	2.649	13,84	513	14,47
	70-mais	55.688	8,18	10.017	52,35	2.585	72,92
	Total	681.057	100,00	19.134	100,00	3.545	100,00
TOTAL	0-4	44.079	2,05	2.743	1,57	53	0,11
	5-9	36.453	1,70	580	0,33	13	0,03
	10-19	152.521	7,10	1.300	0,75	81	0,17
	20-29	438.489	20,41	6.323	3,62	418	0,89
	30-39	490.718	22,84	17.537	10,05	1.686	3,59
	40-49	415.157	19,33	26.406	15,14	3.638	7,74
	50-59	285.681	13,30	32.449	18,60	6.830	14,53
	60-69	169.311	7,88	33.607	19,26	10.718	22,80
	70-mais	115.744	5,39	53.506	30,67	23.569	50,14
	Total	2.148.153	100,00	174.451	100,00	47.006	100,00

Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos confirmados para COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

Nota: foram excluídos 370 casos de síndrome gripal (SG) por COVID-19 com idade ignorada (78 em 2020, 158 em 2021 e 134 em 2022); 156 casos de SG por COVID-19 cuja data de início dos sintomas estava incorreta (ano de início dos sintomas informado anterior a 2020); 107 casos de SRAG internados por COVID-19 com idade ignorada (52 em 2020, 45 em 2021 e 10 em 2022) e 11 óbitos por COVID-19, também com idade ignorada (4 em 2020, 6 em 2021 e 1 em 2022).

4.1.3. Distribuição Segundo Raça/Cor

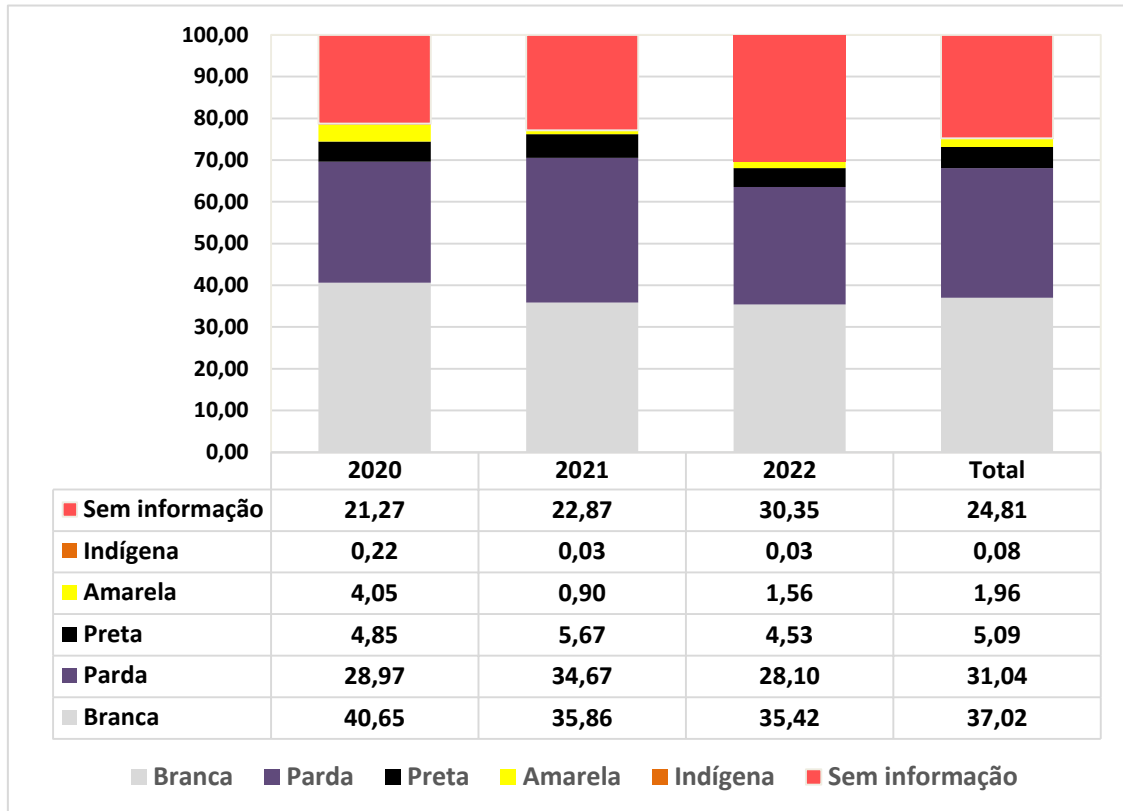
Quanto ao quesito raça/cor, no período de 2020 a 2022, os casos de síndrome gripal foram constituídos, majoritariamente, pela população branca, que correspondeu a 37,02% considerando-se todo o período. Em segundo lugar, os pardos representaram 31,04% dos infectados, seguidos pelos pretos (5,09%). Amarelos e indígenas contabilizaram, respectivamente, 1,96% e 0,08% dos casos de SG. Nota-se, todavia, que uma parcela significativa da população estudada - 24,81% - não teve sua raça/cor identificada nos registros dos casos testados positivos para a doença. Destaca-se, como a principal variação na comparação dos anos, o aumento da proporção de indivíduos da raça/cor parda em 2021 (34,67%), que ficou bastante próxima da branca (35,86%) (Figura 3).

Já no estudo dos casos de SRAG internados, a maioria também pertence à raça/cor branca (46,95% de todos os casos). Em segundo lugar estão os pardos (22,71%), seguidos dos pretos (4,78%). Assim como nos casos de síndrome gripal, uma parcela significativa da população internada com SRAG - 23,54% - não teve sua raça/cor identificada. A raça/cor branca atingiu a maior proporção dentre os casos de SRAG em 2022, com 50,78% das internações, em detrimento da queda dos pardos neste ano (15,95%), comparado aos anos anteriores (Figura 4).

No que se refere aos óbitos por COVID-19, é expressivo o número de indivíduos da raça/cor branca, 63,66% de todos os casos, considerando-se os três anos do estudo, sendo ainda maior em 2022 (72,98%). Outro destaque é para a raça/cor preta, com 8,92% dos óbitos, tendo em vista que sua representatividade nos casos de SG e SRAG internados foram menores, de 5,09% e 4,78%, respectivamente. A proporção de casos ignorados quanto a esse quesito é bem menor entre os óbitos (2,72%) (Figura 5).

Figura 3

Casos de síndrome gripal confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo raça/cor e ano de início dos sintomas, 2020-2022.

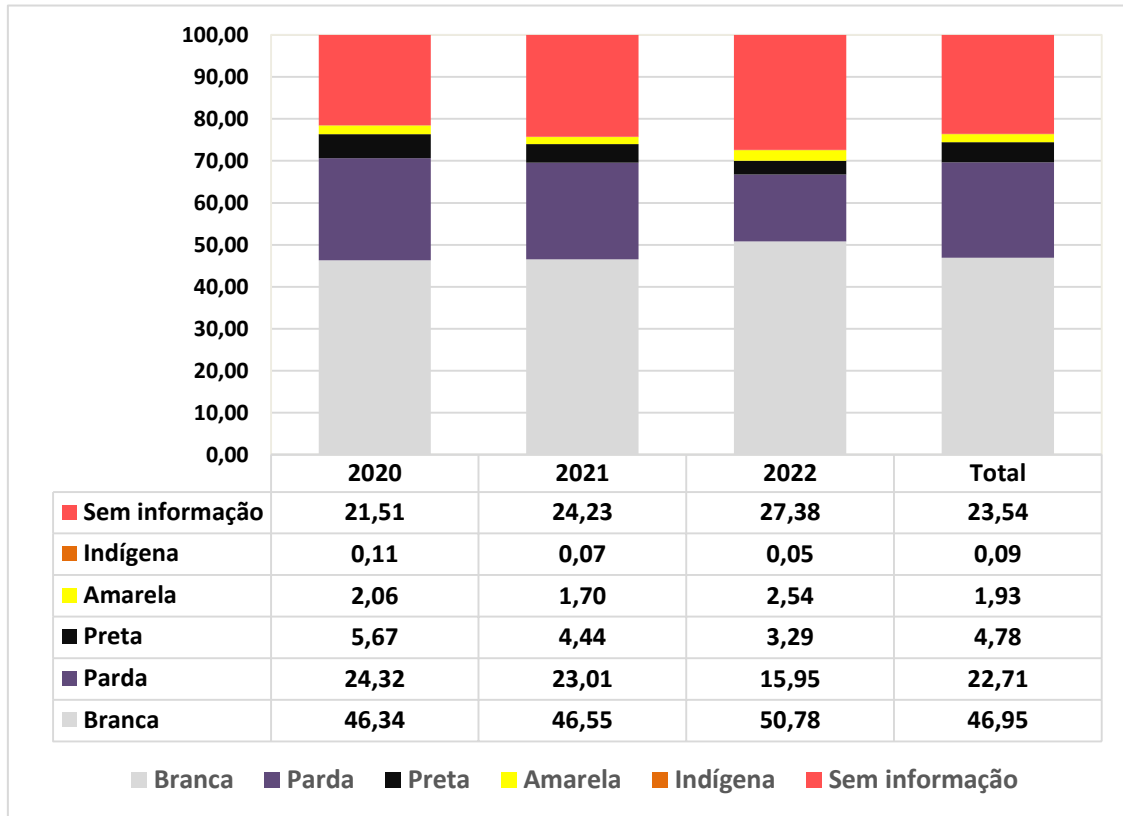


Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Casos de síndrome gripal confirmados para COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

Nota: 156 casos de síndrome gripal por COVID-19 foram excluídos desta análise, por apresentarem data de início dos sintomas incorreta (ano de início dos sintomas informado anterior a 2020).

Figura 4

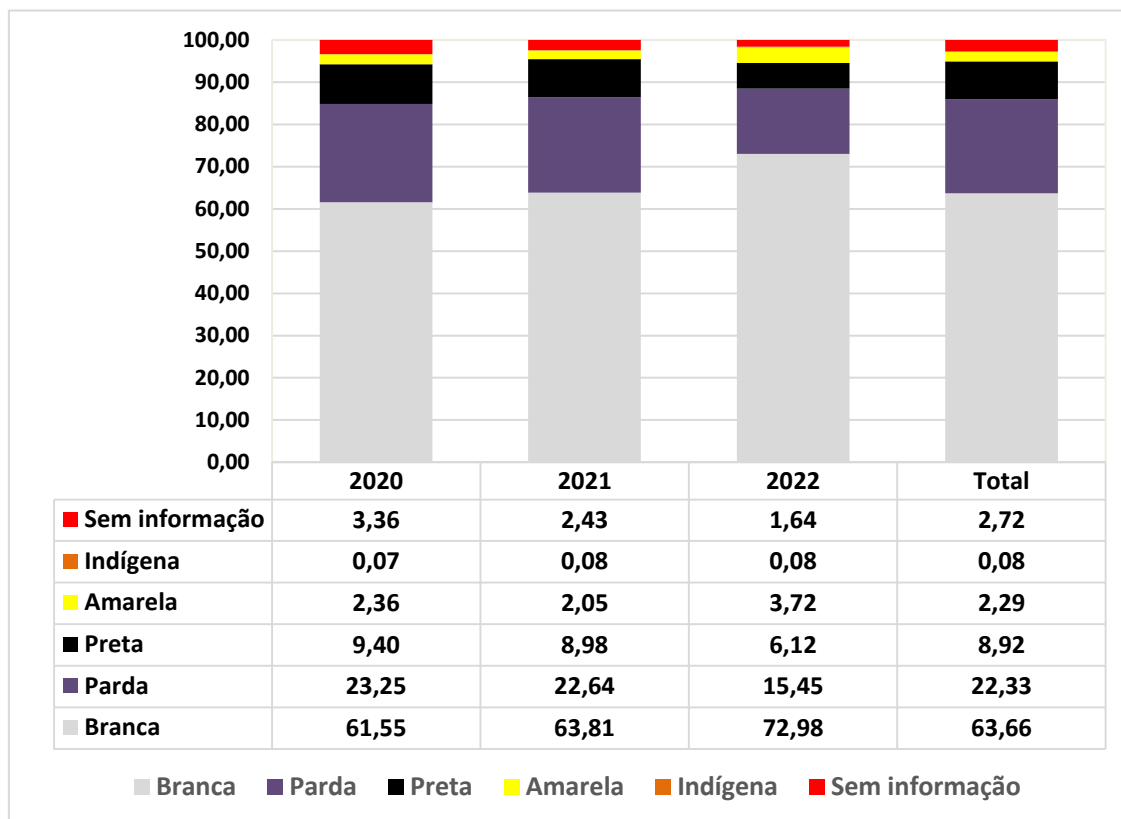
Casos de SRAG internados confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo raça/cor e ano de início dos sintomas, 2020-2022.



Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Casos de SRAG internados por COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

Figura 5

Óbitos por COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo raça/cor e ano de início dos sintomas, 2020-2022.



Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Óbitos confirmados para COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

4.1.4. Distribuição Segundo Escolaridade

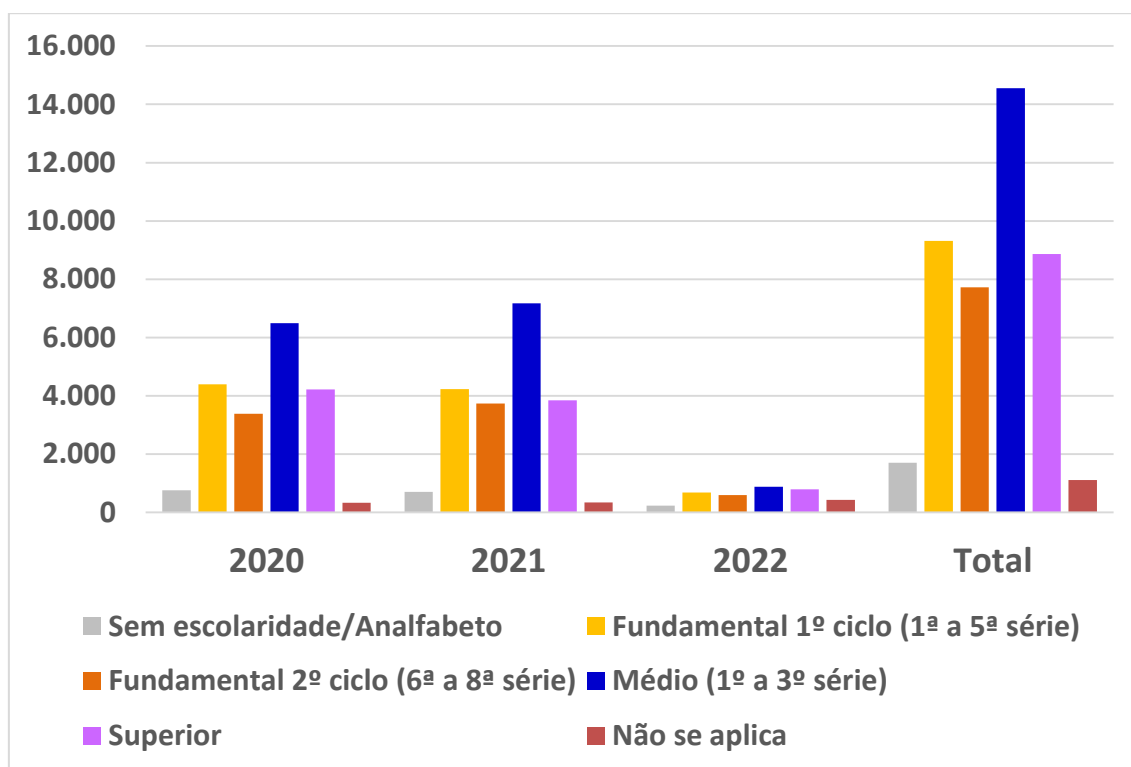
Cabe destacar, inicialmente, que a variável escolaridade não foi disponibilizada para os casos de Síndrome Gripal no TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Com relação aos casos internados por SRAG, observa-se o predomínio de indivíduos com ensino médio completo - 14.552 casos, seguido do ensino fundamental (1º. ciclo – 1ª. a 5ª. série), com 9.313 casos (Figura 6). Ressalta-se, no entanto, que a escolaridade não foi preenchida para 75,21% dos casos de SRAG internados (131.283 do total de 174.556), o que prejudicou bastante a análise dessa informação.

No que tange aos óbitos por COVID-19, predominam indivíduos com apenas 1 a 3 anos de estudo – 12.597 casos (26,79%), seguidos de pessoas com 8 a 11 anos de estudo – 12.067 (25,66%), que, no ano de 2021, ficaram em primeiro lugar. Do total de óbitos, 2.821 (6,00%)

não tinham nenhuma escolaridade, e os óbitos com escolaridade não informada totalizaram 4.268 (9,08%) (Figura 7).

Figura 6

Casos de SRAG internados confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo grau de escolaridade e ano de início dos sintomas, 2020-2022.

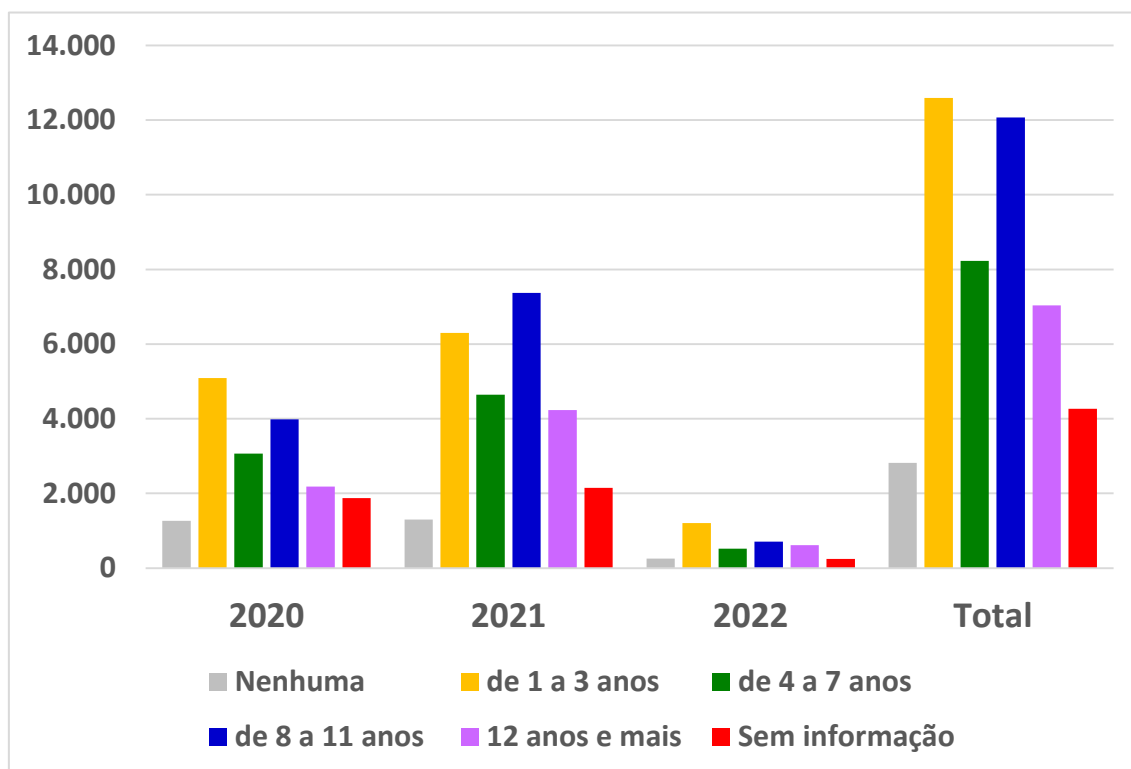


Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Casos de SRAG internados confirmados para COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

Nota: Os casos de SRAG internados confirmados para COVID-19 sem informação sobre escolaridade, que totalizaram 131.283 (75,21% dos casos, sendo 72,04% em 2020; 76,52% em 2021 e 80,98% em 2022), não foram incluídos nesta análise.

Figura 7

Óbitos por COVID-19, residentes no município de São Paulo, segundo escolaridade (anos de estudo) e ano de início dos sintomas, 2020-2022.



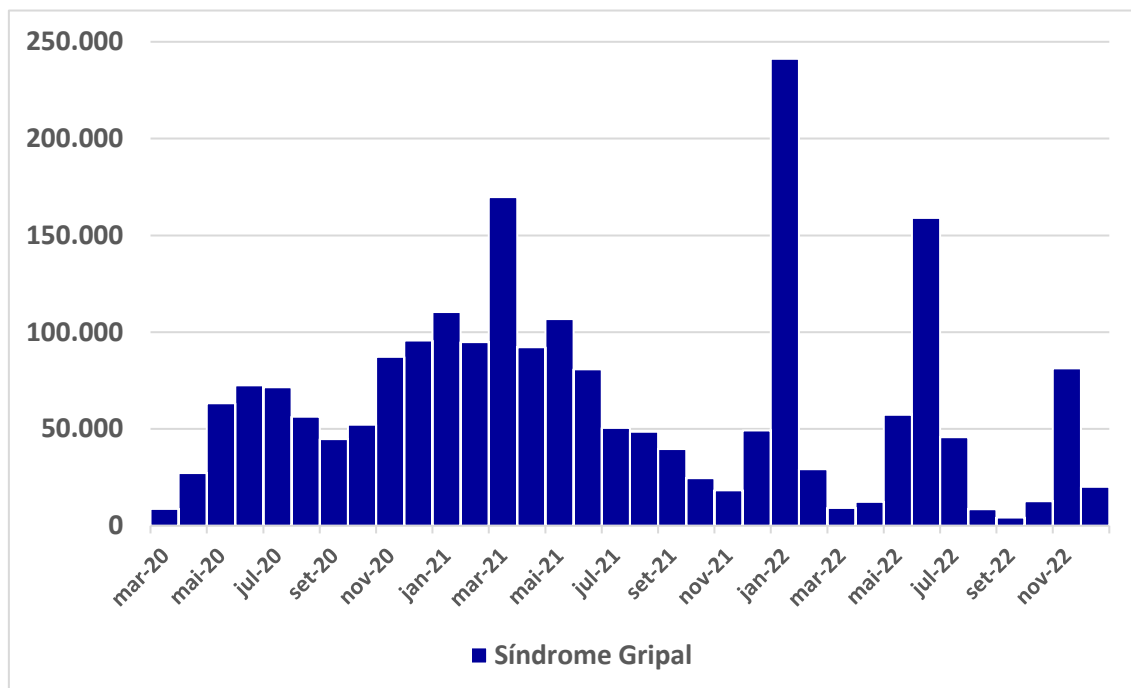
Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Óbitos confirmados para COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

4.1.5. Distribuição Temporal

Um olhar para a curva epidêmica de COVID-19 no município de São Paulo entre os anos de 2020 e 2022 revela diferenças na comparação entre os casos de síndrome gripal, casos internados por SRAG e óbitos pela doença. Na curva de SG, observam-se algumas ondas da doença entre março e outubro de 2020, entre novembro de 2020 e novembro de 2021, e depois, ondas mais curtas, com aumentos e quedas bruscas, de cerca de quatro meses de duração cada, no ano de 2022. A primeira onda atinge o pico em junho/2020, com 71.631 casos de SG. Já a segunda onda atinge o valor máximo em março/2021, com 169.791 casos, e, no ano de 2022, o pico se dá no mês de janeiro, quando se contabilizaram 241.242 casos, o maior número de casos de SG observado em todo o período pandêmico (Figura 8).

Figura 8

Curva epidêmica dos casos de síndrome gripal confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo mês e ano de início dos sintomas, 2020-2022.



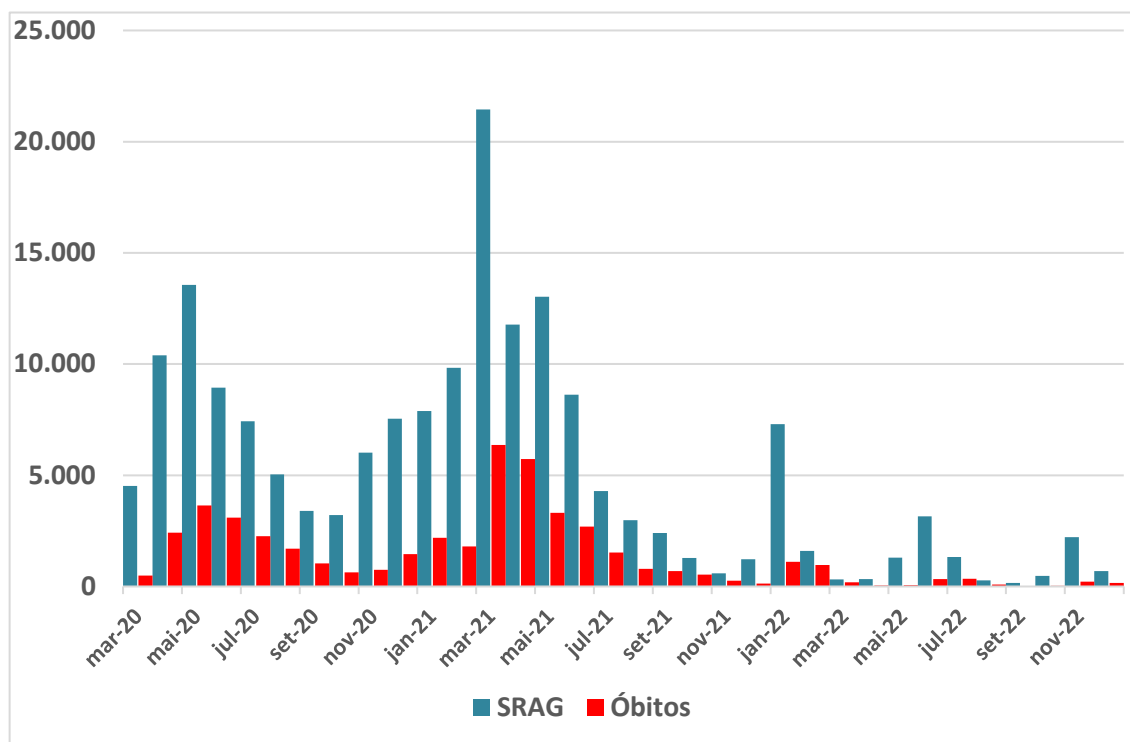
Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Casos de síndrome gripal confirmados para COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

Nota: Foram excluídos desta análise 1.899 casos de síndrome gripal por COVID-19, por apresentarem data de início dos sintomas ignorada.

No que tange à distribuição temporal das internações por SRAG e dos óbitos residentes no município de São Paulo, a análise da curva epidêmica evidencia também algumas ondas, de forma semelhante à distribuição temporal dos casos de síndrome gripal, sendo a primeira onda observada entre março e outubro de 2020; a segunda entre novembro de 2020 e novembro de 2021; e a terceira cursando em picos, com durações de três a quatro meses, em 2022. Os picos de internações por SRAG se deram nos meses de maio de 2020 (13.565); março de 2021 (21.454) e janeiro de 2022 (7.294). Já em relação aos óbitos, estes seguiram os mesmos períodos de picos das internações, com 3.637 em maio de 2020; 6.366 em março de 2021, contudo, sem um pico evidente em 2022, com o maior número de óbitos (1.113) ocorrendo no mês de janeiro deste ano (Figura 9).

Figura 9

Curva epidêmica dos casos de SRAG internados e óbitos confirmados para COVID-19 residentes no município de São Paulo, segundo mês e ano de início dos sintomas, 2020-2022.



Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Casos de SRAG internados e óbitos confirmados para COVID-19: TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

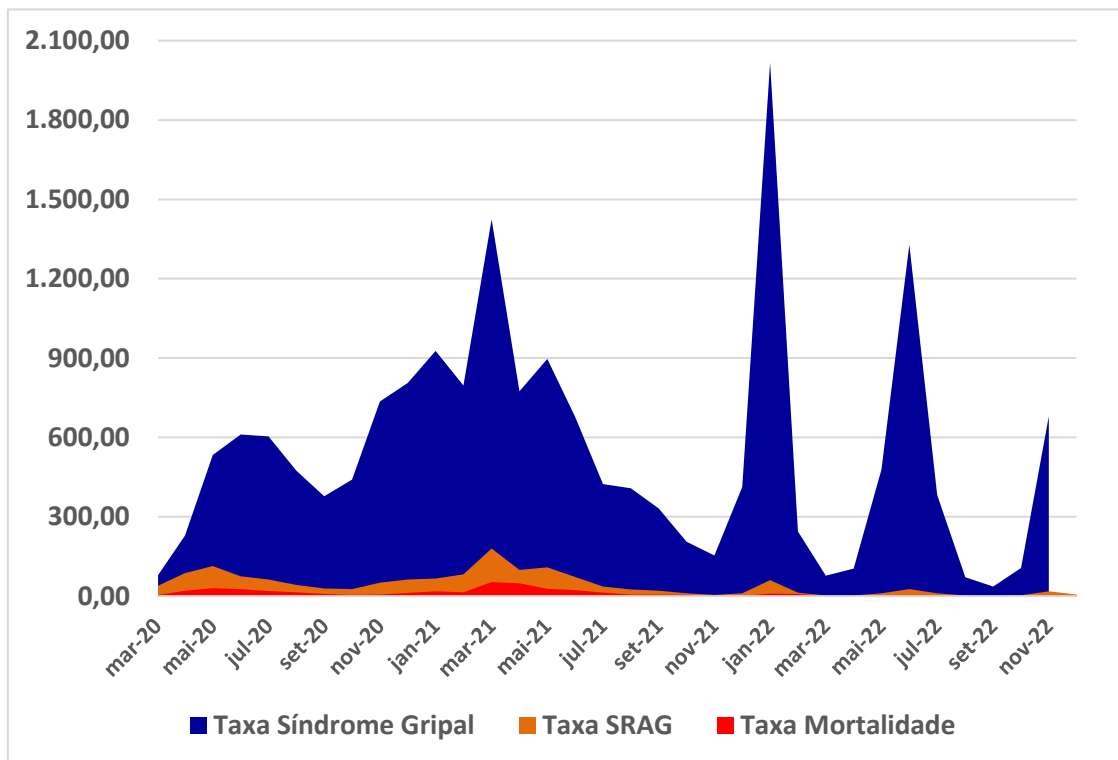
Nota: foram excluídos desta análise 02 casos de SRAG internados por COVID-19, cuja data de início dos sintomas não foi informada corretamente.

A evolução das taxas de síndrome gripal, de casos de SRAG internados e de óbitos (por 100.000 habitantes), entre os anos de 2020 e 2022, pode ser observada na Figura 10. Como a população estimada para cada ano é constante, os picos e as ondas apresentam a mesma configuração das curvas epidêmicas (Figuras 10 e 11). Contudo, o uso da taxa permite observar a evolução da doença ajustada pela população total em cada ano. Dessa forma, no ano de 2020, a maior taxa (por 100.000 habitantes) de síndrome gripal incide em junho (611,47); em 2021 esse pico se dá no mês de março (1.425,04) e, em 2022, a maior taxa é observada em janeiro (2.017,04), sendo esta a maior em todo o período analisado neste estudo. As taxas de SRAG são maiores em maio de 2020 (114,28), março de 2021 (180,06) e janeiro de 2022 (60,99). Já a mortalidade, no ano de 2020, foi maior em maio (30,64); em 2021 atingiu seu pico em março (53,43) e em 2022 a pior taxa foi observada no mês de janeiro (9,31). Ressalta-se, ainda,

considerando todo o período analisado, que o pico de casos de síndrome gripal é observado em janeiro de 2022; já o de internações por SRAG e de óbitos, em março de 2021 (Figura 10).

Figura 10

Evolução das taxas (por 100.000 habitantes) de síndrome gripal, SRAG internados e mortalidade por COVID-19 em residentes no município de São Paulo, segundo mês e ano de início dos sintomas, 2020-2022.



Fonte: elaborado por Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho. Casos de síndrome gripal, SRAG e óbitos confirmados para COVID-19 e população residente do município de São Paulo (2020-2022): TabNet da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, fevereiro de 2023.

Nota: foram excluídos desta análise 1.899 casos de síndrome gripal e 02 casos de SRAG internados por COVID-19 com data de início dos sintomas ignorada.

4.2. DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DOS CASOS DE SÍNDROME GRIPAL, CASOS HOSPITALIZADOS E ÓBITOS POR COVID-19

A distribuição espacial e espaço-temporal dos casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos por COVID-19 foi analisada conforme a divisão territorial do município de São Paulo em Distritos Administrativos (DA) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) de residência dos casos, para cada ano, no período de 2020 a 2022.

A primeira análise foi efetuada para os casos de síndrome gripal, também chamados de casos leves. A segunda envolve os casos de SRAG internados, e a terceira, os óbitos causados pela doença. Para cada grupo analisado é exposta uma série temporal de mapas temáticos das respectivas taxas (por 1.000 habitantes), com recortes semestrais (janeiro-junho e julho-dezembro), de modo a permitir um maior detalhamento da variação espacial dos fenômenos estudados no tempo.

4.2.1. Distribuição Espaço-Temporal dos Casos de Síndrome Gripal por COVID-19

A análise da distribuição espaço-temporal das taxas (por 1.000 habitantes) de síndrome gripal (SG) por COVID-19 denota um importante aumento das taxas comparando-se o primeiro e segundo semestres de 2020. No primeiro semestre, as taxas variam entre 8,66 e 27,60 por 1.000 habitantes, e no segundo semestre, de 20,50 a 51,28. No primeiro semestre desse ano, as maiores taxas estão nas fronteiras entre as regiões leste e sudeste, e na fronteira entre as regiões oeste e sul, sendo a região norte e o extremo sul do município aqueles com as menores taxas. Já no segundo semestre, chama a atenção a concentração das taxas de SG na região sudeste do município, agora com algum avanço para a região norte (Figura 11 – A e B).

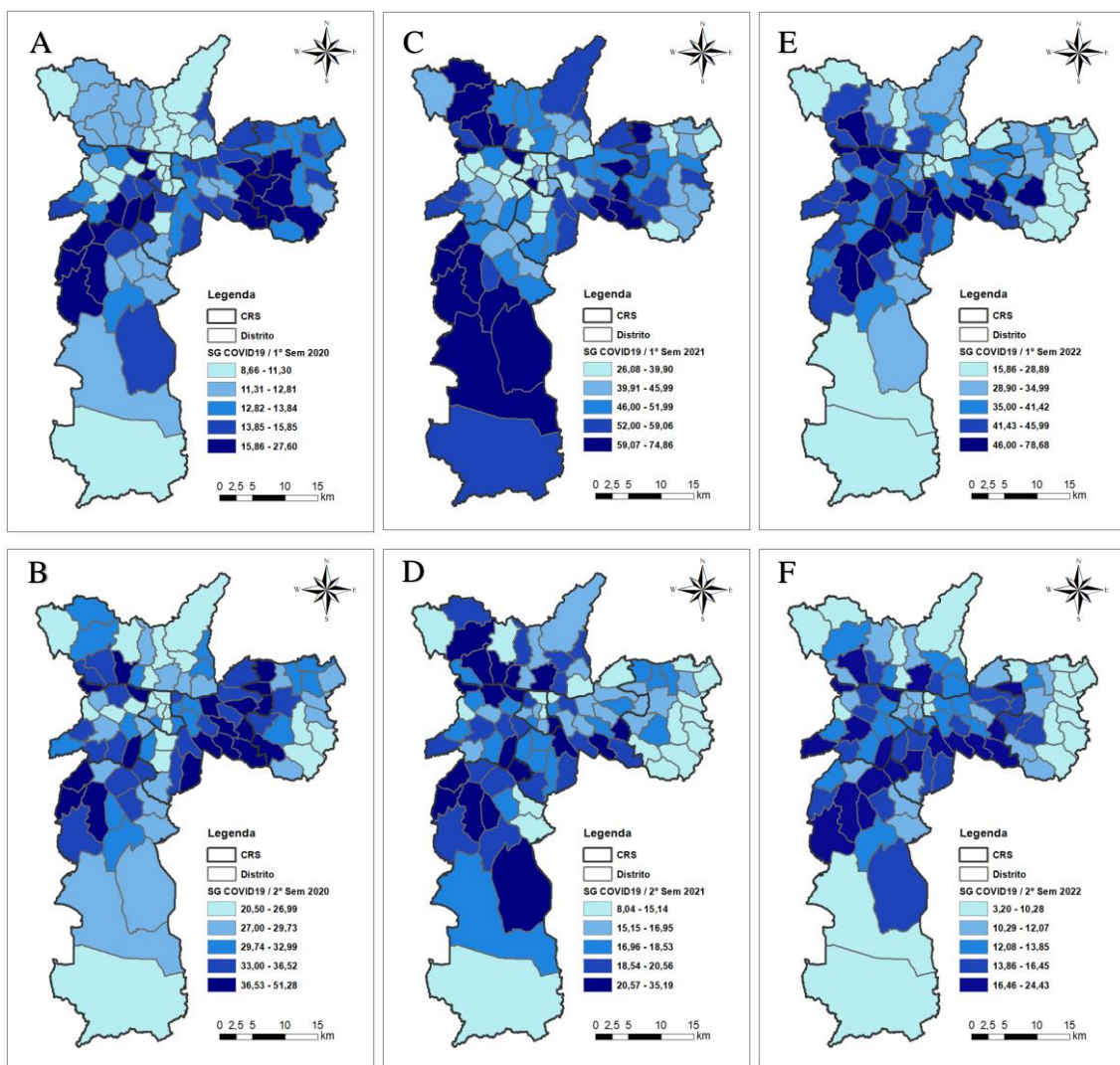
Já no ano de 2021, no primeiro semestre, as taxas aumentam de amplitude em relação ao semestre anterior, variando entre 26,08 e 74,86 casos por 1.000 habitantes, enquanto no segundo semestre caem para 8,04 a 35,19, níveis mais próximos aos meses iniciais da pandemia em 2020. As maiores taxas, no primeiro semestre, são observadas nas regiões norte e sul, e no segundo, além das regiões acometidas no primeiro semestre, as áreas mais centrais são afetadas também. Nesse semestre, os distritos da periferia da zona leste apresentam as menores taxas de SG (Figura 11 – C e D).

Em 2022, as taxas, de forma geral, caem no município, com taxa mínima de 15,86 casos por 1.000 habitantes, mas com máxima ainda alta, de 78,68, com as taxas altas concentradas em distritos que formam uma faixa entre as regiões sudeste e sul do município, poupando os

extremos das regiões norte, leste e sul. Já no segundo semestre, com taxas variando entre 3,20 e 24,43 - as menores taxas desde o início da pandemia -, as áreas mais afetadas são semelhantes àsquelas do primeiro semestre desse ano, um pouco mais deslocadas para a região sul (Figura 11 – E e F).

Figura 11

Distribuição espaço-temporal das taxas de síndrome gripal por COVID-19 (por 1.000 habitantes) segundo distrito administrativo de residência: A) primeiro semestre de 2020; B) segundo semestre de 2020; C) primeiro semestre de 2021; D) segundo semestre de 2021; E) primeiro semestre de 2022; F) segundo semestre de 2022. Município de São Paulo, 2020-2022.



Fonte: elaborado por: Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho.

4.2.2. Distribuição Espaço-Temporal dos Casos de SRAG internados por COVID-19

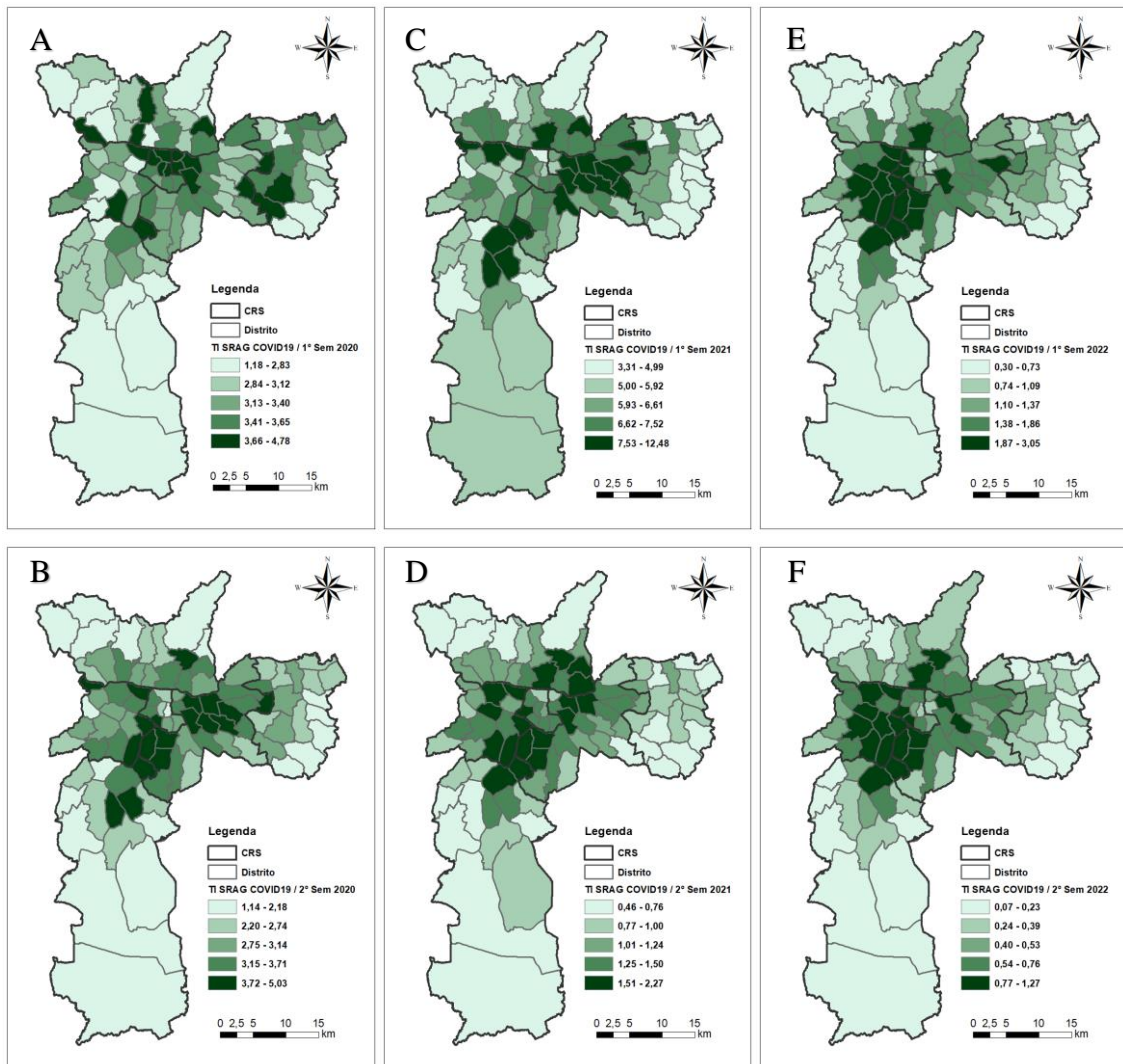
Nos meses iniciais da pandemia (de março a junho de 2020), o MSP teve internações em todas as regiões, variando entre 1,18 e 4,78 casos por 1.000 habitantes, porém, com maior concentração nas regiões central e sudeste do município, além de alguns distritos da região leste. Os distritos do extremo sul, norte e leste do município foram os mais poupados no período. Já no segundo semestre, com taxas variando entre 1,14 e 5,03 por 1.000 habitantes, ou seja, não tão distintas das taxas do primeiro semestre, observa-se um espalhamento das internações para as regiões sudeste e oeste, com alguns poucos distritos acometidos nas demais regiões (Figura 12 – A e B).

Já no ano de 2021, as taxas de internação aumentam de forma significativa no primeiro semestre, variando entre 3,31 e 12,48, sendo essas as maiores taxas observadas em todo o período avaliado. No segundo semestre as taxas reduzem expressivamente, variando entre 0,46 e 2,27 por 1.000 habitantes. Enquanto no primeiro semestre a maior concentração de internações é observada principalmente entre residentes da região sudeste, poupando as regiões norte e leste, no segundo semestre essas taxas voltam a se concentrar, além da região sudeste, nas regiões oeste e norte, sobretudo nos distritos dessas regiões mais próximos à região central (Figura 12 – C e D).

Em 2022, no primeiro semestre, as taxas se mantêm baixas, entre 0,30 e 3,05, e no segundo semestre, caem ainda mais, com valores entre 0,07 e 1,27 por 1.000 habitantes. Praticamente as mesmas áreas são as mais afetadas em ambos os semestres desse ano, com taxas altas concentradas em distritos administrativos das regiões oeste, centro e sudeste do MSP (Figura 12 – E e F).

Figura 12

Distribuição espaço-temporal das taxas de SRAG internados por COVID-19 (por 1.000 habitantes) segundo distrito administrativo de residência. A) primeiro semestre de 2020; B) segundo semestre de 2020; C) primeiro semestre de 2021; D) segundo semestre de 2021; E) primeiro semestre de 2022; F) segundo semestre de 2022. Município de São Paulo, 2020-2022.



Fonte: elaborado por: Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho.

4.2.3. Distribuição Espaço-Temporal dos Óbitos por COVID-19

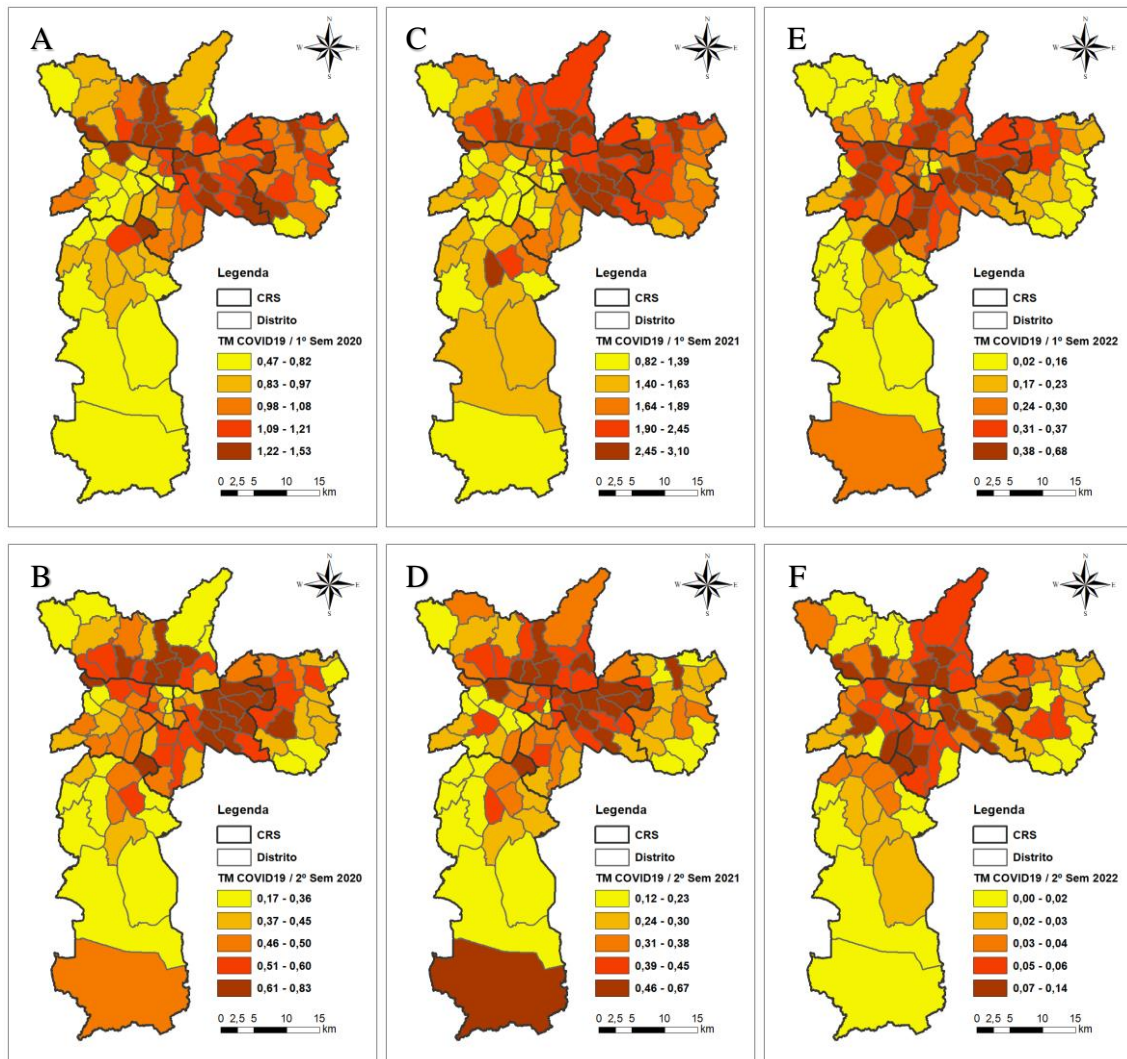
No primeiro ano da pandemia (2020), a taxa de mortalidade variou, no primeiro semestre, de 0,47 a 1,53, alcançando, no segundo semestre, variação levemente inferior, entre 0,17 e 0,83 óbitos por 1.000 habitantes. As maiores taxas de mortalidade, em ambos os semestres, se concentraram nas regiões norte, sudeste e leste, contudo, no segundo semestre, foram mais concentradas na região sudeste (Figura 13 – A e B).

O primeiro semestre de 2021 contou com as maiores taxas de mortalidade no período pandêmico - entre 0,82 e 3,10 óbitos por 1.000 habitantes. Também neste ano, em ambos os semestres, as maiores taxas foram observadas nos distritos administrativos das regiões norte e sudeste. No segundo semestre, com taxas já bastante reduzidas em comparação ao primeiro semestre, que variaram de 0,12 a 0,67, além das regiões já citadas, o distrito mais extremo da região sul (Marsilac) se classificou no intervalo das taxas mais altas – de 0,46 a 0,67 (Figura 13 – C e D).

Por fim, no ano de 2022, as taxas de mortalidade, no primeiro semestre, seguem variação similar ao semestre anterior, de 0,02 a 0,68, e, no segundo semestre, observam-se as menores taxas de todo o período avaliado – de 0,00 a 0,14. No primeiro semestre, alguns distritos da região oeste voltam a ter importância, juntamente com distritos das regiões sudeste e norte, e no segundo semestre, embora bem reduzidas, as maiores taxas seguem espalhadas nas regiões norte, sudeste e oeste (Figura 13 – E e F). Os distritos de Jaraguá (região norte), Pari (região sudeste), Parelheiros e Marsilac (região sul) e Sé (região central) não tiveram nenhum óbito por COVID-19 no segundo semestre de 2022.

Figura 13

Distribuição espaço-temporal das taxas de mortalidade por COVID-19 (por 1.000 habitantes) segundo distrito administrativo de residência. A) primeiro semestre de 2020; B) segundo semestre de 2020; C) primeiro semestre de 2021; D) segundo semestre de 2021; E) primeiro semestre de 2022; F) segundo semestre de 2022. Município de São Paulo, 2020-2022.



Fonte: elaborado por: Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho.

4.3. MAPEAMENTO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O mapeamento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma ferramenta importante para mensurar a qualidade de vida nos distintos espaços de um território. Para facilitar esta análise, foram feitos dois recortes territoriais da distribuição do IDH no município de São Paulo: por Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) e segundo os Distritos Administrativos (DA), representados, respectivamente, nas Figuras 15-A e 15-B. É importante esclarecer que os dados do IDH do MSP são referentes a 2010, ano da última atualização deste indicador realizada oficialmente pelo IBGE.

Como resultado, os mapas da Figura 14-A apontam uma concentração dos melhores IDHs (acima de 0,835) em UDHs das regiões mais centrais e a oeste do município, além de algumas UDHs adjacentes às primeiras nas regiões norte, sudeste e sul. Por outro lado, as extremidades do MSP, em especial nas regiões norte, leste e sul, apresentam os IDHs mais baixos (entre 0,625 e 0,734). Notam-se, também, áreas de transição com IDHs moderados (de 0,735 a 0,835), entremeadas às localidades com IDHs altos e baixos. Já a Figura 14-B, que exhibe a distribuição dos IDHs segundo os distritos administrativos do município, deixa mais clara a concentração dos altos IDHs nos DAs das regiões centro e oeste, IDHs moderados nos distritos das regiões norte, sudeste, oeste e sul que circundam as primeiras regiões, e os IDHs mais baixos presentes nos extremos norte, leste e sul do município.

Realizamos, por fim, a descrição da comparação visual das variações das taxas de casos de síndrome gripal (Figura 11), casos de SRAG internados (Figura 12) e óbitos por COVID-19 (Figura 13) com as distribuições dos IDHs segundo os distritos administrativos do MSP (Figura 14-B).

No primeiro ano da pandemia (2020), as regiões com as maiores taxas de síndrome gripal concentram-se em distritos com IDHs moderados. Já no segundo ano analisado (2021), observa-se uma concentração das taxas de síndrome gripal em distritos com IDHs moderados, ao norte e a sudeste do município, e IDHs baixos, principalmente na região sul. Em 2022, as taxas de síndrome gripal estão concentradas em distritos administrativos com IDHs moderados, em uma faixa que abrange as regiões leste e sudeste, e IDHs altos, nas regiões oeste e sul.

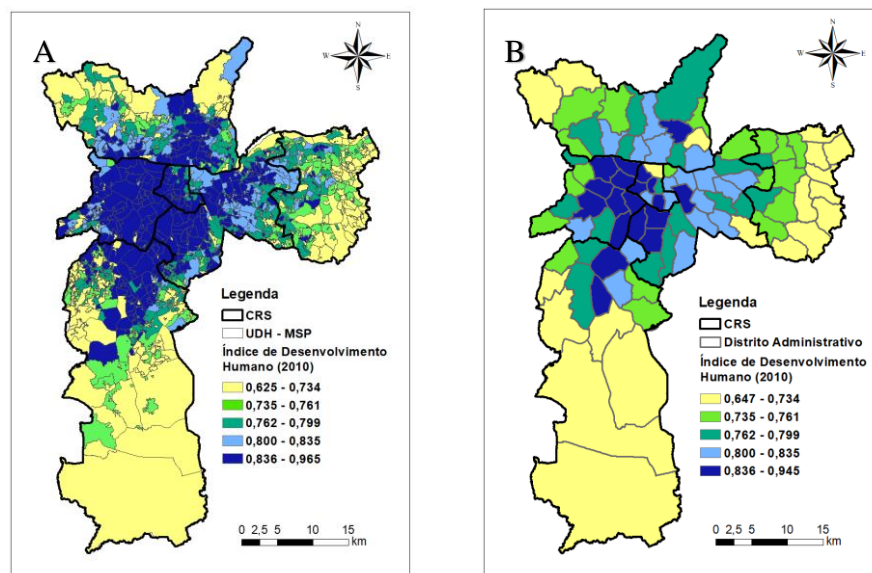
Já ao refletirmos sobre as taxas de casos de SRAG internados, as maiores taxas, em 2020, se revelam em distritos com altos IDHs, nas regiões central, sudeste e oeste, e IDHs moderados, nas regiões norte, sudeste e leste. Em 2021, as maiores taxas de internação são observadas em distritos com IDHs moderados (regiões sudeste e norte) e altos (ao norte das

regiões oeste e sul). Em 2022, as taxas de internação são maiores em DAs com IDHs altos na região oeste da cidade.

Por fim, ao verificarmos as taxas de mortalidade, em 2020 os óbitos estão concentrados em distritos das regiões norte, sudeste e leste com IDHs moderados. Em 2021, adicionalmente a essas regiões, destaca-se o distrito mais extremo da região sul – Marsilac, que possui IDH baixo. Por fim, em 2022, as maiores taxas de mortalidade se concentram em distritos das regiões norte e sudeste com IDHs moderados, e na região oeste, em distritos com IDHs altos.

Figura 14

Mapas do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) segundo: A) Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH); e B) Distritos Administrativos (DA). Município de São Paulo, 2010.



Fonte: elaborado por: Alessandra C. G. Pellini e Renata M. A. R. Carvalho.

5. DISCUSSÃO

As análises realizadas com os casos de Síndrome Gripal, SRAG internados e óbitos por COVID-19 trouxeram informações essenciais sobre o impacto da pandemia de COVID-19 nos diferentes grupos de populações residentes nos territórios do município de São Paulo.

Nos primeiros doze meses da pandemia (de março de 2020 a março de 2021), os casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos por COVID-19 tiveram evolução crescente, ainda que se observem curtos períodos de queda em alguns meses. Neste momento, com o objetivo de enfrentar o avanço de uma doença desconhecida e sem medicações ou vacinas disponíveis para o seu controle, foi decretada quarentena¹⁴ no estado de São Paulo (ESP). Como resultado, medidas de restrição sanitária foram adotadas no território do ESP, afetando, por consequência, o município de São Paulo.

Contudo, mesmo com a adoção das medidas de distanciamento social e do uso obrigatório de máscaras, os índices de SG, de internações e de óbitos por COVID-19 aumentaram de forma crescente nos anos de 2020 e 2021, conforme demonstrado nos gráficos de evolução dos casos e das taxas.

Dessa forma, no início da pandemia, observa-se o conflito entre o direito à cidade e o direito à saúde. O pleno exercício das funções sociais da cidade, fundamentado em seus quatro pilares - habitação, trabalho, mobilidade e lazer -, sofreu grave restrição, com a finalidade de garantir o direito à saúde, expresso, principalmente, pelo direito à vida. A divergência entre esses direitos constitucionais foi solucionada mediante a priorização do direito à vida pela Administração Pública local e regional. Explica Sarlet (2001), como citado por Falcão (2022), que “a liberdade de locomoção, apesar de ser um direito fundamental, pode sofrer restrições, não sendo considerada um direito absoluto” (p. 175).

Sobre essa questão, Houvèssou et al. (2021) esclarecem que o Brasil não adotou o *lockdown* total, pois o governo federal que atuava nesse momento não deu respaldo para medidas de abrangência nacional, deixando que cada estado agisse conforme a sua conveniência, sem exercer uma coordenação unificada de combate à COVID-19. Ademais, os autores observaram que houve uma baixa adesão às medidas de distanciamento social, com um índice médio de isolamento de 54% no MSP, situação que sugere que a falta de políticas de *lockdown* bem elaboradas pode ter sido fundamental para a não redução dos casos da doença.

¹⁴ Decreto n.º 64.881, de 22 de março de 2020, que decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia do COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências complementares. A iniciativa foi do Governador João Dória e este decreto entrou em vigor em 24 de março de 2020.

A ausência de políticas voltadas para abrandar os efeitos da pandemia nas classes mais baixas agravou a vulnerabilidade social de grande parte da população, que, excluída economicamente, continuou a trabalhar para garantir sua sobrevivência e a de seus dependentes. Soares et al. (2020) explicam que o *home office*, ou o teletrabalho, que foi instituído para garantir a atividade econômico-profissional das pessoas, não é compatível com as atividades da população mais carente, nem dos pequenos comerciantes e trabalhadores informais, o que também contribuiu para uma baixa adesão ao distanciamento social, e resultou no aprofundamento da desigualdade econômica e social.

Nesse sentido, Falcão (2022) afirma que “a universalização do princípio da dignidade humana foi colocada à prova durante a pandemia” (p. 182), pois, além das razões econômicas, a parcela empobrecida da sociedade ficou mais exposta aos riscos de contágio justamente por não ter atendido o seu direito à cidade de forma plena. Isso significa que esses indivíduos não se isolaram adequadamente porque vivem, há tempos, em moradias sem acesso ao saneamento básico e, muitas vezes, com superlotação, já que o direito à habitação ainda não foi satisfatoriamente atendido. Outro ponto, trazido pela autora, é o acesso deficiente ao direito à saúde dessas pessoas, pois, em razão da falta de serviços de saúde de qualidade, elas se dedicam menos ao autocuidado, ficando sujeitas a quadros mais graves da doença.

Os dados do presente estudo denotam que houve o predomínio de internações por SRAG entre pessoas com ensino fundamental e médio, que normalmente possuem menor renda, contribuindo para a desigualdade observada no que concerne à adesão às medidas não farmacológicas recomendadas, ainda que para 75,21% dos casos internados analisados neste estudo a informação sobre a escolaridade tenha sido ignorada.

Sobre a influência da educação como determinante social de saúde, Pereira et al. (2022) explicam que as classes sociais menos favorecidas, com acesso precário à educação ou até mesmo sem qualquer acesso, não alcançam satisfatoriamente as informações e os meios que “permitam uma prevenção e cuidado necessários para a sobrevivência em uma pandemia global” (p. 7). Ressaltam, também, que a conexão entre a desigualdade econômica e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde impactam o prognóstico e o acompanhamento das doenças, e refletem no desenvolvimento da COVID-19. Afinal, aqueles com menor escolaridade e renda podem apresentar comorbidades que não são devidamente tratadas e, portanto, possuem maior necessidade de acompanhamento hospitalar e cuidados, como também, maior risco de agravamento e óbito.

Ainda sobre a educação, é importante destacar como a desigualdade ao seu acesso se relaciona com o direito à cidade. Na pandemia essa situação ficou clara, afinal, os estudantes

de estabelecimentos particulares, em regra, já estavam incluídos no ambiente digital e enfrentaram situações menos desafiadoras do que os alunos da rede pública. Estes, por outro lado, tiveram que se adequar ao ensino à distância em moradias sem espaço físico adequado, muitas vezes sem conexão satisfatória com *internet* e sem possuir microcomputadores ou celulares com tecnologia suficiente para acompanhar as aulas.

No que tange ao sexo, percebeu-se uma maior concentração de casos de síndrome gripal nas mulheres e, dentre os casos mais graves, de internação por SRAG e óbitos, predominaram os homens. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021) realizou um estudo que constatou um maior risco de COVID-19 grave em homens. Nesse estudo, foram discutidas as diferenças biológicas entre os gêneros e o seu mecanismo de defesa às infecções virais e, verificou-se que, em geral, “as mulheres tendem a produzir uma resposta imune mais eficaz e adaptativa aos vírus, o que contribui para uma evolução menos grave da COVID-19” (p. 2). Corroborando nossos achados, as taxas de internação por SRAG e óbitos indicam que os homens foram os mais impactados, e a hipótese para explicar tal distinção se baseia nas diferenças fisiológicas entre os sexos, bem como nas comorbidades preexistentes e nos fatores comportamentais.

Considerando, ainda, os aspectos sociais, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2020), como citado por OPAS (2021), destaca que a pandemia aprofundou a desigualdade de gênero, uma vez que a mulher, sobretudo nos países de baixa renda, em grande parte garante seu sustento em situações de trabalhos mais vulneráveis e, portanto, sem a cobertura da proteção social destinada aos trabalhadores atingidos pela pandemia. Assim, as mulheres foram atingidas de forma desproporcional pelo desemprego e pela pobreza, o que agravou sua vulnerabilidade, principalmente no que tange à situação de violência doméstica.

Em relação à distribuição por idade, nota-se uma concentração de casos de internação por SRAG e óbitos nas faixas etárias mais avançadas. Nesse sentido, Pereira et al. (2022) destacam a importância de compreender os efeitos do envelhecimento no Brasil, e, principalmente, como ele impacta a suscetibilidade para as comorbidades e a menor atividade do sistema imunológico.

Sob o ponto de vista do direito à cidade, Nóbrega (2020) afirma criticamente que aqueles que envelheceram, mas que ainda estão produzindo riqueza e consumindo produtos, são considerados sujeitos da *melhor idade*, com o direito a desfrutar da cidade com todos os seus ônus e bônus. No entanto, a cidade é negada para os envelhecidos periféricos, pobres, dependentes, doentes, solitários, ou seja, nega-se o direito à cidade aos invisíveis que, diante de sua fragilidade, não são considerados sujeitos da *boa idade*, mas sim, “velhos”. Assim, o autor

explica que, na pandemia, o espaço territorial foi negado duplamente ao sujeito velho: primeiro, como possibilidade de ação de vida e, segundo, por medo da ampliação do contágio da COVID-19. Neste último caso, o “velho” se tornou a negação da rotina, restando para ele o isolamento em todos os níveis de reprodução da vida.

Quanto ao aspecto socioeconômico, Mascarello et al. (2022) destacam que o grande número de óbitos de idosos refletiu na economia cotidiana de muitas famílias, visto que a renda previdenciária dos primeiros era responsável pela manutenção e sobrevivência das últimas.

Outro ponto a se considerar é o reflexo da vacinação contra a COVID-19 no abrandamento dos casos. Ferreira et al. (2023) analisaram, no território brasileiro, o impacto da vacinação na população de idosos, os primeiros a completarem o esquema vacinal. Os pesquisadores concentraram o estudo nos primeiros meses da vacinação, e constataram a existência de uma relação entre o avanço da imunização e a redução dos casos de hospitalização por SRAG e óbitos por COVID-19. Perceberam, no entanto, que a vacinação não foi capaz de suprimir os casos de internação pela variante Gama, que ocorreu entre o final de janeiro de 2021 e o final de março do mesmo ano, porém, foi capaz de diminuir os óbitos. Entretanto, quando surgiu a onda da variante Delta, entre maio e julho de 2021, é notável o efeito positivo da vacina, que conseguiu conter as internações e os óbitos.

Nota-se, ainda, que a cobertura vacinal também não foi capaz de deter a dispersão dos casos da variante Ômicron, que teve sua onda entre dezembro/2021 e fevereiro/2022. Moura et al. (2022) entendem que se tratam de casos de reinfeção que, a despeito da explosão de casos de SG, tiveram um impacto muito baixo nas mortes pela doença. Porém, os pesquisadores destacam que, no mesmo período “o número de óbitos por COVID-19 entre pessoas não vacinadas foi 26 vezes maior do que entre as pessoas completamente imunizadas” (p. 9).

Outra situação que explica as explosões de casos são as mutações sofridas pelos vírus, e o fato de que essas mutações não estão contempladas nas vacinas disponíveis, razão pela qual estuda-se a necessidade de renovar as doses vacinais regularmente. Ainda em relação à eficácia da vacina, Moura et al. (2022) destacam que “o processo de mutação também explica a reinfeção da doença, conjuntamente com a queda de imunidade que se observa após alguns meses da aplicação do esquema vacinal primário ou da dose de reforço” (p. 9). Além disso, os pesquisadores destacam que a democratização de testes diagnósticos menos sensíveis, que não detectam as novas mutações, permite que estas não sejam percebidas e que os vírus circulem livremente, reforçando, então, a necessidade de manutenção das medidas não farmacológicas e da aceleração da imunização.

Quanto à questão racial, observada a partir dos dados obtidos na SMS-SP, os brancos foram proporcionalmente mais atingidos pela pandemia, sendo maioria entre os casos de síndrome gripal, hospitalizações por SRAG e óbitos por COVID-19. Todavia, é de extrema importância destacar que esses dados representam as proporções da raça/cor dos casos afetados, não sendo possível calcular as taxas que revelariam os riscos da infecção na população de cada raça/cor, tendo em vista a ausência de informações atualizadas dessas populações de base, sendo as últimas disponíveis aquelas do Censo Demográfico de 2010 do IBGE.

Nesse sentido, Nisida e Cavalcante (2020) desenvolveram uma análise esclarecedora a respeito das considerações que devem ser feitas ao se observar a taxa bruta da COVID-19, sob o ponto de vista racial. Explicam, os autores, que “a população branca concentra mais pessoas do grupo de risco – com 60 anos ou mais – e, portanto, sujeitas aos efeitos mais graves da COVID-19” (para. 4). De outro lado, a população negra é considerada mais jovem e, conseqüentemente com números inferiores de casos graves, e notadamente de óbitos. Nota-se que a longevidade das populações branca e negra deve ser considerada, a fim de proporcionar uma análise mais próxima da realidade.

Da mesma forma, Dantas et al. (2022) destacam a precariedade na qualidade de vida da população negra, que apresenta o maior número de pessoas em situação de extrema pobreza, a maior prevalência de crianças em situação de insegurança alimentar, o maior quantitativo de vítimas de violências letais, além do deficiente acesso a emprego, alimentação, condições dignas de moradia e educação. Essas circunstâncias abalam as condições de saúde dessa população e “produzem diferentes níveis de riscos, necessidades e resultados para a saúde e fomentam a vulnerabilidade para o adoecimento por COVID-19” (p. 4).

A situação exposta acima explica porque, apesar dos dados dispostos nos gráficos (Figuras 4, 5 e 6) indicarem uma prevalência dos brancos em todos os conjuntos de casos, esses devem ser analisados juntamente com variáveis que aferem a longevidade e a expectativa de vida de brancos e negros, a fim de expressar a realidade de forma mais fidedigna.

É importante observar como as condições de gênero, escolaridade, de raça e etárias expressam falhas no acesso à cidade e à saúde, tendo como ponto de convergência a desigualdade. Demenech et al. (2020) discorrem sobre a associação entre a desigualdade e a saúde, pois, em sociedades desiguais, “piores são as estruturas públicas de saúde, segurança, saneamento e urbanismo, condições estas que degradam a qualidade de vida de todos, mas que impactam de forma mais severa os menos favorecidos em nossa estrutura social” (p. 9).

A ausência da oferta, de forma equilibrada, de serviços públicos de qualidade, como, nas palavras de Santos e Ferreira (2016), educação; transporte; saneamento básico, que

compreende água tratada e encanada, coleta e tratamento de esgoto; ruas asfaltadas; coleta de lixo; infraestrutura social, com escolas, creches e hospitais; também teve um forte impacto na disseminação dos casos de COVID-19. Percebe-se, portanto, como o direito à vida urbana equilibrada, com acesso a condições de vida dignas, com educação, habitação, trabalho, recreação, circulação e cidadania, está ainda distante.

De um lado, temos uma Constituição Federal, reconhecida como cidadã, que se fundamenta na dignidade da pessoa humana (art. 1º, III) e tem como objetivos a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais; e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Art. 4º, I, III e IV). De outro, temos uma legislação destinada especificamente a amparar o desenvolvimento urbano que tem, entre suas diretrizes gerais, a “garantia do direito a cidades sustentáveis, entendido como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações” (art. 2º, I, do Estatuto da Cidade).

Sob o ponto de vista da saúde, temos um sistema público que promove ações e serviços de saúde que integram uma rede regionalizada e que busca oferecer acesso universal e igualitário (arts. 196 e 189 da CF/88). Esse mesmo sistema foi responsável, em conjunto com o setor de saúde privado, por notificar os casos à PMSP, que realizou o monitoramento da evolução dos casos de COVID-19, desde o início da pandemia, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde e dos órgãos a ela subordinados. A publicidade se deu mediante a publicação diária de seus indicadores no portal Painel COVID-19, bem como a divulgação dos dados consolidados por meio de boletins epidemiológicos, também diários. A partir desse canal de transparência, foi possível acessar os dados epidemiológicos necessários para a elaboração dos resultados deste trabalho, permitindo aprofundar o estudo da dinâmica da disseminação dos casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos neste município.

Os dados de vacinação contra a COVID-19 também foram disponibilizados pela SMS-SP, porém, apenas de forma consolidada por meio de boletins, mas não no TabNet, ou seja, não houve a disponibilidade de dados desagregados que possibilitassem uma análise mais profunda e, principalmente, que permitissem seu mapeamento nos territórios do município de São Paulo.

Outra característica do MSP é a desigualdade socioespacial. A capital do estado de São Paulo conta com a maior população do país, distribuída em territórios heterogêneos dentro do município, o que fica visível quando se apresentam os indicadores em mapas. A centralização dos altos valores de IDH em áreas mais nobres da cidade, aliada à existência de regiões

periféricas excluídas, com baixos IDHs, é o retrato da segregação socioespacial urbana, presente também em muitas regiões do Brasil. O convívio entre os residentes dessas áreas ocorre por força da mão-de-obra que as classes média e alta necessitam, no entanto, essa relação, ainda que interdependente, não se aprofunda, e a desigualdade se faz presente no cotidiano, com a existência de “espaços divergentes e exclusivos em um mesmo perímetro” (Palmeira, 2020).

Esses espaços divergem nas diferenças das residências, da renda e da oferta de serviços públicos de qualidade. Sobre esse assunto, Santos e Ferreira (2016) destacam que “com a segregação, os custos da cidade, como crime, violência, impactos ambientais, miséria, pobreza, ficam (de certa forma) distantes das classes dominantes” (p. 179).

Em razão disso, a disseminação da COVID-19 e a sobrevivência à doença nos territórios do MSP são profundamente desiguais, haja vista que as localidades mais favorecidas economicamente apresentaram as maiores taxas de SG no início da pandemia, com os primeiros casos importados, relacionados a pessoas que retornavam de viagens ao exterior. Essas regiões também contaram com altos índices de internações por SRAG, o que pode se justificar pela maior quantidade de idosos residentes, que possuem maior expectativa de vida, conforme a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania - SMDHC (2020). Chama a atenção a concentração dos óbitos nas regiões norte e sudeste do município de São Paulo, o que pode ser explicado, respectivamente, pela exclusão socioeconômica e pela alta concentração de idosos, como descrito na publicação Indicadores Sociodemográficos da População Idosa residente na Cidade de São Paulo (SMDHC, 2020).

Cabe destacar algumas limitações deste estudo. Por se tratar de um estudo ecológico, que considera o grupo populacional, e não o indivíduo, como a unidade de análise, a relação entre os fatores de exposição e o evento não necessariamente se refletem ao nível do indivíduo, o que configura a chamada falácia ecológica (Almeida Filho, 2011). Além disso, os registros dos casos de síndrome gripal, internações por SRAG e óbitos por COVID-19 contavam com muitos casos classificados como “ignorados” ou “em branco” (viés de informação) no que se refere às variáveis de escolaridade (75,21% das internações e 9,08% dos óbitos), que também não estava disponível para os casos de síndrome gripal; e raça/cor (24,81% dos casos de SG e 23,54% dos casos de SRAG internados). Ademais, não foi possível calcular as taxas (riscos) da variável raça/cor, o que impediu conclusões mais consistentes a respeito das relações desta variável com os desfechos de COVID-19. Outra limitação foi a impossibilidade de quantificar a subnotificação dos registros dos casos de síndrome gripal, internações por SRAG e óbitos por COVID-19, em especial, pela parcela com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como a

testagem. Os dados de cobertura vacinal não foram disponibilizados no TabNet da SMS-SP, impedindo a análise deste importante fator condicionante da evolução da pandemia. Por fim, a utilização do IDH atualizado com base no Censo Demográfico de 2010 pode não refletir as condições atuais das dimensões desse indicador.

6. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O combate à desigualdade é o ponto de convergência entre o direito à cidade e o direito à saúde. Para que esses direitos sejam efetivos, é preciso concretizar as disposições legais que buscam construir uma cidade mais justa, sustentável e saudável. A desigualdade é responsável pelos altos índices de internação e mortalidade por COVID-19, possíveis de se aferir não apenas a partir de suas taxas de incidência, mas também, por sua distribuição nos territórios do município de São Paulo. As altas concentrações de óbitos nas extremidades do município externam a saúde debilitada de seus residentes, que sem acesso a condições dignas de vida, não conseguem enfrentar situações adversas, como aquelas impostas pela COVID-19, com a mesma equivalência de seus vizinhos mais abastados.

Isso posto, com base em pesquisas adicionais de impactos socioeconômicos e comportamentais, é necessário que se estabeleçam estratégias de combate à desigualdade, a partir de recortes demográficos de gênero, idade, raça e escolaridade. A formulação de políticas públicas que objetivem promover a saúde e garantir a qualidade de vida devem ser amplas e diversificadas, incluindo o maior número de pessoas. Essas iniciativas devem, também, contemplar a participação cidadã nas propostas e decisões relacionadas à melhoria das condições de vida da população, como proposto pelo “Movimento por Cidades Saudáveis” da OMS. Somente uma cidadania ativa será capaz de direcionar o futuro das cidades de acordo com o desejo e as necessidades de seus cidadãos.

Neste estudo, foram mapeados diferentes conjuntos de dados de COVID-19, e os indicadores da doença foram relacionados com o Índice de Desenvolvimento Humano nas divisões territoriais do município de São Paulo. Os resultados obtidos fornecem informações importantes sobre como fatores sociodemográficos e socioespaciais afetam a propagação da doença no espaço urbano.

Os achados deste estudo podem, ainda, auxiliar governos e outras organizações a entender as disparidades na distribuição do vírus e tomar medidas para mitigar seus efeitos, especialmente em comunidades vulneráveis. Além disso, a análise das características sociodemográficas e socioespaciais dos casos pode fornecer *insights* valiosos para orientar

políticas e estratégias de saúde pública, e ajudar no enfrentamento de futuras crises de natureza semelhante.

7. REFERÊNCIAS

- Abreu, C. (2012). Amartya Sen. Reexaminando a desigualdade. *Revista angolana de sociologia*, (10), 205-208. <https://doi.org/10.4000/ras.170>
- Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175 (2010, 17 de março). *Supremo Tribunal Federal*. <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur176416/false>
- Akerman, M., Figueiredo, G. L. A & Martins, C. H. G. (2017). Editorial. *Ciênc. saúde coletiva*. 22 (12), p. 3818. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053795001>
- Albuquerque, M. V. de, & Ribeiro, L. H. L. (2021). Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208720>
- Almeida Filho, Naomar de. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações / Naomar de Almeida Filho, Mauricio Lima Barreto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- Amanajás, R., & Klug, L.B. (2018). Direito à cidade, cidades para todos e estrutura sociocultural urbana. In M. A. Costa, M. T. Q. Magalhães & C. B. Favarão (org.), *A Nova Agenda Urbana e o Brasil: insumos para sua construção e desafios a sua implementação*. pp. 29-44. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8622>
- Andrade, L. F. S. (2019). *Construção das políticas urbanas em Lavras-MG: a busca pelo direito à cidade em um espaço disputado* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Lavras]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Lavras (RIUFLA). <http://repositorio.ufla.br/jspui/handle/1/37078>
- Assis, M.M.A.& Abreu de Jesus, W. L. A.D. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(11), 2865-2875. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- Atlas da vulnerabilidade social nos municípios e regiões metropolitanas brasileiras. (n.d.). IPEA. <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/sobre>
- Badr, E. & Soares Junior, C. V. O reflexo dos objetivos fundamentais do Estado brasileiro (art. 3º da CF) na interpretação e aplicação das normas do art. 37 da Constituição Federal. *Interesse Público – IP*, 24 (131), p. 63-77.

- Baltrusis, N., & D'Ottaviano, M. C. L. (2009). Ricos e pobres, cada qual em seu lugar: a desigualdade socioespacial na metrópole paulistana. *Caderno CRH*, 22, 135-149. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v22i55.19006>
- Banco Mundial (2022). *Relatório de Pobreza e Equidade No Brasil: Mirando O Futuro Após Duas Crises - Sumário Executivo (Portuguese)*. <http://documents.worldbank.org/curated/en/099235007062233198/P17469105924ae05d0bf1d0da0d29438142>
- Barros, J. D. A. (2006). Igualdade, desigualdade e diferença: contribuições para uma abordagem semiótica das três noções. *Revista de Ciências humanas*, (39), 199-218. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/17995>
- Brandt, D. B. (Org.). (2018). O Direito à cidade em Henri Lefebvre e David Harvey: Da utopia urbana experimental à gestão democrática das cidades. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social* 16 (1). <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23485>
- Buss, P. M. & Pellegrini Filho, A. (2007) A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 17, pp. 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Bussi, S. L., Júnior, T. M. D. A. L., & de Assis Moraes, J. T. (2020). O Mínimo Existencial, Liberdade e Justiça Social. *Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas*, 6(1), 25-44. <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9881/2020.v6i1.6469>
- Campello, T., Gentili, P., Rodrigues, M. & Hoewell, G. R. (2018). Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde em Debate*, 42, pp. 54-66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S305>.
- Capp, E., & Nienov, O. H. (2020). *Epidemiologia aplicada básica* (1ª ed.). UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/215459>
- Carlos, A. F. A (2020). As faces da desigualdade socioespacial iluminadas pela crise da Covid-19. *Ensaio Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo*. <http://www.iea.usp.br/publicacoes/ensaios/as-faces-da-desigualdade-social-iluminadas-pela-crise-da-covid-19>
- Carvalho Filho, J. S. (2013). *Comentários ao Estatuto da Cidade* (5a ed.). Atlas.
- Chaves, H. L. A., & Arcoverde, A. C. B. (2021). Desigualdades e privação de direitos na sociabilidade capitalista e suas expressões no Brasil. *Serviço Social & Sociedade*, (141), pp. 164-182. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.244>
- Cicco, C. & Gonzaga, A. A. (2013). *Teoria Geral do Estado e Ciência Política* (5a ed.). Revista dos Tribunais.

- Comissão Especial de Direito Urbanístico da Ordem dos Advogados do Brasil – Conselho Federal (2022). (2022, 18 de outubro). *Dignidade da pessoa urbana: ODS (ONU) vinculantes no sistema legal brasileiro*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qjf8u0DW6O8&t=7323s>
- Constituição Federativa do Brasil de 1988 (2023). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Correia, F. A. (2020). Os caminhos de um novo paradigma do planejamento urbanístico em Portugal. *Revista Da Faculdade De Direito, Universidade De São Paulo*, 115, 379-434. <https://doi.org/10.11606/issn.2318-8235.v115p379-434>
- Costa, S. (2019). Desigualdades, interdependência e políticas sociais no Brasil. *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ipea, 53-78.
- Crespo, A. P. A., & Gurovitz, E. (2002). A pobreza como um fenômeno multidimensional. *RAE eletrônica*, 1, 1-12. <https://doi.org/10.1590/S1676-56482002000200003>
- Dallari, S. G. (2008). A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista De Direito Sanitário*, 9(3), 9-34. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v9i3p9-34>
- Dantas, M. N. P., Silva, M. D. F. D. S., & Barbosa, I. R. (2022). Reflexões sobre a mortalidade da população negra por covid-19 e a desigualdade racial no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 31, e200667pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200667pt>
- DATASUS. (n.d.). Notifica. <https://datasus.saude.gov.br/notifica/>
- DATASUS (2014). *Sobre o Tabnet Móvel*. http://www2.datasus.gov.br/tabnetmobile/page_about2.html#:~:text=O%20TABNET%20%20C3%A9%20um%20aplicativo,de%20decis%C3%A3o%20baseadas%20em%20evid%C3%A2ncias.
- DATASUS (2022). *SRAG 2021 e 2022 - Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave - incluindo dados da COVID-19*. Open Datasus. <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-e-2022> |
":~:text=Atualmente%20o%20sistema%20oficial%20para,Gripe%20(SIVEP%20DGripe)
- de Castro-Nunes, P., & Ribeiro, G. (2022). Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.31>
- Decreto n.º 59.685, de 13 de agosto de 2020 (2020, 14 de agosto). Reorganiza a Secretaria Municipal de Saúde, regulamenta o § 2º do artigo 45 da Lei nº 17.433, de 29 de julho

- de 2020, bem como transfere, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica. Prefeitura do Município de São Paulo. <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-59685-de-13-de-agosto-de-2020>
- Demenech, L. M., Dumith, S. D. C., Vieira, M. E. C. D., & Neiva-Silva, L. (2020). Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>
- Duarte, A.W.B. (2010). *Índice de Desenvolvimento Humano - IDH*. In: Oliveira, D.A.; Duarte, A.M.C.; Vieira, L.M.F. Dicionário: trabalho, profissão e condição docente. <https://gestrado.net.br/wp-content/uploads/2020/08/55-1.pdf>
- Fajersztajn, L., Veras, M. & Saldiva, P. H. N. (2016). Como as cidades podem favorecer ou dificultar a promoção da saúde de seus moradores? *Estudos Avançados*, 30, pp. 07-27. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.0010002>
- Falcão, T. T. (2022). Covid-19: funções sociais da cidade e da propriedade e alterações na dinâmica urbana. *Revista Brasileira de Direito Urbanístico/ RBDU*, 165-195. <https://orcid.org/0000-0002-3822-6078>
- Fernandes, E. (2005). A nova ordem jurídico-urbanística no Brasil. *Revista Magister de Direito Imobiliário, Registral, Urbanístico e Ambiental*, 2, pp. 5-26.
- Fonseca, E. G. F. (2015). A saúde como direito à cidade: potencialidades dificuldades do programa médico de família da rede de saúde de Niterói. *Anais do XVI ENANPUR*, 16 (1). <https://anais.anpur.org.br/index.php/anaisenanpur/article/view/2154>
- Fonseca, R. S. (2019). Direitos de fraternidade na teoria das gerações de direitos fundamentais. *Revista do Tribunal Regional Federal da 1ª Região*, 31(1), 122-131. <https://revista.trf1.jus.br/trf1/article/view/29>
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista paraense de medicina*, 23(3), 1-8. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-588477>
- Garcias, C. M., & Bernardi, J. L. (2008). As Funções Sociais da Cidade. *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*, 4(4). <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/48>
- Gomes, A. M. I. S. (2018) O direito à cidade sob uma perspectiva jurídico-sociológica. *Revista Direito GV*. 14, pp. 492-512. <https://doi.org/10.1590/2317-6172201820>

- Gonçalves, N. (2020). Desafios do Direito Humano à Cidade no Século XXI: Injustiças e Desigualdades. *Geo UERJ*, 0(36), e48409. doi: <https://doi.org/10.12957/geouerj.2020.48409>
- Gonzalez, V. V. (2015). *A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde* (Doctoral dissertation). <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24422>
- Gorayeb, A., de Oliveira Santos, J., da Cunha, H. G. N., da Silva, R. B., de Souza, W. F., Mesquita, R. D. P., ... & de Sá Pereira Filho, N. (2020). Pesquisa participativa para o mapeamento da COVID-19 na cidade de Fortaleza, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Ambiental (RevBEA)*, 15(4), 568-588. <https://doi.org/10.34024/revbea.2020.v15.10587>
- Harvey, D. (2014). *Cidades Rebeldes: do direito à cidade a revolução urbana* (1a ed.). Martins Fontes.
- Houvèssou, G. M., Souza, T. P. D., & Silveira, M. F. D. (2021). Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 30. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100025>
- Humbert, G. L. Hage. (2017) Funções sociais da cidade. In C. F. Campilongo, A. A. Gonzaga & A. L. Freire (org.) *Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Tomo I: Direito Administrativo e Constitucional*. <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/125/edicao-1/funcoes-sociais-da-cidade>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2021/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022). IBGE Cidades. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (n.d.). *Conheça cidades e estados do Brasil*. <https://cidades.ibge.gov.br/>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (n.d.). *Atlas da vulnerabilidade social nos municípios e regiões metropolitanas brasileiras*. <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/sobre>

- Klintowitz, D., Nisida, V., Cavalcante, L., Faustino, D., Luiz, O. & Kayano, J. (2021). Cobertura vacinal na cidade de sp. *Instituto Pólis*. <https://polis.org.br/estudos/cobertura-vacinal-na-cidade-sp/>
- Kuschnir, R., Lima, L. D., Baptista, T. W., & Machado, C. V. (2009). Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. *Oliveira RG, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro (RJ): EAD/Ensp, 125-57.* https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5121097/mod_resource/content/4/Texto%20concep%C3%A7%C3%B5es%20sobre%20sa%C3%BAde%20e%20doen%C3%A7a.pdf#page=125
- Legroux, J. (2021). A lógica urbana fragmentária: delimitar o conceito de fragmentação socioespacial. *Revista Caminhos de Geografia*, 22(81), pp. 235–248. <https://doi.org/10.14393/RCG228155499>
- Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei n.º 11.220, de 20 de maio de 1992 (1992, 21 de maio). Institui a divisão geográfica da área do município em distritos, revoga a Lei n.º 10.932, de 15 de janeiro de 1991, e dá outras providências. Prefeitura do Município de São Paulo. <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-11220-de-20-de-maio-de-1992>
- Lei n.º 10.257, de 10 de julho de 2001 (2001, 11 de julho). Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10257.htm
- Lei n.º 13.399, de 1º de agosto de 2002 (2002, 02 de agosto). Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, e dá outras providências. Prefeitura do Município de São Paulo. <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13399-de-01-de-agosto-de-2002>
- Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011 (2011, 18 de novembro). Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do §3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei 8.159, de 8 de janeiro

- de 1991; e dá outras providências. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm
- Lei n.º 16.050, de 31 de julho de 2014 (2014, 1º de agosto). Aprova a Política de desenvolvimento Urbano e o Plano Diretor Estratégico do Município de São Paulo e revoga a Lei n.º 13.430/2002. Prefeitura do Município de São Paulo. <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16050-de-31-de-julho-de-2014>
- Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018 (2018, 15 de agosto). Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Presidência da República. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm
- Lei n.º 17.433, de 29 de julho de 2020 (2020, 30 de julho). Dispõe sobre a reorganização da Administração Pública Municipal Indireta, na forma que especifica, incluindo a criação e extinção de entidades e a criação, transferência, alteração e extinção de cargos de provimento efetivo e em comissão e de funções admitidas, bem como a criação de empregos públicos. Prefeitura do Município de São Paulo. <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-17433-de-29-de-julho-de-2020>
- Libório, D. C. & Saule Júnior, N. (2017) Direito à cidade e institutos de proteção dos territórios urbanos de grupos sociais vulneráveis. In C. F. Campilongo, A. A. Gonzaga & A. L. F. (coords.). *Enciclopédia jurídica da PUC-SP*. 1. pp 2-19 <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/66/edicao-1/direito-a-cidade-e-institutos-de-protecao-dos-territorios-urbanos-de-grupos-sociais-vulneraveis>
- Lima, F. A., & Lima, S. D. C. (2020). Construindo cidades saudáveis: a instrumentalização de políticas públicas intersetoriais de saúde a partir do Planejamento Estratégico Situacional. *Saúde e Sociedade*, 29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200058>
- Lira, R. (2014). Direito Urbanístico, Estatuto da Cidade e Regularização Fundiária. *Revista de Direito da Cidade*, 1(1), 261-276. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/10493>
- Marino, A., Mendonça, P., Rolnik, R. & Santoro, P. (2021). Vacinação avança de forma desigual em São Paulo. *LabCidade – Laboratório Espaço Público e Direito à Cidade*. <http://www.labcidade.fau.usp.br/vacinacao-avanca-de-forma-desigual-em-sao-paulo/>
- Mascarello, K. C., Vieira, A. C. B. C., Freitas, P. D. S. S., Mocelin, H. J. S., & Maciel, E. L. N. (2022). Anos potenciais de vida perdidos devido à COVID-19 no estado do Espírito Santo e mortalidade proporcional por idade. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 48. Doi: [10.36416/1806-3756/e20210489](https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210489)

- Minayo, M. C. D. S., & Freire, N. P. (2020). Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3555-3556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>
- Ministério da Saúde (2012). *Manual sobre o uso da Ferramenta de Tabulação TABNET*. SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/repasses-financeiros/sistema-de-informacoes-sobre-orcamentos-publicos-em-saude-siops/arquivos/2014/manualtabnet2012v1-0.pdf>
- Ministério da Saúde (2022a). *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>
- Ministério da Saúde (2022b). *Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019*. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19-2021.pdf/@@download/file/Guia%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20Epidemiol%C3%B3gica%20Covid-19%20Emerg%C3%A2ncia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica%20de%20Import%C3%A2ncia%20Nacional%20pela%20Doen%C3%A7a%20pelo%20Coronav%C3%ADrus%202019%2001.2022%20\(3\)%20\(2\).pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19-2021.pdf/@@download/file/Guia%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20Epidemiol%C3%B3gica%20Covid-19%20Emerg%C3%A2ncia%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica%20de%20Import%C3%A2ncia%20Nacional%20pela%20Doen%C3%A7a%20pelo%20Coronav%C3%ADrus%202019%2001.2022%20(3)%20(2).pdf)
- Moraes, A. de (2006). *Direitos Humanos Fundamentais. Teoria Geral. Comentários aos arts. 1º a 5º da Constituição Federativa do Brasil. Doutrina e Jurisprudência*. (7ª ed.). Editora Atlas.
- Moura, E. A. C. (2020). As funções sociais da cidade e a Constituição federal de 1988: das Cartas de Atenas à ordem pluralista constitucional. *Revista de Direito da Cidade*, 12(4), 2216-2238. <https://doi.org/10.12957/rdc.2020.50812>
- Neves, A. C. (2021). Conceito Ampliado de Saúde em tempos de pandemia. *Poliética. Revista de Ética e Filosofia Política*, 9(1), 78-95. <https://doi.org/10.23925/poliética.v9i1.55089>
- Neves, M. (1994). *A Constitucionalização Simbólica* (1ª ed.). Editora Acadêmica.
- Nisida, V & Cavalcante, L. (2020). Raça e COVID no município de São Paulo. *Instituto Pólis*. <https://polis.org.br/estudos/raca-e-covid-no-msp/>
- Nisida, V., Klintowitz, D., Cavalcante, L., Faustino, D., Luiz, O., Kayano, J. & Alho, I. (2022). Dois anos de pandemia no município de São Paulo. (2022, fevereiro). *Instituto Pólis*. <https://polis.org.br/estudos/dois-anos-de-pandemia-no-msp/#>

- Nóbrega, P. R.C (2020). O Direito à cidade e velhice em tempos de pandemia da COVID-19: discussões geográficas. *Revista Rural & Urbano*, 5(2), 84-99. <https://doi.org/10.51359/2525-6092.2020.247484>
- Nonnenmacher, C. L., Weiller, T. H., & Oliveira, S. G. (2011). Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do sus na obtenção de um direito. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 10(2), p.p 248-255. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v10i2.10106>
- Oliveira, K. C. S., & Costa, J. C. (2011). Direito à saúde: da (in) efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial. *Revista de Direito Brasileira*, 1(1), 77-99. <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2358-1352/2011.v1i1.2678>
- Oliveira, L. M. de (2022). Conteúdo normativo do direito à saúde: definição do núcleo essencial segundo a abordagem das capacidades. *Revista de Informação Legislativa: RIL*, 59(234), 197-215. https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/59/234/ril_v59_n234_p197
- Oliveira, S. C. & Akerman, M. (2019). O direito à cidade e o direito à saúde. *VERSUS São Paulo textos reunidos*. pp. 42-46. <https://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/2020/02/10/o-direito-cidade-e-o-direito-saude/>
- Organização das Nações Unidas (2020). Relatório Mundial das Cidades 2020: The value of sustainable urbanization. Produzido pelo programa UNO habitat for a better urban future. https://unhabitat.org/sites/default/files/2020/11/key_messages_summary_portuguese.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde (2021). *Desfechos de saúde e COVID-19 nas Américas: diferenças de sexo. Janeiro de 2020 a janeiro de 2021*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53602>
- Palmeira, C. R. (2020). Produção de bairros segregados socioespacialmente: uma análise a partir do bairro Sapiranga, Fortaleza, Ceará. *Cadernos Metrópole*, 22, pp. 963-981. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2020-4913>
- Paremoer, L., Nandi, S., Serag, H., & Baum, F. (2021). Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n129. <https://doi.org/10.1136/bmj.n129>
- Passos, F. G. (2021). Desigualdade socioespacial e pandemia da COVID-19 na conurbação Belém-Ananindeua-Marituba, Pará. *Confins. Revue franco-brésilienne de géographie/Revista franco-brasilera de geografia*, (52). <https://doi.org/10.4000/confins.40774>

- Pereira, M. F. I., Rocha, L. C., Sartori, L. F., de Souza, M. V., de Lima, R. A. S. M., & Júnior, A. L. R. (2022). Estudo descritivo da mortalidade por COVID-19 segundo sexo, escolaridade, faixa etária, região de saúde e série histórica: Estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2020 a agosto de 2021. In. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3614>
- Pires, L. N., Carvalho, L., & Xavier, L. D. L. (2020). COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. *Experiment Findings*, 21, 1-3. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.27014.73282>
- Portaria GM n.º 1.792, de 17 de julho de 2020 (2020, 21 de julho). Altera a Portaria n.º 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. Ministério da Saúde. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.792-de-17-de-julho-de-2020-267730859>
- Portaria GM/MS n.º 1.046, de 24 de maio de 2021 (2021, 25 de maio). Estabelece as regras para integração dos resultados de exames realizados para a detecção da Covid-19 por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional na Rede Nacional de dados em Saúde (RNDS). Ministério da Saúde. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.046-de-24-de-maio-de-2021-321789506>
- Portaria GM/MS n.º 1.102, de 13 de maio de 2022 (2022, 13 de maio). Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir o Sars-Cpv-2 no item da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a coronavírus e incluir covid-19, a Síndrome Inflamatória Multissistêmica em adultos (SIM-A) associada à covid-19 na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e provados em todo território nacional. Ministério da Saúde. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.102-de-13-de-maio-de-2022-400069218>
- Portaria GM/MS n.º 1.164, de 24 de maio de 2022 (2022, 26 de maio). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnósticos para detecção da covid-19 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. Ministério da

Saúde. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.164-de-24-de-maio-de-2022-403289442>

Portaria MS/GM n.º 687, de 30 de março de 2006 (2006, 30 de março). Aprova a Política de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html

Portaria MS/GM n.º 217, de 1º de março de 2023 (2023, 1 de março). Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo “Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes” por “Acidente de Trabalho” na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Ministério da Saúde. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-217-de-1-de-marco-de-2023-467447344>

Prefeitura do Município de São Paulo (n.d.). ObservaSampa. <https://observasampa.prefeitura.sp.gov.br/Institucional>

Prefeitura do Município de São Paulo (2009). A relevância do conjunto de informações intramunicipal e a sua utilidade para o balizamento das políticas públicas. *Atlas Municipal*. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/desenvolvimento/informacoes/atlas_municipal/

Prefeitura do Município de São Paulo (2015). Distritos do Município de São Paulo. *Dados Abertos*. <http://dados.prefeitura.sp.gov.br/tr/dataset/distritos>

Prefeitura do Município de São Paulo (2019). O que são as UVIS - Unidade de Vigilância em Saúde? *Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS)*. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=7345

Prefeitura do Município de São Paulo (2020). Tabulações Online. *TABNET* <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/index.php?p=296871>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (n.d.). *O que é o RDH*. <https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-%C3%A9-o-rdh>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2019). *PNUD apresenta Relatório de Desenvolvimento Humano 2019 com dados de 189 países*. <https://www.undp.org/pt/brazil/news/pnud-apresenta-relat%C3%B3rio-de-desenvolvimento-humano-2019-com-dados-de-189-pa%C3%ADses>

Ramos, A. C. (2014). *Curso de Direitos Humanos* (1a ed.). Editora Saraiva.

- Ramos, F. R. (1999). Indicadores de Autocorrelação Local em São Paulo. *SER 301 Análise Espacial de Dados Geográficos*. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. http://www.dpi.inpe.br/cursos/ser301/trabalhos/fred_lisa.pdf
- Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 (2013, 13 de junho). Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Ribeiro, D. D. A., Braga, A. F. D., & Teixeira, L. (2021). Desigualdade socioespacial e o impacto da Covid-19 na população do Rio de Janeiro: análises e reflexões. *Cadernos Metrópole*, 23, 949-970. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2021-5205>
- Rodrigues, T. D. D. F. F., de Oliveira, G. S., & dos Santos, J. A. (2021). As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação. *Revista Prisma*, 2(1), 154-174. <https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/49>
- Rolnik, R. (2002). É possível política urbana contra a exclusão? *Blog da Raquel Rolnik*. <https://raquelrolnik.files.wordpress.com/2009/08/politicaurbanacontraexclusao.pdf>
- Sanchez, R. M., & Ciconelli, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), pp. 260-268. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>
- Sanhueza-Sanzana, C., Aguiar, I. W. O., Almeida, R. L. F., Kendall, C., Mendes, A., & Kerr, L. R. F. S. (2021). Desigualdades sociais associadas com a letalidade por COVID-19 na cidade de Fortaleza, Ceará, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300022>
- Santos, D. P., & Ferreira, I. M. (2016). A segregação espacial e residencial na cidade contemporânea. *Neves, AF, De Paula, MH, Anjos, PHR, Bernardo, JL e Pires, MGG, Estudos interdisciplinares em Ciências Ambientais, Território e Movimentos Sociais. Blucher, São Paulo, Brasil*, 175-189. <https://openaccess.blucher.com.br/article-details/a-segregacao-espacial-e-residencial-na-cidade-contemporanea-19953>
- Sarlet, I. W. & Figueiredo, M. F. (2014). O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. *Temas Aprofundados da Defensoria Pública*. 1ª ed, v.1, p. 111-146 https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/11336/2/O_direito_fundamental_a_protecao_e_promocao_da_saude_no_Brasil_Principais_aspectos_e_problemas.pdf
- Saule Júnior, N. (1997). *Novas Perspectivas do Direito Urbanístico Brasileiro. Ordenamento Constitucional da Política Urbana. Aplicação e Eficácia do Plano Diretor* (1ª ed.). Sérgio Antônio Fabris Editor.

- Saule Júnior, N., & Libório, D. C. (2021). Questões chave sobre a noção jurídica do direito à cidade. *Revista de Direito da Cidade*, 13(3), pp. 1466 - 1494. <https://doi.org/10.12957/rdc.2021.43832>
- Saule Júnior, N., & Uzzo, K. (2015). A trajetória da reforma urbana no Brasil. *urbano*, 27, 04.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 17, 29-41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
- Secretaria Municipal das Subprefeituras de São Paulo (2022). Competências e atribuições. <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/se/acao/index.php?p=50191>
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2019). O que são as UVIS - Unidade de Vigilância em Saúde? *Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS)*. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=7345
- Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (2020). *Indicadores Sociodemográficos da População Idosa residente na Cidade de São Paulo*. [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/IDOSO/PUBLICACOES/Indicadores%20sociais%20\(2\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/IDOSO/PUBLICACOES/Indicadores%20sociais%20(2).pdf)
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2020). Boletim Covid-19. *Boletim epidemiológico Covid-19 Cidade de São Paulo*. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/COVID19_relatorio_31de_marco.pdf
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2022a). *Sobre os dados epidemiológicos*. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/coronavirus/index.php?p=313773
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2022b). Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo. <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=228575>
- Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (2022c). Relação das UVIS – Unidades de Vigilância em Saúde. UVIS organizadas por Coordenadoria Regional de Saúde - CRS. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/suvis/index.php?p=4397
- Secretaria Municipal de Licenciamento e Urbanismo de São Paulo (2022). GeoSampa: Prefeitura disponibiliza consulta sobre personalidades que dão nome a equipamentos

públicos.

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/licenciamento/noticias/index.php?p=324111#:~:text=Ele%20re%C3%BAne%20dados%20georreferenciados%20sobre,aqui%20para%20acessar%20o%20GeoSampa>

- Silva, D. C. B., Calgaro, C., & Hermany, R. (2020). Espaço abstrato e espaço diferencial: a compreensão do direito à cidade em Henri Lefebvre. *Revista de Direito da Cidade*, 12(3), 2022-2047. <https://doi.org/10.12957/rdc.2020.43208>
- Silva, I. C. M. D., Restrepo-Mendez, M. C., Costa, J. C., Ewerling, F., Hellwig, F., Ferreira, L. Z., ... & Barros, A. J. (2018). Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27, e000100017. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>
- Silva, J. A. (2010). *Direito Urbanístico Brasileiro* (6a ed.). Malheiros.
- Silva, R. S. (2022) Dignidade humana. In C. F. Campilongo, A. A. Gonzaga & A. L. F. (coords.). *Enciclopédia jurídica da PUC-SP*. 1. pp. 2-13. <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/507/edicao-1/dignidade-humana>
- Silva Neto, W. L. B. D. (2016). *Uma teoria do direito à cidade: reflexões interdisciplinares*. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (2022). Painel de Saneamento. http://appsniis.mdr.gov.br/indicadores/web/agua_esgoto/mapa-agua
- Soares, F. M. M., Mesquita, K. K. B., de Andrade, C. H. F., Feitosa, D. S. L. L., Rebouças, T. O., Marques, P. G. F., & Teixeira, A. C. M. F. (2020). Fatores associados à vulnerabilidade da não adesão do distanciamento social de trabalhadores na COVID-19. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 93, e020003-e020003. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.93-n.0-art.772>
- Sperandio, A.M.G. (2018). Direito à cidade saudável: estratégias convergentes de promoção da saúde e planejamento urbano. *Revista Intellectus*, 45(1), pp. 58-66. <http://dx.doi.org/10.21116/2018.2>
- Sperandio, A. M. G., Francisco Filho, L. L., & Mattos, T. P. (2016). Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1931-1938. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politica-de-promocao-da-saude-e-planejamento-urbano-articulacoes-para-o-desenvolvimento-da-cidade-saudavel/16593>

- Sposito, M. E. B. (2020). A produção do espaço urbano: escalas, diferenças e desigualdades socioespaciais. In A. F. A. Carlos, M. L. Souza & M. E. B Sposito (org.), *A produção do espaço urbano: agentes e processos, escalas e desafios*. pp. 123-145.
- Tavolari, B. (2016) Direito à cidade: uma trajetória conceitual. *Novos estudos CEBRAP*, 35, pp. 93-109.
<https://www.scielo.br/j/nec/a/hdLsr4FXMpVZWpJ7XswRRbj/abstract/?lang=pt>
- Trindade, T. A. (2012). Direitos e cidadania: reflexões sobre o direito à cidade. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 139-165.
- Vieira, F. S. (2020). Direito à Saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9714>
- Vieira Ruschel, C., Milioli, G., & Oliveira, I. R. (2022). A tragédia dos comuns e as questões sanitárias em tempos de covid-19: reflexões para repensar o direito à cidade. *Revista Direito da Cidade*, 14(1), 194-225. <https://doi.org/10.12957/rdc.2022.55888>
- Villaça, F. (2007). *Espaço intra-urbano no Brasil* (2a ed.). Studio Nobel: FAPESP.
- Werner, P. U. P. (2017). Direito à saúde. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direito Administrativo e Constitucional. Vidal Serrano Nunes Jr., Maurício Zockun, Carolina Zancaner Zockun, André Luiz Freire (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/170/edicao-1/direito-a-saude>
- Westphal, M. F. (2018). Cidades saudáveis, estratégias e desafios em novos tempos. *Labor E Engenharia*, 12(4), 472–481. <https://doi.org/10.20396/labore.v12i4.8654315>