

## **DISPARIDADES SOCIAIS NA INCIDÊNCIA DO COVID 19: Os afetos ocasionados pela pandemia de 2020 nas divergências sociais**

**Lúcio Paulo Alves Pires,**  
Universidade Estadual de Maringá - UEM,  
lucpaulo@hotmail.com

**William Antonio Borges,**  
Universidade Estadual de Maringá - UEM,  
willborges@gmail.com

### **RESUMO**

O objetivo deste artigo é compreender quais ações o Estado tem tomado para combater as disparidades sociais durante a epidemia/pandemia do novo coronavírus. Questionando o aumento no número de casos contaminados e de óbitos em “territórios excluídos da cultura urbana” (ROLNIK, 2015), bairros populares, favelas e periferias, segundo a autora, territórios estigmatizados e segmentados dos espaços urbanos. Por meio de uma pesquisa qualitativa, em dados secundários, fornecidos pelas principais fontes de notícias oficiais do Governo Federal e entrevista semiestrutura com médico intensivista atuante na Clínica COVID localizada na região Norte/Nordeste. Visto que, foi correlacionando a falta do direito a cidade, ao avanço da pandemia e seus afetos.

**Palavras-chave:** Corona vírus; COVID – 19; Pandemia; Direito à Cidade; Problema Público; Políticas Públicas; Estado.

## 1 INTRODUÇÃO

Há momentos na história da humanidade que devemos contornar disparidades, e buscarmos ações imediatas, rompendo barreiras construídas socialmente com o fim de combatermos problemas públicos. No final do ano de 2019 a imprensa internacional alertava sobre um novo vírus na China, um caso de doença infecciosa que se alastrava pelo território oriental. Em 26 de fevereiro de 2020 o Ministério da Saúde confirmava o primeiro caso no Brasil. Quatorze dias após esta data, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarava um surto epidêmico.

Segundo Carvalho (2020), “estamos, neste momento, acuados por um fenômeno novo já reconhecido formalmente pela OMS como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (PHEIC), uma pandemia”. Segundo o autor, o surto ocorre quando todas as atenções científicas, sociais e políticas estão voltadas para “o fantasma da vez” (CARVALHEIRO, 2020).

O “fantasma da vez”, o novo coronavírus, causado pelo Covid 19, já contabilizou só no Brasil mais de três milhões de casos, com mais de cem mil mortes (BRASIL, 2020), segundo o Ministério da Saúde, a primeira morte por conta do vírus no Brasil ocorreu em 12 de março de 2020. A vítima, uma mulher de 57 anos, internada no Hospital Municipal Doutor Carminio Cariccio, da zona leste de São Paulo (G1, 2020). Região da capital paulista com maiores índices de violência e menores índices de renda *per capita*, segundo IDH (IBGE, 2010).

Logo, o objetivo deste artigo é questionar como lidar com aumento de número de casos contaminados pelo COVID – 19, em territórios excluídos da cultura urbana (ROLNIK, 2015), bairros populares, favelas e periferias, segundo a autora, territórios estigmatizados e segmentados dos espaços urbanos em que a viabilização da vida, do direito a cidade é atendido com demasiado descaso (ROLNIK, 2015).

Espaços de guerras, de lugares, “esse modelo desenvolvimentista e socialmente perverso que resulta na consolidação de uma das sociedades mais desiguais do mundo, em que a maioria da população não tem atendidas necessidades básicas, tal como a habitação” (ROLNIK, 2015, p. 267). Logo, quais ações o Estado tem tomado para combater as disparidades sociais perante a pandemia do novo coronavírus no ano de 2020?

Diante do exposto é urgente repensarmos políticas públicas para superarmos as disparidades sociais ocasionados durante a pandemia do Covid 19. Visto que o território

brasileiro urbano, segundo Rolnik (2015), é construído socialmente, historicamente, economicamente gerando segregações de espaços e lugares, segundo a autora, “trata-se de territórios estruturados sob a lógica das necessidades de sobrevivência e da invenção, para que o capital financeiro – a moeda que circula livremente, desencarnada de qualquer território – possa ali pousar em paz” (ROLNIK, 2015, p. 253).

## **2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Com o objetivo de construir uma ótica sobre a problemática explicitada, a pesquisa utiliza-se de uma abordagem de caráter qualitativo, esta abordagem é definida por Vieira (2004) como aquela que se caracteriza pela não utilização de métodos estatísticos de coleta e análise de dados. A partir dessa construção, tem-se a possibilidade de um empreendimento político e coletivo, ao considerar pluralidades de vozes e focar estruturas locais e relacionais, permitindo não só captar aspectos objetivos, mas subjetivos dos sujeitos que fazem parte da pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Elucidando a pesquisa bibliográfica, de levantamento de dados secundários em artigos científicos publicados nos anais de políticas públicas e medicina. Além dos principais meios de notícias oficiais, disponibilizados pelo Governo Federal, utilizando legislações e ações demandadas por meio de decretos legislativos do Estado, durante este período de pandemia. Para alavancar maior viabilidade e comprovação científica, realizei uma entrevista, através de plataforma digital, com médico intensivista, cirurgião geral, Dr. José Aristides, para narrar sua experiência atuando na Clínica COVID, localizada na região Norte/Nordeste.

## **3 DA CHINA PARA O MUNDO**

Em dezembro de 2019 foi encontrado em Wuhan, província de Hubei, China, casos de uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-Coronavirus-2 (SARS-COV-2), com um padrão de epidemia de agrupamento, com via de exposição rápida (HUANG, et al., 2020). Segundo Perlman (2020), a rápida resposta da comunidade chinesa, permitiu o reconhecimento da doença clínica e a compreensão inicial perante a epidemiologia. Segundo o autor, a infecção acabou por ser mais disseminada do que o esperado, dado os reagentes do vírus (PERLMAN, 2020).

O COVID – 19 foi diagnosticado com o Programa de Diagnostico e Tratamento de Pneumonia do Novo Corona Vírus, seguindo três critérios, sintomas respiratórios,

características de imagem do SARS e contagem de leucócitos e linfócitos (HUANG, et al, 2020). Segundo os autores, por apresentar pessoas infectadas assintomáticas e transmissão por vias respiratórias a incidência do vírus ocorreu em alta contaminação. O vírus se espalhou para a comunidade através de pessoas que entram em contato com o mercado de frutos do mar, formando transmissão comunitária, e a transmissão pessoa a pessoa e agrupada foram ocorrendo em muitas comunidades e famílias em Wuhan.

Em poucos dias o vírus avançava os territórios pelo globo, “uma característica marcante da epidemia SARS, foi que o medo desempenhou um papel importante nas consequências econômicas e sociais” (PERLMAN, 2020). Alguns dias após a disseminação do vírus, a OMS declarou surto epidêmico.

#### 4. O SURTO EPIDÊMICO

Há momentos na história da humanidade que devemos contornar disparidades, e buscarmos ações imediatas, rompendo barreiras construídas socialmente com o fim de combater problemas públicos. E há doenças que, pela natureza e seus processos epidêmicos, assolaram a humanidade durante séculos - as pestilências (CARVALHEIRO, 1992, p.25).

“Relacionam-se seus respectivos processos com a história da humanidade, a organização das medidas e as próprias técnicas de combate. Os fantasmas do passado são as Doenças Quarentenáveis. Preocupa o seu ressurgimento no mundo atual e a emergência de novos fantasmas que assolam a humanidade: doenças crônico-degenerativas, violência e trauma, AIDS, influenza. Os velhos fantasmas, quando ressurgem o fazem com características e estruturas epidemiológicas mudadas”

E temos no Covid – 19 um caso de doença infecciosa, de vasta disseminação com efeitos ambientais, por um processo patológico concentrado, uma clássica epidemia. Segundo Carvalho (2020), uma epidemia deve ser considerada não como um tipo especial de doença, mas sim como um complexo processo de uma patologia, concentrada no tempo e no espaço. Para o autor, “as cartas de controle, empregadas pelo serviço de saúde, permitem uma aproximação à fase, endêmica ou epidêmica, em que se encontram doenças sujeitas a vigilância em todo o mundo, as quarentenáveis” (CARVALHEIRO, 2020, p. 7).

Para Carvalho (2020), um surto epidêmico pode ser encarado como um indício de concentração de episódios que merece um estudo mais profundo. Segundo Sinnecker (1976), ocorre quando assume um processo massivo, concentrado no tempo e no espaço, expandindo

para outras cidades, outros países, diferentes continentes, limitado no tempo, mas não no espaço.

No Brasil, o Ministério da Saúde confirmou o primeiro caso em 26 de fevereiro de 2020, entretanto, o que era esperado pelos órgãos responsáveis, segundo Carvalheiro (2020), era apenas uma coleção de endemias com características diversas distribuídas pelo território, contudo, rapidamente o vírus avançou sobre o país gerando uma das maiores epidemias mundiais. Segundo o autor, estamos com um processo inusitado, em que há divergências na luta contra um agente pouco conhecido:

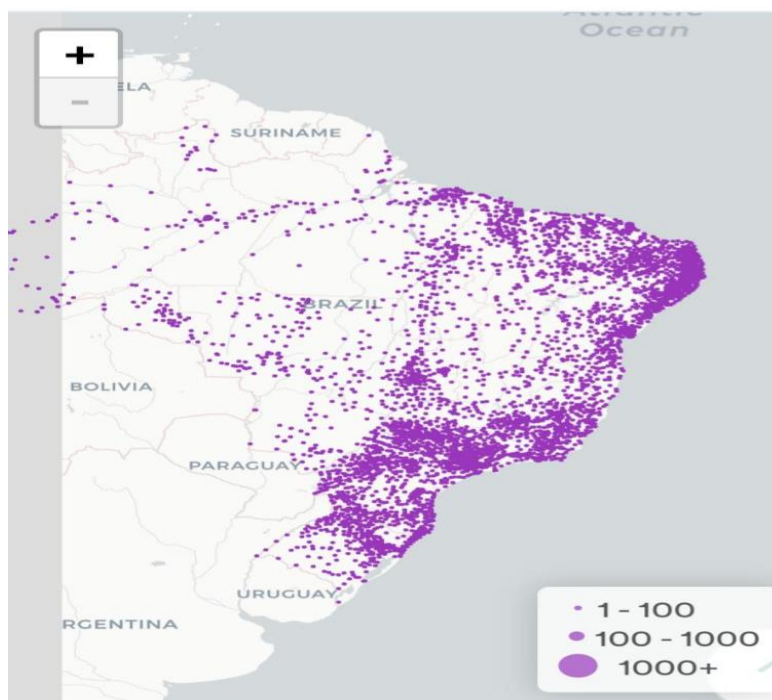
“A sua relação parasita/hospedeiro é ainda pouco elucidada. O que sabemos deriva da observação empírica de hospedeiros atingidos. A ciência vai, devagar, construindo o quadro da História Natural da Doença Covid-19” (CARVALHEIRO, 2020).

Pela diversidade do vírus e sua transmissão, segundo a OMS, as propostas de controle fatalmente terão características próprias (OMS, 2020). O que, segundo Cavalheiro (2020), exige um esforço de coordenação e uma habilidade política por parte dos dirigentes. Entretanto em poucos meses o Brasil já ultrapassava dos três milhões de casos (BRASIL, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, o país registrou em seis meses de pandemia um total de 3.761.391 (três milhões, setecentos e sessenta e um mil, trezentos e noventa e um) casos infectados, com incidência de 118.648 (cento e dezoito mil seiscentos e quarenta e oito) óbitos confirmados (GOVERNO FEDERAL, 2020).

A maior concentração de casos da doença ocorre nas áreas urbanas, e dentre os óbitos ocorridos, percebe-se segundo gráfico apresentado, uma maior ocorrência nos centros urbanos brasileiros com maiores densidades demográficas, municípios como São Paulo – SP e Rio de Janeiro – RJ (BRASIL, 2020).

### Óbitos de COVID-19 por Município de notificação



Fonte: Secretaria da Saúde (BRASIL, 2020).

Entretanto, também é apontado um grande volume de óbitos na região nordeste do Brasil (GOVERNO FEDERAL, 2020), segundo as Secretarias Estaduais do Nordeste, o número de óbitos do nordeste ultrapassa os trinta e quatro mil habitantes, com uma proporção de mortalidade a cada cem mil habitantes de 60,4, valores que se igualam proporcionalmente a região mais populosa do Brasil, o Sudeste, de 60,5 mortalidade/habitante.

Geograficamente, os menores índices demográficos do Brasil são encontrados no Nordeste, região em alta divergências sociais, principalmente relacionando os grandes centros com a periferia. No Brasil o processo de urbanização ocorre a partir da capitalização que incide sobre os territórios (ROLNIK, 2015).

Os territórios são historicamente, socialmente, economicamente e politicamente capturados por uma lógica de mercado (ROLNIK, 2015). O que de fato, contribuiu para o aumento da epidemia nos espaços de luta, periferias e favelas, territórios em que o uso e ocupação do solo ocorre de maneira atípica, como visto no gráfico.

Territórios segundo a autora, em que o modelo de urbanização estabeleceu condições de espraiamento de enormes assentamentos autoconstruídos nas franjas urbanas, em que formas ambíguas de segurança da posse e padrões não planejados de uso do solo prevalecem (ROLNIK, 2015, p. 267). Espaços, em que a luta pelo direito à cidade os constitui como parte



integrante (REBOUÇAS; MANZI; MOURAD, 2019). Segundo o gráfico *Óbitos de COVID – 19 por município de notificação*, territórios urbanos com grande número de casos e óbitos ocasionados pelo coronavírus (BRASIL, 2020).

## 5 COVID – 19 E O DIREITO À CIDADE

O direito à cidade nacional, ativos em cidades como Nova York e Los Angeles, em parte foi inspirado pelas conquistas dos movimentos sociais urbanos no Brasil, os quais fizeram com desconhecimento quase total do nome de Lefebvre (HARVEY, 2014). Os movimentos de insurgências nacionais passaram a reivindicar o direito de todos a viver em uma casa e um ambiente decentes, o que para Harvey (2014), pode ser visto como um primeiro passo para um movimento revolucionário mais abrangente.

“O direito a cidade não é um direito individual exclusivo, mas um direito coletivo concentrado” (HARVEY, 2014, p. 245). Segundo o autor, inclui não apenas os trabalhadores, mas também todos aqueles que facilitam a reprodução da vida cotidiana (HARVEY, 2014):

“Portanto, convenhamos: a ideia do direito à cidade não surge fundamentalmente de diferentes caprichos e modismos intelectuais (embora eles existam em grande número, como sabemos). Surge basicamente das ruas, dos bairros, como um grito de socorro e amparo de pessoas oprimidas em tempos de desespero (HARVEY, 2014, p. 15).

O debate do direito à cidade no contexto brasileiro, segundo Chagas (2020) é premente e reivindicado por movimentos coletivos das mais diversas esferas, com diferentes demandas, segundo a autora, a sociedade urbana sinaliza a construção de uma nova sociedade, que não se fará nem pela empresa, nem pelo Estado, mas no movimento da prática social.

“Assim, a cidade só pode ser reinventada por meio do exercício de um poder que demande do coletivo agir sobre o processo de construção da urbe e do espaço urbano, processo esse que vai além do espaço físico, mas representado também pela organização política, econômica e social” (CHAGAS, 2020).

A cidade tradicional, segundo Harvey (2014), foi morta pelo desenvolvimento capitalista descontrolado, vitimada por sua interminável necessidade de dispor da acumulação desenfreada de capital capaz de financiar a expansão interminável e desordenada do crescimento urbano, sejam quais forem suas consequências sociais, ambientais ou políticas. O que, segundo Rolnik (2015), consolidou a progressão dos territórios populares, marcados pela diferença centro/periferia. Segundo a autora:

Se por um lado, os espaços que se constituíram nos anos do grande crescimento urbano são hoje dotados de água, luz, equipamentos públicos e espaços comerciais, por outro, uma nova geografia da pobreza e da vulnerabilidade social, muito mais heterogênea e complexa, define o ‘lugar dos pobres’ na cidade, um grupo social também muito mais heterogêneo (ROLNIK, 2015, p. 265).

Criou-se um modelo de cidade concentrador de oportunidades de desenvolvimento econômico e humano em setores de alta concentração de renda no território urbano, segundo Rolnik (2015), o que produziu a expansão permanente de periferias escassamente urbanizadas. O que permite a manifestação da crise de forma aguda nas cidades perante o novo coronavírus, segundo Chagas (2020), a pandemia revelou problemas socioespaciais urbanos e que precisam ser discutidos, reivindicados pelos movimentos sociais e (re)colocados na agenda pública, como:

O déficit habitacional e as moradias precárias, a falta de saneamento básico que ainda persiste em muitas partes do país, transportes públicos lotados e pouco eficientes, o desemprego e o trabalho informal, a dificuldade de acesso aos equipamentos urbanos comunitários por grande parte da população são algumas questões que precisam ser retomadas com urgência no Brasil e desvelam que o direito à cidade não é devidamente assegurado a todos os cidadãos e cidadãs (CHAGAS, 2020).

Como explana Chagas (2020), nos estudos organizacionais, e Cavalheiro (2020), na medicina social também defende a falta de instalações disponíveis, segundo o autor nosso sucesso depende da qualidade e da quantidade das instalações disponíveis, com seu instrumental adequado e seguro, além de recursos humanos especializados.

Logo, as instalações disponíveis devem ser compatíveis com a crise gerada pela pandemia do COVID – 19, segundo Carvalho (2020), caso os novos infectados não terem acesso, morrem se não forem atendidos. O autor defende que à saúde da população depende da saúde do sistema de cuidados.

E o direito à cidade, segundo Lefebvre (1968), é a queixa a uma resposta perante a dor existencial de uma crise devastadora da vida cotidiana na cidade. Dor, pela falta de condições mínimas de existência, no enfrentamento perante a pandemia causada pelo novo corona vírus. Segundo Carvalho (2020), há diferenças de imunidade coletiva nas diversas classes sociais, segundo o autor, classes sociais que não podem desvincular de suas condições de vida e trabalho, dos seus mecanismos de reprodução social, que incluem o consumo de bens e serviços, entre os quais a moradia e suas características.



Numa epidemia de grande porte, como a ocorrida na cidade de São Paulo na década de 70, os perfis saúde e doença das demais classes poderão alterar-se a ponto de projetar, no nível político, a necessidade de enfrentar o problema. A classe hegemônica sempre encontrou mecanismos de fugir às epidemias, a história está repleta de exemplos: ou bem fugia, literalmente, para locais menos insalubres, ou afastava (confinava) os pobres e/ou os doentes e criava mecanismos de vigilância (CARVALHEIRO, 2020, p.27).

Entretanto, os grupos ligados à aliança pelo Direito à Cidade, segundo Harvey (2014), basicamente formados por moradores de baixa renda em comunidades negras, pessoas sem-teto, jovens negros, grupos de LGBTQ, entre outras minorias, lutam pelo tipo de desenvolvimento que vá de encontro a seus desejos e necessidades, por seus direitos à moradia, segurança pública e aos serviços básicos (HARVEY, 2014, p.21). Serviços básicos como de saúde e moradia, visto que, segundo Moore et al. (2020), as iniquidades sociais e de saúde de longa data resultam em maior risco de infecção, doenças graves e morte pelo COVID – 19.

A identificação de disparidades de saúde entre as classes sociais, na elucidação do problema público, proporciona melhores resultados a sociedade relacionados ao COVID -19, como demonstra Moore et al.(2020), em um estudo realizado entre as comunidades negras: “Identifying health disparities in COVID-19 hotspot counties can inform testing and prevention efforts. Addressing the pandemic’s disproportionate incidence among communities of color can improve community-wide health outcomes related to COVID-19” (MOORE et. al, 2020).

## 6 “RECURSOS TÊM, FALTAM AÇÕES”

Carvalho (2020), relaciona a qualidade das instalações ao sucesso no combate de pandemia/epidemia. Conforme entrevista realizada digitalmente, Dr. Aristides, cirurgião geral, intensivista das UTIs COVID na região norte/nordeste do Brasil, reafirma:

No início da pandemia, tivemos que ‘se virarmos’ com que tínhamos, agora que começou a chegar algumas instalações médicas, os números de leitos são mínimos” [...]Eu concordo, que a ineficiência da estrutura causa a piora de tudo. Nas cidades menores não há vaga para doentes. Nesse mês de setembro agora que o Estado conseguiu um pouco mais de instalações. Porém há pessoas que morrem esperando vaga de UTI. Municípios vizinhos não tem nem respiradores para fazer transporte para outros hospitais.

Os dados disponíveis na base do Ministério da Saúde demonstram um alto índice de óbitos em regiões de baixos índices demográficos, como o caso da região nordestina, espaços de guerra, territórios excluídos, os quais, segundo Bizelli (2005), o governo deveria agir como

ordenador da vida cotidiana dos cidadãos e, sob o pretexto da organização do espaço público, condicionando o acesso a cidadania, ao direito à cidade.

O esforço de democratização de uma sociedade concreta passa, necessariamente, pela garantia do Direito a Cidade para todos, ou seja, pela garantia do direito à vida que se reproduz nas cidades, aos objetos que são produzidos e consumidos, as relações produtivas, afetivas e organizacionais que se cristalizam na malha urbana, ao universo simbólico que entrecruza culturas, mitos, religiosidades, crenças e saberes (BIZELLI, 2005). Pois, as cidades, segundo Chagas (2020), são os espaços centrais da vida cotidiana, espaços de resistências para garantir condições de vida, sobretudo, segundo a autora, no contexto pós-pandemia.

Contexto vivenciado na luta daria pelos profissionais de saúde, no combate e prevenção da doença, pelas classes menos favorecidas, que necessitam trabalhar todos os dias em plena epidemia.

A morte está em grande escala, nunca na minha carreira vi tantos óbitos. Pessoas morrem, muitas vezes devido ao COVID, porém não é contabilizado por falta de testes.” [...] Os índices de mortalidade são muito alto, porém não há estrutura mínima para um atendimento digno as classes mais pobres. A gestão de saúde em sua grande maioria é péssima. Independente da formação do gestor, o que há são grandes empresas visando o capital.

Segundo o entrevistado, a dificuldade em combater a infecção, pela sua transferência por vias áreas, e a falta de ações e estruturas do Estado, demanda serviços e produtos (medicamentos, leitos, etc), abre portas para o capital financeiro, o que para o entrevistado, gera um problema público.

## **7 A AGENDA POLÍTICA E A PANDEMIA**

Os fatores que influenciam negativamente em específicos momentos do cenário político, como os vivenciados pela pandemia do novo coronavírus, são considerados problemas públicos, segundo Stern (1997), um fator negativo para o bem-estar, presente ou futuro da sociedade, é definido como um legítimo problema.

Para Secchi (2016, p. 5), “o problema público está para a doença, assim como a política pública está para o tratamento”, demandando ações do Estado. Segundo o autor, a doença (problema público) precisa ser diagnosticada, para então ser dada uma prescrição médica de tratamento (política pública), através dos instrumentos de políticas públicas para combater os efeitos desastrosos ocasionados (SECCHI, 2016).

Entretanto, busca necessidades para pôr em prática na agenda política as disparidades sociais perante a nova pandemia, sendo que, segundo Borges (2013), apenas a elaboração e a constituição da agenda permitirão configurar um conjunto de ações com o objetivo de alcançar os objetivos estabelecidos pela política. Contudo, enfatiza Secchi (2010), a importância dos atores políticos ao combate de um problema público:

Se um problema é identificado por algum ator político, e esse ator tem interesse na sua resolução, este poderá então lutar para que tal problema entre na lista de prioridade de atuação. Esta lista de prioridade é conhecida como agenda (SECCHI, 2010, p. 45).

Segundo o autor, a política pública brasileira é baseada no engajamento ou não dos atores e analistas de políticas públicas e a interpretação dos mesmos, perante os problemas apresentados (SECCHI, 2016). Entretanto, a pandemia/epidemia do COVID – 19 é um problema que afeta os *status quo* da sociedade.

## 8 AÇÕES DO ESTADO PERANTE A PANDEMIA

No dia 18 de março de 2020, o presidente da república em função, enviou ao Senado Federal o pedido para decreto de estado emergencial, o qual dois dias após o envio, em sessão virtual inédita, do dia 20 de março de 2020, o Senado Federal aprovou o decreto legislativo que reconhece o estado de calamidade pública no Brasil em decorrência da pandemia do corona vírus (GOVERNO FEDERAL, 2020).

Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). “No documento, o Governo Federal lembrou que já houve a abertura de crédito extraordinário na Lei Orçamentária Anual no importe de mais de R\$ 5 bilhões, conforme Medida Provisória nº 924, de 13 de março de 2020, mas que a medida não é suficiente para dar cobertura às consequências decorrentes da pandemia” (GOVERNO FEDERAL, 2020).

Com a aprovação do decreto, criou-se uma comissão mista, formada por seis deputados e seis senadores, responsáveis por acompanhar a execução dos gastos públicos (GOVERNO FEDERAL, 2020). Porém, o decreto tem como principal medida, a redução de interações sociais, mantendo trabalhadores em casa e fechando temporariamente estabelecimentos comerciais e industriais (BRASIL, 2020).

Estabelecendo orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da

Administração Pública Federal - SIPEC, quanto às medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus (COVID-19). Dispondo de restrições excepcionais e temporárias sobre a entrada no País de estrangeiros provenientes dos países, relacionados, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (GOVERNO FEDERAL, 2020).

As medidas devem causar grandes perdas na receita e na renda de empresas e trabalhadores, segundo a Agência do Senado, a pandemia causada pelo novo corona vírus tem provocado fortes efeitos na economia mundial, com estimativas de queda em até dois por cento no Produto Interno Bruto (PIB) Mundial de 2020 (GOVERNO FEDERAL, 2020).

Em contra partida, no dia 02 de abril de 2020, foi publicado a criação do auxílio emergencial mensal, valor de R\$ 600,00 pago à trabalhadores informais, microempreendedores individuais, contribuintes individuais da Previdência Social e desempregados (GOVERNO FEDERAL, 2020). O auxílio, segundo o Governo (2020), pode atender até dois membros da mesma família, chegando a R\$ 1.200,00, sendo repassado aos cidadãos pelos bancos públicos federais, Banco do Brasil, Caixa Econômica, Banco da Amazônia e Banco do Nordeste.

Contudo, o Ministério da Economia estima que o Bolsa Família, programa de distribuição de renda, terá alta de 15% no número de famílias até o ano de 2021 e chegará a 15,2 milhões de beneficiários, reconhecendo o aumento do empobrecimento das famílias brasileiras durante a pandemia do Covid – 19 (AUGUSTO, 2020).

O decreto nº 10.277 de 16 de março de 2020, instituiu o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. Regulamentando a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais, com intuito de manter apenas atividades mínimas comerciais abertas (GOVERNO FEDERAL, 2020). Concedendo a redução temporária da alíquota do Imposto de Importação ao amparo do artigo 50, alínea d, do Tratado de Montevideu de 1980, internalizado pelo Decreto Legislativo nº 66, de 16 de novembro de 1981; alterando a Instrução Normativa SRF nº 680, de 2 de outubro de 2006, que disciplina o despacho aduaneiro de importação fixando teto máximo de juros ao mês, para operações de empréstimo consignado em benefício previdenciário, e dá outras providências; Prorrogando o prazo para pagamento dos tributos federais no âmbito do Simples Nacional, e reduzindo temporariamente as alíquotas do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI incidentes sobre os produtos que menciona, tendo por objetivo facilitar o combate à pandemia

do novo Coronavírus (DECRETO, 2020), assim como a resolução nº 4.782, de 16 de março de 2020:

RESOLUÇÃO Nº 4.782, DE 16 DE MARÇO DE 2020: Estabelece, por tempo determinado, em função de eventuais impactos da Covid-19 na economia, critérios temporários para a caracterização das reestruturações de operações de crédito, para fins de gerenciamento de risco de crédito (BRASIL, 2020).

Entretanto, o § 1º, da resolução, não se aplica a qualquer reestruturação de operações, logo todo cidadão, trabalhador ou desempregado, caso já tenha problemas financeiros anteriores não se beneficia do decreto.

“§ 1º O disposto no **caput** não se aplica à reestruturação de operações: I - já caracterizadas como ativos problemáticos na data de publicação desta Resolução; ou II - com evidências de ausência de capacidade financeira da contraparte para honrar a obrigação nas novas condições pactuadas” (BRASIL, 2020).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Metaforicamente, Secchi (2016), compara doenças e tratamentos médicos com problemas e políticas públicas, segundo o autor, políticas públicas são ações para combater discrepâncias do status quo da sociedade (SECCHI, 2012). Contudo, o Brasil e o mundo globalizado vêm enfrentando, em ritmos acelerados, o avanço do novo coronavírus, gerando desde problemas de acessibilidade, saúde pública até econômicos.

No cenário nacional, a pandemia/epidemia tem acentuado os problemas financeiros, a pobreza, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), atinge atualmente cerca de 55 milhões de brasileiros, sendo 13,5 milhões, situados na extrema pobreza. O governo federal estima um aumento de 18% do programa Bolsa Família para 2021 (AUGUSTO, 2020).

Face aos expostos, este artigo buscou compreender quais ações o Estado brasileiro tem tomado perante a pandemia, ocasionada pelo COVID – 19, para combater as discrepâncias sofridas pelas classes menos favorecidas, afirmando segundo Cavalheiro (2020), Moore et. Al, (2020), a incidência menor de doenças no perfil de saúde da burguesia gerencial ou empresarial, classes com altos índices demográficos, quando correlacionado com outras classes, pela falta de acessibilidade a estruturas mínimas de saúde.

A falta de instalações, equipes médicas, gerenciamento público, saúde pública, do

direito à moradia com dignidade, de condições mínimas de existência, do direito a cidade para todos, está diretamente ligado ao aumento da propagação da infecção respiratória e no número de óbitos, causados pelo vírus do COVID – 19.

O problema público não está apenas na pandemia, na “doença” (SECCH, 2016, p. 5), mas a falta de ações para garantir o direito à cidade nos espaços de luta urbano, nos “territórios excluídos” (ROLNIK, 2015)

Resoluções, como a 4.782, de março de 2020, deveria estabelecer, não por tempo determinado, funções para eventuais impactos na economia, mas reestruturações de todo o espaço urbano, de espaços de lutas, para torná-los territórios de vida, garantindo o acesso ao Direito a Cidade. Entretanto, o avanço da pandemia/epidemia nos espaços urbanos, transformamos em territórios financeiramente favoráveis ao “empresariamento urbano” (HARVEY, 2011), aumentando as disparidades das classes sociais.

## REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Otavio. **Pandemia acentua despesas com Bolsa Família**. Disponível em: [https://www.metropoles.com/brasil/pandemia-acentua-pobreza-e-despesa-com-bolsa-familia-subira-18?utm\\_source=push&utm\\_medium=push&utm\\_campaign=push](https://www.metropoles.com/brasil/pandemia-acentua-pobreza-e-despesa-com-bolsa-familia-subira-18?utm_source=push&utm_medium=push&utm_campaign=push). Acesso em: 01 de Set. 2020.

BORGES, William Antonio. **Gestão Metropolitana**: sua construção a partir de duas experiências de associativismo territorial na Região Metropolitana de Curitiba. Tese (doutorado) FGV – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/legislacao-covid-19>. Acesso em: 01 set. 2020.

CARVALHEIRO, JOSÉ DA ROCHA. Os coletivos da Covid-19. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 7-24, 2020.

CARVALHEIRO, J. R. Pestilências: velhos fantasmas, novas cadeias. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, p.25-42, 1992.

CARVALHEIRO, J. R. **Processo migratório e disseminação de doenças**. Textos de Apoio - Ciências Sociais. Abrasco, RJ, p.27-55, 1983.

CHAGAS, Priscilla Borgonhoni. **O pensar e o repensar o direito à cidade em tempos de (e pós) pandemia**. In: Nuevo Blog. Disponível em: <https://nuevoblog.com/2020/07/08/o-pensar-e-o-repensar-o-direito-a-cidade-em-tempos-de-e-pos-pandemia/>. Acesso em: 28 de ago. 2020.



DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvona S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvona S. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

G1 (Rio de Janeiro). **Primeira morte por coronavírus no Brasil aconteceu em 12 de março, diz Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/27/primeira-morte-por-coronavirus-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco-diz-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 01 set. 2020.

GOVERNO FEDERAL. **Painel Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 set. 2020.

HARVEY, David. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

HUANG. C, WANG.Y, LI. X, et al. **Clinical features of familial clustering in patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan**. China, 2020.

IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/37/30255>. Acesso em: 01 set. 2020.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. Tradução de T. C. Netto. São Paulo: Documentos, 1969.

MOORE, Jazmyn T. et al. Disparities in Incidence of COVID-19 Among Underrepresented Racial/Ethnic Groups in Counties Identified as Hotspots During June 5–18, 2020—22 States, February–June 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 33, p. 1122, 2020.

OMS – Organização Mundial da Saúde. 2020, “SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)”. WHO Website [stem/2020]. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>

PERLMAN, Stanley. Another Decade, Another Coronavirus. *N Engl J Med* 2020; 382:760-762 DOI: 10.1056/NEJMe2001126. February, 2020.

REBOUÇAS, Thais de Miranda. MANZI, Maya. MOURAD, Laila Nazern, Experienciais de planos de bairro no Nordeste brasileiro: articulando planejamento insurgente e direito à cidade. **Cad. Metrôpoles**, São Paulo. V. 21, n. 46, set/dez, 2019.

ROLNIK, Raquel. **Guerra dos Lugares: a colonização da terra e da moradia na era das finanças**. Ed. Boitempo, São Paulo, 2015.

SECCHI, Leonardo. **Análise de Políticas Públicas: Diagnostico de problemas, recomendação de soluções**. Ed. 2, Cengage Learning. São Paulo, 2016

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**, Ed. 2º, Florianópolis, SC, 2012.

SINNECKER, Herbert. **General epidemiology**. Translated from the German by N. Walker. 1976.

STERN, Claudio. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. **Salud pública de México**, v. 39, p. 137-143, 1997.