

REVISTA DE DIREITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



ISSN 2595-5667

REVISTA DE DIREITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ANO Nº 08 – VOLUME Nº 01 – EDIÇÃO Nº 02

ISSN 2595-5667

Editor-Chefe:

Prof. Dr. Emerson Affonso da Costa Moura, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

**Rio de
Janeiro, 2022.**

REVISTA DE DIREITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

LAW JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION

Conselho Editorial Internacional:

- Sr. Alexander Espinosa Rausseo, Universidad Central de Venezuela, Venezuela
Sr. Erik Francesc Obiol, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Peru, Peru
Sr. Horacio Capel, Universidad de Barcelona, Barcelona, Espanha.
Sra. Isa Filipa António, Universidade do Minho, Braga, Portugal, Portugal
Sra. Maria de Los Angeles Fernandez Scagliusi, Universidad de Sevilla, Sevilha, Espanha.
Sr. Luis Guillermo Palacios Sanabria, Universidad Austral de Chile (UACH), Valdivia, Chile.
Sra. Mónica Vanderleia Alves de Sousa Jardim, Universidade de Coimbra, UC, Portugal.
Sr. Mustafa Avci, University of Anadolu, Turquia

Conselho Editorial Nacional:

- Sr. Adilson Abreu Dallari, Pontificia Universidade Católica, PUC/SP, Brasil.
Sr. Alexandre Santos de Aragão, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, RJ, Brasil.
Sr. Alexandre Veronese, Universidade de Brasília, UNB, Brasil.
Sr. André Saddy, Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil.
Sr. Carlos Ari Sundfeld, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, Brasil.
Sra. Cristiana Fortini, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil.
Sra. Cynara Monteiro Mariano, Universidade Federal do Ceará, UFC, Brasil.
Sr. Daniel Wunder Hachem, Universidade Federal do Paraná, UFPR, Brasil.
Sr. Eduardo Manuel Val, Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil.
Sr. Fabio de Oliveira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Sr. Flávio Garcia Cabral, Escola de Direito do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul., Brasil
Sr. Henrique Ribeiro Cardoso, Universidade Federal de Sergipe, UFS, Brasil.
Sr. Jacintho Silveira Dias de Arruda Câmara, Pontificia Universidade Católica, São Paulo, Brasil.
Sra. Jéssica Teles de Almeida, Universidade Estadual do Piauí, UESPI, Piri-piri, PI, Brasil., Brasil
Sr. José Carlos Buzanello, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Sr. José Vicente Santos de Mendonça, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.
Georges Louis Hage Humbert, Unijorge, Brasil
Sra. Maria Sylvia Zanella di Pietro, Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Sra Marina Rúbia Mendonça Lôbo, Pontificia Universidade Católica de Goiás, Goiás, Brasil.
Monica Sousa, Universidade Federal do Maranhão
Sr. Mauricio Jorge Pereira da Mota, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.
Sra. Monica Teresa Costa Sousa, Universidade Federal do Maranhão, UFMA, Maranhão, Brasil.
Sra. Patricia Ferreira Baptista, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.
Sr. Paulo Ricardo Schier, Complexo de Ensino Superior do Brasil LTDA, UNIBRASIL, Brasil.
Sr. Vladimir França, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.
Sr. Thiago Marrara, Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Sr. Wilson Levy Braga da Silva Neto, Universidade Nove de Julho, UNINOVE, Brasil.

A RELAÇÃO ENTRE O DIREITO À CIDADE E A DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, BRASIL

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE RIGHT TO THE CITY AND THE DISTRIBUTION OF COVID-19 CASES IN THE MUNICIPALITY OF SÃO PAULO, BRAZIL

Renata Maria Aponte Rodrigues de Carvalho¹

Daniela Bucci²

Alessandra Cristina Guedes Pellini³

RESUMO: Introdução: A pandemia expôs as desigualdades socioespaciais do município de São Paulo e expôs a execução limitada do direito à cidade. O estudo dos dados oficiais de casos leves, graves e óbitos de COVID-19 permitiu a análise real de privação de direitos e de sua expressão territorial. **Objetivo:** Mapear os indicadores de síndrome gripal, hospitalização e óbito por COVID-19 nos distritos administrativos de São Paulo, entre 2020 e 2022, relacioná-los com o Índice de Desenvolvimento Humano do município de São Paulo e com o conceito de direito à cidade. **Método:** Estudo ecológico, descritivo com componente analítico, possui abordagem quali-quantitativa, apresenta método de abordagem dedutivo, com levantamento, análise e mapeamento de indicadores de COVID-19 e a distribuição espacial e temporal destes e do IDH paulistano. **Resultados:** A mensuração dos contrastes territoriais do município de São Paulo durante a pandemia e a constatação da concretização insatisfatória do direito à cidade. **Conclusão:** O combate à desigualdade é necessário para que o direito à cidade possa ser usufruído. Para tanto, é preciso executar as previsões legais que buscam construir uma cidade mais justa e sustentável mediante a formulação de políticas públicas democráticas e comprometidas com a garantia de uma vida saudável e com qualidade.

¹ Mestre pela Universidade Nove de Julho - SP

² Docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - SP

³ Doutora pela Universidade de São Paulo – SP. Docente do Programa de Mestrado em Cidades Inteligentes e Sustentáveis da Universidade Nove de Julho - SP

PALAVRAS-CHAVE: Direito à cidade, COVID-19, Índice de Desenvolvimento Humano, Desigualdade Socioespacial, Territorialização.

ABSTRACT: Introduction: The pandemic exposed the socio-spatial inequalities in the city of São Paulo and exposed the limited execution of the right to the city. The study of official data on mild and severe cases and deaths from COVID-19 allowed for a real analysis of deprivation of rights and its territorial expression. Objective: To map the indicators of flu syndrome, hospitalization and death due to COVID-19 in the administrative districts of São Paulo, between 2020 and 2022, relating them to the Human Development Index of the city of São Paulo and the concept of right to the city . Method: Ecological study, descriptive with an analytical component, has a qualitative-quantitative approach, presents a deductive approach method, with survey, analysis and mapping of COVID-19 indicators and their spatial and temporal distribution and the São Paulo HDI. Results: The measurement of territorial contrasts in the municipality of São Paulo during the pandemic and the observation of the unsatisfactory implementation of the right to the city. Conclusion: Combating inequality is necessary so that the right to the city can be enjoyed. To this end, it is necessary to implement the legal provisions that seek to build a fairer and more sustainable city through the formulation of democratic public policies committed to guaranteeing a healthy and quality life.

KEYWORDS: Right to the city, COVID-19, Human Development Index, Socio-Spatial Inequality, Territorialization.

1. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, foi oficialmente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, [2020?]), o seu surgimento ocorreu na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, e rapidamente se alastrou em nível global. O primeiro caso de COVID-19 em território brasileiro 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 (Ministério da Saúde, 2022 a).

Desde o início da crise sanitária, a distribuição irregular dos casos de síndrome gripal e óbitos no Brasil despertou a atenção de Orellana *et al.* (2020), que afirmaram se tratar do reflexo “da heterogeneidade geográfica e social do país”. No mesmo sentido, Albuquerque e Ribeiro (2021) constataram que as desigualdades socioespaciais não apenas condicionaram as infecções, mas também colaboraram para o seu aprofundamento.

No município de São Paulo, a disseminação dos casos de síndrome gripal, dos números de internações e dos óbitos por COVID-19 não foram uniformes, conforme os dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP). Sobre este fato, Campello *et al.* (2018) explicam 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.

Desse modo, 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.

Por outro lado, 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).

No entanto, diante das desigualdades sociais, econômicas e territoriais, fica clara a dificuldade de concretização do direito à cidade frente a uma realidade urbana de privação de direitos.

No que tange a mensuração destas desigualdades, este artigo adotou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁴, que é composto por três indicadores: a longevidade, a educação e a renda. A longevidade está diretamente relacionada às condições de saúde da população; a educação considera a taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos níveis fundamental, médio e superior; e a renda reflete o poder de compra da população, medido pela metodologia Paridade do Poder de Compra (PPC), que ajusta o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* ao custo de vida local (Scarpin e Slomski, 2007, *apud* Dawalibi *et al.*, 2014). O resultado do IDH é, então, disposto em valores que variam, gradativamente, de 0 (zero), o índice mais baixo, até 1 (um), que é a melhor situação de desenvolvimento humano⁵.

O mapeamento dos indicadores da COVID-19 e do IDH nos territórios do município de São Paulo (MSP) auxilia na visibilidade dos efeitos da desigualdade, pois identifica com maior clareza as diferenças existentes entre as diversas regiões do município. Além disso, permite avaliar a intensidade da emergência sanitária da COVID-19 nas diferentes localidades, compará-las considerando o nível de desenvolvimento de cada uma e estabelecer uma relação com a tangibilidade do direito à cidade.

Portanto, este estudo teve como objetivo analisar a dimensão do direito à cidade a partir do mapeamento dos indicadores de síndrome gripal, hospitalização e óbito por COVID-19 nos distritos administrativos do município de São Paulo (MSP), no período de 2020 a 2022, e analisar o comportamento desses indicadores considerando a distribuição espacial do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no município.

2. MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo ecológico, descritivo com componente analítico, com abordagem quali-quantitativa e método de abordagem dedutivo, que distribui espacialmente os casos de COVID-19 no município de São Paulo, segundo o Distrito Administrativo (DA)⁶ de

⁴ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado pela Organização das Nações Unidas (ONU) no início da década de 1990, e é “uma medida média das conquistas de desenvolvimento humano básico em um país” (PNUD, [2022?]). Trata-se de um índice comparativo entre países-membros da ONU, calculado anualmente por esta organização, por intermédio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e publicado em seu Relatório Anual de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2022).

⁵ O Brasil apresentou o índice de 0,754 no Relatório Anual 2021-2022 (mais recente até a presente data), ainda sob o impacto da pandemia de COVID-19.

⁶ A Lei Municipal n.º 11.220 instituiu a divisão geográfica do MSP em 96 Distritos Administrativos, que permanecem até os dias atuais (São Paulo, 1992).

residência dos casos, nos anos de 2020, 2021 e 2022, bem como analisa esses indicadores segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), mapeado também nos distritos administrativos, e os relaciona com o conceito de direito à cidade.

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 e Direito 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, Vulnerabilidades Territoriais em Saúde e COVID-19, além de Indicadores Socioespaciais, em artigos científicos, inclusive na área da geografia espacial, ainda que em menor escala.

A área de estudo é o município de São Paulo, que possui uma população estimada, em 2021, de 12.396.372 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023). A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) do município, 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. Em 2020, o MSP tinha 470.797 famílias em situação de extrema pobreza, ou seja, vivendo com até $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário-mínimo e, em 2021, havia a estimativa de 9,44% do total de domicílios serem de habitações subnormais (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2023).

O período desta 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.

O estudo engloba todos os casos confirmados de COVID-19 (leves, graves hospitalizados e óbitos), conforme as definições de caso confirmado de COVID-19 constantes do Guia de Vigilância Epidemiológica da COVID-19 do Ministério da Saúde (2022b), residentes no município de São Paulo. Os casos foram registrados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e-SUS Notifica (casos leves ou moderados, não hospitalizados) e SIVEP-Gripe (casos graves hospitalizados por Síndrome Respiratória Aguda Grave e óbitos), nos anos de

2020, 2021 e 2022. Os dados relativos aos casos leves/moderados confirmados, internações por SRAG e óbitos por COVID-19 no MSP foram obtidos 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)⁷. Vale destacar que, desde o início, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) contabilizou todas as ocorrências de COVID-19, disponibilizando esses dados de forma aberta no TabNet⁸ do município.

A população para o cálculo dos indicadores de interesse deste estudo foi também obtida no sistema TabNet da SMS-SP, que utiliza informações da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados). A população residente no município de São Paulo foi contabilizada em sua totalidade, sem distinção de idade, sexo, nível educacional ou econômico, considerando-se o Distrito Administrativo (DA) e a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de residência. Os indicadores de COVID-19 foram, então, construídos, resultando em três conjuntos de taxas, calculadas por 100.000 habitantes: 1. Taxas de casos de síndrome gripal (casos leves ou moderados, não internados); 2. Taxas de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) internados; e 3. Taxas de óbitos (mortalidade) por COVID-19. Os indicadores foram distribuídos espacialmente segundo o distrito administrativo de residência dos casos e os semestres de ocorrência da doença em cada ano. Assim, cada grupo analisado foi exposto a 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 e temporal dos fenômenos estudados.

As camadas vetoriais digitais para fins de elaboração dos mapas temáticos do estudo foram obtidas no GeoSampa (Sistema de Consulta do Mapa Digital da Cidade de São Paulo). 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.

No que tange à distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o MSP elaborou seu próprio mecanismo para aferir o IDH em seu território. Para tanto, o município utiliza os dados de IDH segundo as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs),

⁷ O TabNet, conforme o DATASUS (2014) “disponibiliza informações sobre saúde pública que servem para subsidiar análises objetivas da situação sanitária e tomadas de decisão baseadas em evidências”.

⁸ TabNet da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (SMS-PMSP): <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>

disponíveis no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil⁹, uma plataforma onde é possível consultar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 5.565 municípios brasileiros e de suas respectivas Unidades de Desenvolvimento Humano. Em posse dos IDHs das 1.592 Unidades de Desenvolvimento Humano do município de São Paulo, esses dados foram agregados segundo os 96 distritos administrativos associados a cada UDH, e um IDH médio foi calculado, então, para cada distrito. Cabe destacar que os dados do IDH do MSP são referentes ao ano de 2010, ano da última atualização deste indicador realizada oficialmente pelo IBGE.

Assim, com o conhecimento dos IDHs dos 96 distritos administrativos (DA) do município de São Paulo, foi possível a observação crítica de diversos aspectos sociodemográficos do MSP que, para efeitos desse estudo, foram analisados em conjunto com os indicadores de COVID-19 obtidos entre fevereiro de 2020 e dezembro de 2022, período pandêmico com alta ocorrência de infecções, internações e óbitos por COVID-19.

3. RESULTADOS E 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.

Em primeiro lugar, foi realizado o mapeamento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) segundo os Distritos Administrativos, conforme representado na Figura 1. Os resultados obtidos apontam para uma concentração dos melhores IDHs (acima de 0,835) em regiões mais centrais e a oeste do município, além de algumas localidades 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.

A partir desses dados, percebe-se a correlação existente entre os distritos com altos IDHs e localidades que apresentam infraestrutura estabelecida, como transporte público, redes de esgotamento, água tratada e unidades de saúde à disposição da população. Por outro lado, é

⁹ Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta>

perceptível que a cidade é excludente em suas extremidades, que apresentam baixos índices tanto de desenvolvimento, como também, de acesso a bens e serviços públicos.

Essa situação tem impacto na direto na qualidade de vida dos indivíduos, com reflexos tanto na saúde preventiva, como na saúde curativa. Preventivamente, um indivíduo sem acesso a saneamento básico e educação, por exemplo, não terá recursos para lidar com a exposição a precariedade em que está inserido, ficando vulnerável a doenças. Por outro lado, a carência de serviços e bens públicos afeta o processo de cura que uma pessoa está submetida, podendo aumentar consideravelmente o tempo e a qualidade de recuperação de uma enfermidade.

Esta desigualdade contraria o direito à cidade que, nas palavras de Saule Júnior e Libório (2021) 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.

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.

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,

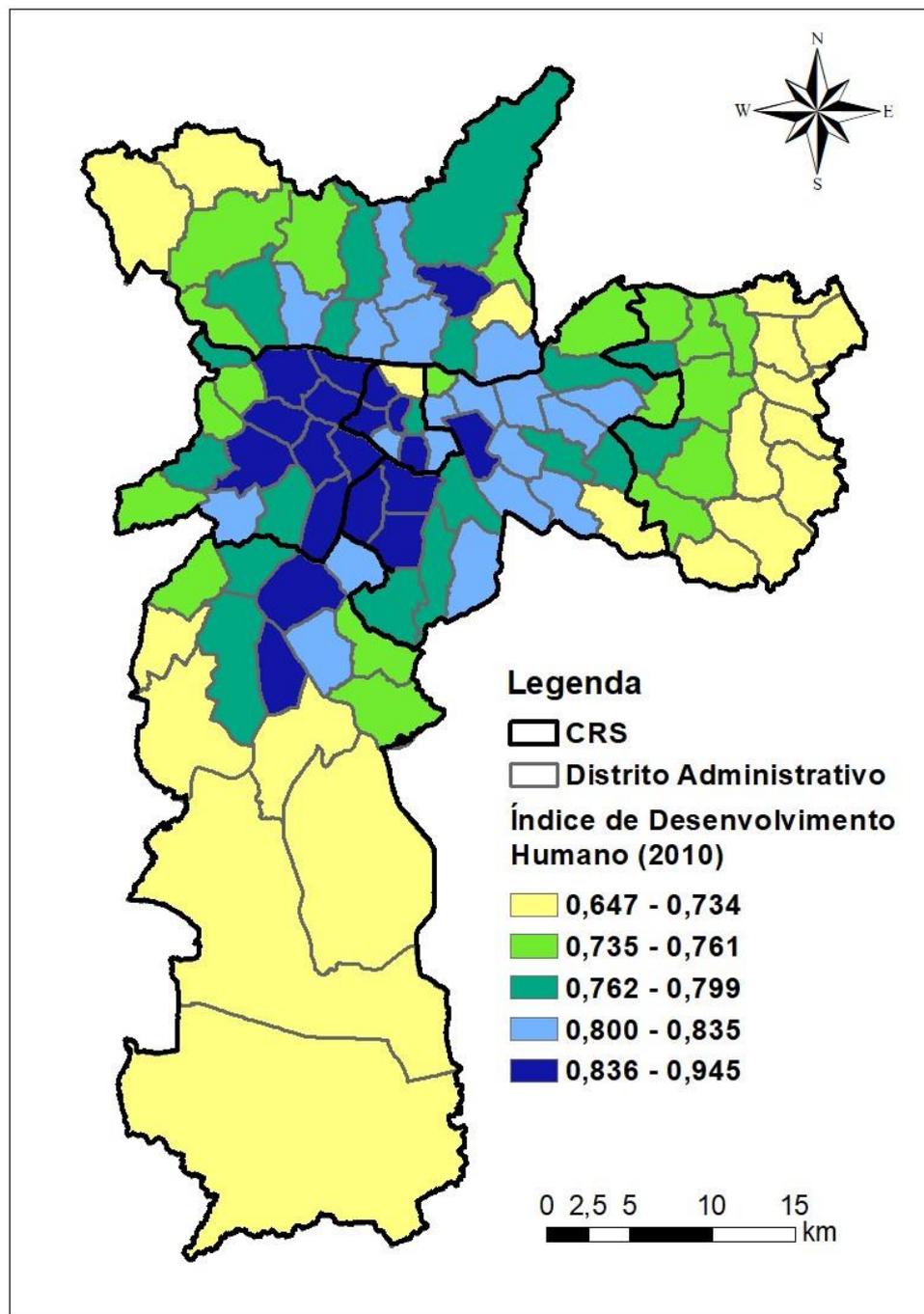
seja aplicada, a fim de resguardar os direitos previstos para os cidadãos. Para tanto, traz à tona o conceito de Dignidade da Pessoa Urbana (informação verbal)¹⁰, no qual afirma que é fundamental o resgate da cidade, em suas nuances, mediante a utilização dos instrumentos da política urbana previstos 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.

A realidade é que 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).

Figura 1. Mapa do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) segundo distritos administrativos (DA). Município de São Paulo, 2010.

¹⁰ 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.



Fonte: elaboração própria

O resultado dessa desigualdade se reflete na distribuição espacial e espaço-temporal dos casos de síndrome gripal, SRAG internados e óbitos por COVID-19. Esse estudo analisa esses

casos segundo Distritos Administrativos (DA) e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) de residência dos casos, para cada ano, no período de 2020 a 2022.

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 nas populações residentes nos territórios do município de São Paulo.

No início da pandemia, as localidades mais favorecidas economicamente apresentaram as maiores taxas de síndrome gripal, com os primeiros casos importados, relacionados a pessoas que retornavam de viagens ao exterior. Essas regiões também contaram com altos índices de internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave, o que pode se justificar pela maior quantidade de idosos nessas regiões, que possuem maior expectativa de vida. 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, p. 42-43).

Nos primeiros doze meses da pandemia (de março de 2020 a março de 2021), os casos de SG, SRAG internados e óbitos por COVID-19 tiveram evolução crescente, ainda que se observem curtos períodos de queda em alguns meses. Nesse momento, com o objetivo de enfrentar o avanço de uma doença desconhecida e sem medicações ou vacinas disponíveis para o seu controle, foi decretada quarentena¹¹ 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. 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.

Sobre essa situação, Falcão (2022) afirma que a universalização da dignidade humana foi colocada à prova durante a pandemia, porque, além das razões econômicas, a parcela

¹¹ 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.

empobrecida da sociedade ficou mais exposta aos riscos de contágio, já não se isolara adequadamente, pois vive, 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 deficiente acesso 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.

Então, 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), *apud* 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.

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.

Conseqüentemente, no auge da pandemia foi observado altas concentrações de óbitos nas extremidades do município, que externaram 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.

Sobre a heterogeneidade na expansão da pandemia de COVID-19, o Instituto Pólis, mediante o estudo elaborado por Nisida et al. (2022), apresentou o balanço dos impactos da COVID-19 de 2020 a 2021 no município de São Paulo. 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 síndrome gripal 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 Determinantes Sociais de Saúde (DSS)¹², 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

¹² 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 e Pellegrini Filho, 2007).

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 síndrome gripal 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.

Em relação ao estudo específico da distribuição espaço-temporal dos casos de síndrome gripal por COVID-19, também chamados de casos leves, a análise da distribuição espaço-temporal das taxas (por 1.000 habitantes) de síndrome gripal por COVID-19 indica 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 (Figura 2 – A e B).

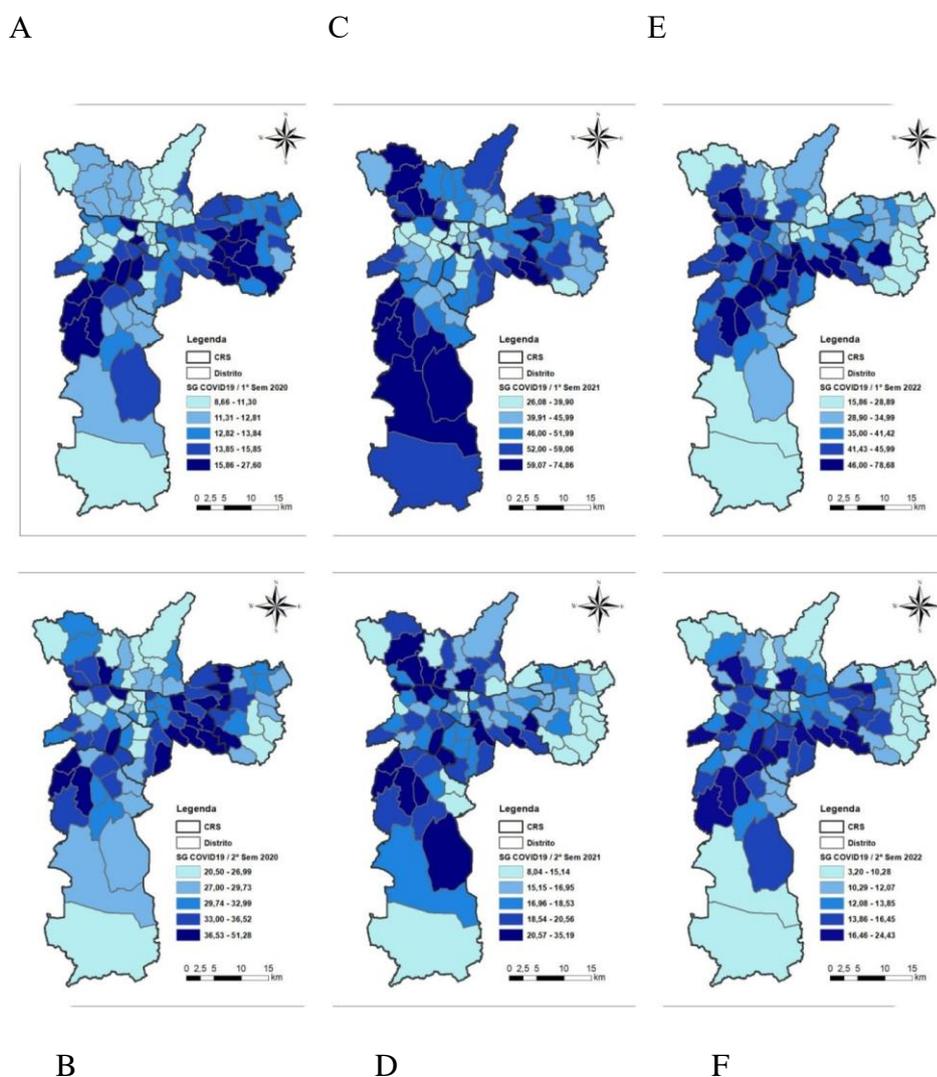
No primeiro semestre desse ano, as maiores taxas estão nas fronteiras entre as regiões leste e sudeste, e na fronteira entre as regiões oeste e sul, sendo a região norte e o extremo sul do município aqueles com as menores taxas. Já no segundo semestre, chama a atenção a concentração das taxas de SG na região sudeste do município, agora com algum avanço para a região norte (Figura 2 – 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 2 – 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 2 – E e F).

Figura 2. 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.



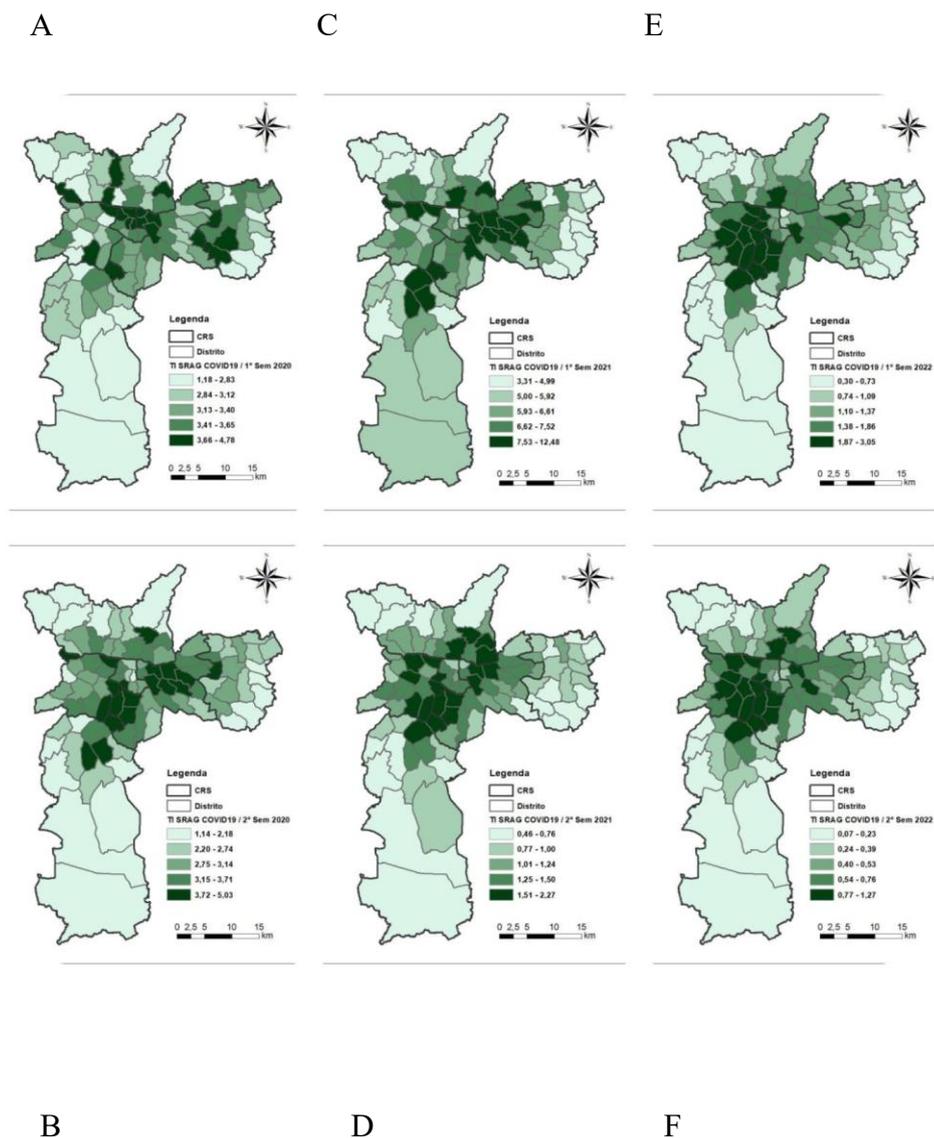
Fonte: elaboração própria

Em seguida, apresentamos as análises relativas aos casos de SRAG internados. Nos meses iniciais da pandemia (de março a junho de 2020), o MSP teve internações em todas as regiões, variando entre 1,18 a 4,78 casos de SRAG internados por 1.000 habitantes, porém, com maior concentração nas regiões central e sudeste do município, e em 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 3 – 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 3 – 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 3 – E e F).

Figura 3. 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: elaboração própria

Por fim, temos os dados dos óbitos causados pela doença. 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 4 – A e B).

O primeiro semestre de 2021 contou com as maiores taxas de mortalidade no período pandêmico - entre 0,82 e 3,10 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 4 – C e D).

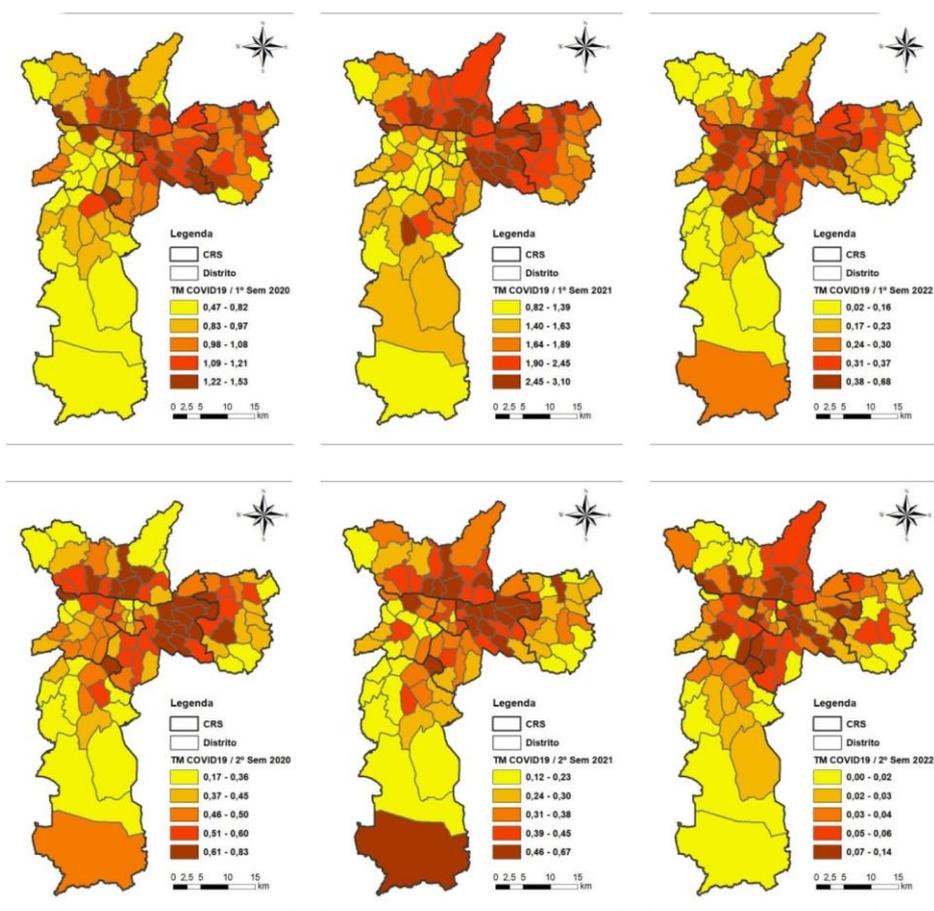
Por fim, no ano de 2022, as taxas de mortalidade, no primeiro semestre, seguem com variação similar ao semestre anterior, de 0,02 a 0,68, e, no segundo semestre, observam-se as menores taxas de todo o período avaliado – de 0,00 a 0,14. No primeiro semestre, alguns distritos da região oeste voltam a ter 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 4 – 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 4. 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.

A

C

E



B

D

F

Fonte: elaboração própria

4. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desigualdade socioespacial afetou a disseminação da COVID-19 e a sobrevivência à doença nos territórios do município de São Paulo. A ausência da oferta, de forma equilibrada, de serviços públicos de qualidade, tais 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, teve um forte impacto na disseminação dos casos de COVID-19. Percebe-se, assim, que o direito à vida urbana equilibrada, com acesso a condições de vida dignas, com educação, habitação, trabalho, recreação, circulação e cidadania, está ainda distante.

Entretanto, é o enfrentamento dos fatores que levam às iniquidades em saúde 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.

A Constituição Federal de 1988, reconhecida como cidadã, 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). Em complemento, 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).

No que tange a disseminação de doenças, tais como a COVID-19, 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.

Já Menegat e Almeida (2004), *apud* 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.

Filho *et al.* (2017, *apud* 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.

Fica claro, então, que medidas de mitigação da desigualdade são fundamentais para a garantia do direito à cidade e o acesso à saúde, afinal, 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” (Demenech *et al.*, 2020, p. 9).

Nesse sentido, importante destacar que para a promoção adequada de serviços de saúde, o combate à desigualdade deve ser realizado em conjunto com o fortalecimento da estrutura do

Sistema Único de Saúde (SUS), que, conforme prescrito no artigo 198 da Constituição Federal¹³, e uma rede de ações e serviços públicos de saúde regionalizada e hierarquizada. Explicam Lima *et al.* (2020) que a implementação do SUS permitiu a expansão da oferta e cobertura de ações e serviços de saúde no território nacional de forma inquestionável. Isso porque o SUS se fundamenta no conceito de saúde¹⁴ que ultrapassa a concepção de ausência de doenças e estabelece uma rede de ações e serviços orientados a cada esfera de governo. Esta rede tem o dever de prestar atendimento integral às necessidades de saúde; de considerar os diferentes níveis de complexidade das ações e dos serviços; e, de garantir a efetiva participação da comunidade (Dallari, 2008).

¹³ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

¹⁴ O conceito de saúde que fundamenta o SUS é o adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) logo após o término na 2ª Guerra Mundial, que prescreve que a “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).

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal¹⁵ é claro ao estabelecer uma relação entre as políticas sociais e econômicas do Estado e a eficácia do direito à saúde. Como ensinam Araújo e Joazeiro (2019), as políticas públicas de saúde relacionam com políticas sociais de combate às vulnerabilidades e as desigualdades sociais. Necessário, portanto, que seja fornecido o cuidado integral e que as políticas sociais sejam intersetoriais nos territórios os quais a rede de serviços de saúde e a rede de atendimento das demais políticas sociais estão situadas.

Assim, para enfrentar situações de emergências sanitárias semelhantes à vivida na pandemia, Lima *et al.* (2020) afirmam que é necessária a integração entre áreas da política pública e da articulação entre governos para o desenvolvimento de medidas mais efetivas de mitigação dos danos sociais, econômicos e sanitários.

No entanto, Albuquerque e Ribeiro (2021) 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.

Isto posto, com base em pesquisas adicionais de impactos socioeconômicos e comportamentais, é necessário que se estabeleçam estratégias de combate à desigualdade, considerando, inclusive, 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. 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 casos de COVID-19, e os indicadores da doença foram relacionados com o Índice de Desenvolvimento Humano nas divisões territoriais do município de São Paulo. Uma análise mais profunda será capaz de

¹⁵ 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 sua promoção, proteção e recuperação.

fornecer dados importantes sobre como fatores socioespaciais afetaram 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 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.

Cabe destacar algumas limitações deste estudo. Os dados de cobertura vacinal não foram disponibilizados no TabNet da SMS, impedindo a análise deste importante fator condicionante da evolução da pandemia; e a utilização do IDH do ano de 2010, atualizado com base no Censo Demográfico de 2010, pode não refletir as condições atuais do indicador nos territórios do município de São Paulo.

5. REFERÊNCIAS

AKERMAN, M., FIGUEIREDO, G. L. A., MARTINS, C. H. G. Editorial. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 22, n. 12, p. 3818, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053795001> Acesso em 27 set de 2023.

ALBUQUERQUE, M. V. DE.; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, pp. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208720> Acesso em: 2 de jun. de 2023.

AMANAJÁS, R.; KLUG, L. B. Direito à cidade, cidades para todos e estrutura sociocultural urbana. 2018. In Marco. A. C.; Marcos. T. Q. M. e César. B. Favarão (org.), **A Nova Agenda Urbana e o Brasil: insumos para sua construção e desafios a sua implementação**. Brasília, pp. 29-44, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8622> Acesso em: 27 jun de 2023.

CAMPELLO, T., GENTILI, P., RODRIGUES, M.; HOEWELL, G. R. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. **Saúde em Debate**, v. 42, pp. 54-66, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S305> Acesso em: 27 de set. 2023.

DALLARI, S. G. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 9, n. 3, pp. 9-34, 2008. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932> Acesso em: 29 jun. 2023.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; AQUINO, R. C; WITTER, C.; BURITI, M. A.; PREARO, L. C. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade. **Psicologia & Sociedade**. Recife, v. 26, n. 2, pp. 496-505, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200025> Acesso em: 31 mai. 2023.

DEMENECH, L. M.; DUMITH, S. C; VIEIRA, M. E. C. D; NEIVA-SILVA, L.; Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 23, pp. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095> Acesso em: 12 jun. 2023.

DIGNIDADE da pessoa urbana: ODS (ONU) vinculantes no sistema legal brasileiro. Circuito Urbano. Comissão Especial de Direito Urbanístico da Ordem dos Advogados do Brasil – Conselho Federal, 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qjf8u0DW6O8&t=7323s> Acesso em 27 set de 2023.

FALCÃO, T. T. . Covid-19: funções sociais da cidade e da propriedade e alterações na dinâmica urbana. **Revista Brasileira de Direito Urbanístico | RBDU**, Belo Horizonte: Fórum, v. 8, n. 14, p. 165–195, 2022. Disponível em: <http://biblioteca.ibdu.org.br/index.php/direitourbanistico/article/view/256> Acesso em: 27 set. 2023.

HOUVÈSSOU, G. M., SOUZA, T. P. D.; SILVEIRA, M. F. D. 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**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100025> Acesso em 27 set de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. Brasília, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>. Acesso em: 1º jun. 2023.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, pp. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220> Acesso em: 29 de jun. de 2023.

MINAYO, M. C. S.; FREIRE, N. P. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3555-3556, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020> Acesso em 27 set de 2023.

NISIDA, V., KLINTOWITZ, D., CAVALCANTE, L., FAUSTINO, D., LUIZ, O., KAYANO, J.; ALHO, I. (2022). Dois anos de pandemia no município de São Paulo. **Instituto Pólis**. São Paulo. 2022. Disponível em: <https://polis.org.br/estudos/dois-anos-de-pandemia-no-msp/#> Acesso em 27 set de 2023.

OLIVEIRA, S. C., AKERMAN, M. O direito à cidade e o direito à saúde. **VERSUS São Paulo** textos reunidos. pp. 42-46, 2019. Disponível em: <https://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/2020/02/10/o-direito-cidade-e-o-direito-saude/> Acesso em 27 set de 2023.

ORELLANA, J. D. Y.; CUNHA, G. M. DA; MARRERO, L; HORTA, B. L.; LEITE, I. C. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. **Cadernos de**

Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, pp. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120020> Acesso em: 2 de jun. de 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19> Acesso em: 12 jun. 2023.

PAREMOER, L., NANDI, S., SERAG, H.; BAUM, F. Covid-19 pandemic and the social determinants of health. **BMJ** (Clinical research ed.), v. 372, n. 129, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n129> Acesso em 27 set de 2023.

PIRES, L. N.; CARVALHO, L.; XAVIER, L. L. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. **Experiment Findings**, v. 21, n. 10.13140, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.27014.73282> Acesso em 27 set de 2023.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. PNUD no Brasil. O que é IDH. [2020?] Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-%C3%A9-o-idh> Acesso em: 31 mai. 2023.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. The Human Development Report 2021/2022. Nova York, p. 307, 2022. Disponível em: https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewptpdf.pdf?_gl=1*171otv3*_ga*MTUxNDA2NjY2OS4xNjg1NTQyMjY3*_ga_3W7LPK0WP1*MTY4NTU2MDMxNi40LjAuMTY4NTU2MDMxNy41OS4wLjA. Acesso em: 31 mai. 2023.

SANTOS, D. P.; FERREIRA, I. M.; A Segregação Espacial e Residencial na Cidade Contemporânea. **Estudos Interdisciplinares em Ciências Ambientais, Território e Movimentos Sociais.** São Paulo, p. 175-189, 2016. Disponível em: <https://openaccess.blucher.com.br/article-details/a-segregacao-espacial-e-residencial-na-cidade-contemporanea-19953> Acesso em: 12 jun. 2023.

SÃO PAULO. **Decreto n.º 64.881, de 22 de março de 2020**. Decreta quarentena no Estado de São Paulo, no contexto da pandemia de COVID-19 (Novo Coronavírus), e dá providências complementares. São Paulo, SP: Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/193361> Acesso em: 12 jun. 2023.

SÃO PAULO. **Lei n.º 11.220, de 20 de maio de 1992**. 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. São Paulo, SP: Prefeitura do Município de São Paulo. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-11220-de-20-de-maio-de-1992> Acesso em: 1º de jun. de 2023.

SÃO PAULO. Observatório de Indicadores da Cidade de São Paulo, 2023. Disponível em: <https://observasampa.prefeitura.sp.gov.br/index.php> Acesso em 1º jun. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC). **Indicadores Sociodemográficos da População Idosa residente na Cidade de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, 2020. Disponível em: [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) Acesso em: 12 jun. 2023.

SAULE JÚNIOR, N; LIBÓRIO, D.C. Questões chave sobre a noção jurídica do direito à cidade. **Revista de Direito da Cidade**, v. 13, n. 3, pp. 1466 – 1494, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rdc.2021.43832> Acesso em 27 set de 2023.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003> Acesso em 29 jun. 2023.

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. Fatores associados à

vulnerabilidade da não adesão do distanciamento social de trabalhadores na COVID-19. **Rev. Enferm. Atual In Derme** [Internet], v. 93, 2020. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/772> Acesso em 27 set de 2023.

VIEIRA RUSCHEL, C.; MILIOLI, G.; OLIVEIRA, I. R. A tragédias dos comuns e as questões sanitárias em tempos de covid-19: reflexões para repensar o direito à cidade. **Revista de Direito da Cidade**, v. 14, n. 1, p. 194–225, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/rdc/article/view/55888> Acesso em: 27 set. 2023.