

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

CHARON MAHRARA DE ARAÚJO LEITE

A DISPERSÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: UMA ANÁLISE
RELACIONAL DE HABITABILIDADE E RISCO À SAÚDE

PONTA GROSSA

2024

CHARON MAHRARA DE ARAÚJO LEITE

A DISPERSÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: UMA ANÁLISE
RELACIONAL DE HABITABILIDADE E RISCO À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa como requisito final para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais Aplicadas.

Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas

Linha de Pesquisa: Estado, Direitos e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Maria Scheffer

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi

PONTA GROSSA

2024

L533 Leite, Charon Mahrara de Araújo
A dispersão da Covid-19 no município de Ponta Grossa: uma análise
relacional de habitabilidade e risco à saúde / Charon Mahrara de Araújo Leite.
Ponta Grossa, 2024.
143 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de
Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta
Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Scheffer.
Coorientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi.

1. Covid-19. 2. Habitabilidade. 3. Saúde - determinantes sociais. I. Scheffer,
Sandra Maria. II. Coradassi, Carlos Eduardo. III. Universidade Estadual de Ponta
Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. IV.T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

CHARON MAHRARA DE ARAÚJO LEITE

“A dispersão da Covid-19 no município de Ponta Grossa: uma análise relacional de habitabilidade e risco à saúde”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 05 de março de 2024.

Assinatura pelos membros da Banca



Profa. Dra. Sandra Maria Scheffer - UEPG-PR - Presidente



Profa. Dra. Sandra Maria Almeida Cordeiro - UEL-PR - Membro Externo

Documento assinado digitalmente
gov.br LISLEI TERESINHA PREUSS
Data: 11/03/2024 18:48:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss - UEPG-PR - Membro Interno



Profa. Dra. Léia Aparecida Veiga - UEL-PR - Suplente Externo

Prof. Dr. Gonçalo Cassins Moreira do Carmo - UEPG-PR - Suplente Interno

AGRADECIMENTOS

O processo de construção desta pesquisa foi muito individual ao mesmo tempo em que foi muito coletivo. Do mesmo modo, o meu processo de construção é tão individual quanto coletivo. Sou fruto das muitas histórias que ouvi, das experiências que vivi e das mulheres que conheci. Meu agradecimento vai às que vieram antes de mim e que ergueram a montanha para que eu pudesse enxergar mais longe. Espero que minha trajetória seja mais um degrau para que as que vieram depois, e que ainda virão, possam vislumbrar horizontes ainda mais amplos.

Agradeço à minha mãe, Carol, maior fonte de inspiração e pessoa mais inteligente que conheço, por ser amiga, companheira e impulsionadora. Por não permitir que eu me acomode ou sucumba ao medo e às ansiedades. Obrigada por ter me feito sonhadora!

À minha avó, Ana Maria, agradeço pelas incansáveis orações, por todo afeto, pelo colo e por me ouvir. Sou imensamente grata por tudo que me ensinou, teu exemplo me moldou e parte de quem eu sou se deve à visão de mundo que herdei de você.

À minha orientadora, professora Sandra, pela compreensão e dedicação empenhadas desde 2019, por me “colocar debaixo da asa” quando necessário e pela jornada que construímos juntas até aqui. Obrigada por enxergar além da superfície.

Às minhas amigas, pessoas por quem tenho imenso amor:

Angela, obrigada pela sua energia, é impossível ser triste ao teu lado! Te tenho como grande exemplo de dedicação e determinação.

Anna, minha conselheira particular, gratidão pela companhia nessa vida, por ser ótima ouvinte, pelas lágrimas e risadas compartilhadas.

Bruna, meus mais sinceros agradecimentos pelas exaustivas caminhadas debaixo de um sol de ebulição global, por não me deixar desistir e por estar sempre presente, ainda que nem sempre de perto. Até mais e obrigada pelos abacaxis!

Gabrielle, minha leonina favorita, sua presença é conforto e alegria. Obrigada por me encorajar, acreditar em mim e ser a melhor tia de planta.

Ao Murilo, pelo companheirismo, afeto, pelas longas conversas e por me fazer sentir segura. Tenha a certeza de que você acrescenta muito na minha vida.

À Força que é maior que eu, seja lá qual for seu nome, obrigada por me trazer até aqui!

À quem, de alguma forma, contribuiu para a construção desta pesquisa.

“(...) Uma ajudante de cozinha tornou-se alvo de conjecturas assustadas quando acordou febril e não conseguiu levantar-se da cama; foi imediatamente afastada e recebeu ordens de dormir na estrebaria. Depois disso ninguém se atreveu a demonstrar qualquer fraqueza. Mas estávamos todos adoecidos da mente (...) todos carregavam o fardo do medo”.

(Elizabeth Blackwell)

RESUMO

A covid-19 afetou toda a população, no entanto de forma desigual dada as condições de habitação, que são um fator relevante na dispersão de doenças. Além disso, os determinantes sociais de saúde e as desigualdades sociais também são fatores que influenciam no processo saúde/doença. A cidade se apresenta como o *locus* desta dispersão, que conseqüentemente afeta também o rural. A presente pesquisa foi desenvolvida acerca da dispersão da covid-19 no município de Ponta Grossa, tendo como pano de fundo o zoneamento urbano estabelecido pela Lei nº 6.329 de 1999. Como objetivo, elencou-se: identificar as características da dispersão da covid-19 no município de Ponta Grossa-PR de março de 2020 a março de 2022, com ênfase nos determinantes sociais de saúde e situação de moradia. Buscou-se tecer um comparativo da dispersão/enfrentamento perante áreas residenciais distintas. O recorte temporal foi definido em virtude da disponibilidade de dados georreferenciados acerca da dispersão da covid-19 por zoneamento residencial. A pesquisa tem natureza quanti-qualitativa, de modo que, para atingir o objetivo, utilizou-se como metodologia a revisão bibliográfica e a pesquisa documental. Para coleta de dados foi elaborado um questionário semi-estruturado, com questões abertas e fechadas, com base no modelo de Dahlgren e Whitehead de determinantes sociais de saúde e no Índice de Bem-Estar Urbano, compreendendo elementos relacionados à saúde e à habitabilidade, sendo aplicados na Zona Residencial 2 (ZR2) dos bairros Jardim Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas e nos aglomerados subnormais em determinadas localidades do bairro Chapada, sendo que a amostragem foi definida por meio do método bola de neve. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas e as questões abertas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. Como resultados, obteve-se que a dispersão da covid-19 na ZR2 e nos aglomerados subnormais apresentou similitudes, representadas pela necessidade de hospitalização, de acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS), coleta de lixo, entre outras, e divergências como número de moradores com doenças crônicas, número de cômodos por residência, isolamento social, abastecimento de água e energia por rede oficial, e demais discrepâncias. Inferiu-se a ocorrência do auto preconceito dos sujeitos que habitam os aglomerados subnormais em virtude da transmissão da doença e pelas suas condições de habitação. Em suma, a covid-19 manifestou-se como uma sindemia que afeta não só o biológico mas também o social. Para tanto, políticas de enfrentamento devem ser intersetoriais abordando não somente ações em saúde, mas também o planejamento urbano, sendo este um desafio a ser encarado pelas cidades.

Palavras-Chave: Covid-19; Habitabilidade; Determinantes Sociais de Saúde.

ABSTRACT

COVID-19 has affected the entire population, but in an unequal way due to housing conditions, which are a relevant factor in the spread of diseases. In addition, the social determinants of health and social inequalities are also factors that influence the health/disease process. The city is the locus of this dispersion, which consequently also affects the countryside. This research was carried out on the dispersion of covid-19 in the municipality of Ponta Grossa, against the backdrop of the urban zoning established by Law No. 6.329 of 1999. The objective was to identify the characteristics of the dispersion of COVID-19 in the municipality of Ponta Grossa-PR from March 2020 to March 2022, with an emphasis on the social determinants of health and housing situation. The aim was to compare the dispersion/confrontation in different residential areas. The time frame was defined due to the availability of georeferenced data on the dispersion of covid-19 by residential zoning. The research is quantitative and qualitative in nature, so that in order to achieve the objective, a bibliographic review and documentary research were used as methodologies. To collect the data, a semi-structured questionnaire was drawn up, with open and closed questions, based on the Dahlgren and Whitehead model of social determinants of health and the Urban Well-Being Index, comprising elements related to health and habitability, and applied in Residential Zone 2 in the Jardim Carvalho, Olarias, Ronda and Uvaranas neighborhoods and in the subnormal settlements in certain locations in the Chapada neighborhood, with sampling defined using the snowball method. The data was organized in graphs and tables and the open questions were analyzed using content analysis. The results showed that the dispersion of covid-19 in the ZR2 and in the subnormal agglomerations showed similarities, represented by the need for hospitalization, access to the UBS, garbage collection, among others, and divergences such as the number of residents with chronic diseases, the number of rooms per home, social isolation, water and energy supply by the official network, among other discrepancies. Self-prejudice was inferred among those living in subnormal settlements due to the transmission of the disease and their housing conditions. In short, Covid-19 has manifested itself as a syndemic that affects not only the biological but also the social. To this end, policies to deal with it must be intersectoral, addressing not only health actions but also urban planning, which is a challenge for cities.

Keywords: Covid-19; Habitability; Social Determinants of Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Casos de Covid-19 na área urbana de Ponta Grossa de acordo com o Zoneamento Urbano.....	17
Figura 2 - Localização dos aglomerados subnormais em Ponta Grossa - PR.....	22
Figura 3 - Zoneamento Urbano do Município de Ponta Grossa.....	23
Figura 4 - População, Taxas Anuais de Crescimento Geométrico, Participação da População do Estado na População do Brasil e Grau de Urbanização - Paraná - 1940/1996.....	43
Figura 5 - Rede Urbana - Brasil - 2018.....	46
Figura 6 - Localização do Município e da Área Urbana de Ponta Grossa no Estado do Paraná.....	51
Figura 7 - Região de Influência de Ponta Grossa- Pr.....	52
Figura 8 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	65
Figura 9 - Determinantes Sociais de Saúde: Modelo de Solar e Irwin.....	67
Figura 10 - Bairros do Município de Ponta Grossa.....	74
Figura 11 - Demarcação da Zona Residencial 2 do Município de Ponta Grossa.....	75
Figura 12 - Mapa do grau de prioridade para realocação e regularização fundiária das ocupações irregulares - Ponta Grossa PR.....	76
Figura 13 - Localização dos Sujeitos Pesquisados nos Bairros Jd. Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas (ZR2).....	77
Figura 14 - Localização dos Aglomerados Subnormais dos Bairros Chapada, Contorno e Uvaranas.....	79
Figura 15 - Arroio Limítrofe ao Aglomerado Subnormal Pesquisado.....	80
Figura 16 - Hospitais no Município de Ponta Grossa. Figura 17 - Unidades de Saúde por Território.....	81
Figura 17 - Unidades de Saúde por Território.....	81
Figura 18 - Equipamentos de Saúde Próximos aos Sujeitos Pesquisados nos Bairros Jd. Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas (ZR2).....	81
Figura 19 - Equipamentos de Saúde próximos ao Aglomerado Subnormal Pesquisado.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias teóricas e referencial de autores base.....	20
Quadro 2 - Documentos conforme variáveis de análise.....	21
Quadro 3 - Classificação da Rede Urbana Brasileira - 2018.....	44
Quadro 4 - Zoneamento Urbano de Ponta Grossa.....	55
Quadro 5 - Paradigmas da Saúde ao Longo da História.....	61
Quadro 6 - Doenças Crônicas Apresentadas pelos Sujeitos Infectados pela Covid-19 88	
Quadro 7 - Necessidade de Hospitalização Enquanto Esteve Infectado.....	90
Quadro 8 - Processo de Recuperação dos Sujeitos Pesquisados.....	91
Quadro 9 - Participação em Atividades na Comunidade.....	91
Quadro 10 - Auxílio de Órgãos da Comunidade Enquanto Esteve Infectado.....	92
Quadro 11 - Ocupação dos Sujeitos Pesquisados.....	94
Quadro 12 - Sujeitos Pesquisados com Registro em Carteira.....	94
Quadro 13 - Acesso à Internet Enquanto Esteve Infectado.....	95
Quadro 14 - Acesso à Unidade Básica de Saúde Enquanto Esteve Infectado.....	96
Quadro 15 - Acesso à Unidade de Pronto Atendimento Enquanto Esteve Infectado	96
Quadro 16 - Atendimento Hospitalar Enquanto Esteve Infectado.....	96
Quadro 17 - Dificuldade para Acessar os Equipamentos de Saúde Enquanto Esteve Infectado.....	97
Quadro 18 - Moradores com Doenças Crônicas por Residência.....	99
Quadro 19 - Número de Cômodos por Residência.....	100
Quadro 20 - A Residência Possui Janela em Todos os Cômodos?.....	101
Quadro 21 - Rede de Esgoto por Residência.....	101
Quadro 22 - Abastecimento de Água por Rede Oficial (Sanepar).....	102
Quadro 23 - Possui Registro de Água Individual.....	102
Quadro 24 - Possui coleta de Lixo.....	103
Quadro 25 - Abastecimento de Energia por Rede Oficial (Copel).....	103
Quadro 26 - Possibilidades de Isolamento Social Considerando a Habitação.....	103
Quadro 27 - Síntese Comparativa entre a Zona Residencial 2 e Aglomerado Subnormal dos dados coletados.....	107

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Faixa Etária dos Sujeitos Pesquisados na ZR2 e Aglomerados Subnormais - Ponta Grossa.....	86
Gráfico 2 - Gênero dos Sujeitos Pesquisados.....	87
Gráfico 3 - Autodeclaração Racial dos Sujeitos Pesquisados.....	87
Gráfico 4 - Número de Infecções pela Covid-19.....	88
Gráfico 5 - Número de Moradores Infectados pela Covid-19 por Moradia.....	89
Gráfico 6 - Forma que contraiu a Covid-19.....	90
Gráfico 7 - Meio de Transporte Utilizado enquanto esteve Infectado.....	92
Gráfico 8 - Grau de Escolaridade dos Sujeitos Pesquisados.....	93
Gráfico 9 - Renda Familiar dos Sujeitos Pesquisados.....	95
Gráfico 10 - Material de Construção da Residência.....	97
Gráfico 11 - Material de Cobertura da Residência.....	98
Gráfico 12 - Número de Moradores por Residência.....	98
Gráfico 13 - Número de Pessoas Idosas por Residência.....	99
Gráfico 14 - Modo de Isolamento Social.....	104

LISTA DE SIGLAS

A.C. - Antes de Cristo

CC - Corredor Comercial

CNDSS - Conselho Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde

D.C. - Depois de Cristo

IBEU - Índice de Bem-Estar Urbano

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano

NBR - Norma Brasileira

OMS - Organização Mundial de Saúde

PLHIS - Plano Local de Habitação de Interesse Social

SDH/PR - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

ZC - Zona Central

ZCOM - Zona Comercial

ZEPG - Zona Eixo Ponta Grossa

ZEIS - Zona Especial de Interesse Social

ZI - Zona Industrial

ZPólo - Zona Pólo

ZR1 - Zona Residencial 1

ZR2 - Zona Residencial 2

ZR3 - Zona Residencial 3

ZR4 - Zona Residencial 4

ZS1 - Zona de Serviço 1

ZS2 - Zona de Serviço 2

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 - CIDADES E PANDEMIAS.....	26
1.1 A CONCEPÇÃO DE CIDADE.....	26
1.2 CIDADES: LÓCUS DE EPIDEMIAS E PANDEMIAS NA HISTÓRIA.....	29
1.3 CIDADES NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS E ASPECTOS DA POLÍTICA URBANA.....	41
1.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA.....	50
CAPÍTULO 2 - DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	60
2.1 A ACEPÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	60
2.2 A HABITABILIDADE ENQUANTO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE.....	69
CAPÍTULO 3 - SIMILITUDES E DIFERENÇAS DA DISPERSÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA.....	73
3.1 CARACTERÍSTICAS DO LÓCUS: ZONA RESIDENCIAL 2 E AGLOMERADOS SUBNORMAIS.....	73
3.1.1 Caracterização dos Locais Pesquisados.....	77
3.2 INDICADORES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E HABITABILIDADE EM PONTA GROSSA.....	84
3.2.1 Desenvolvimento da Pesquisa Empírica.....	85
3.2.2 Idade, Gênero e Fatores Hereditários.....	86
3.2.3 Características da Infecção por Covid-19.....	88
3.2.4 Redes Sociais e Comunitárias.....	91
3.2.5 Condições de Vida e Trabalho.....	93
3.2.6 Condições de Habitação.....	97
3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	104
CONCLUSÃO.....	116
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	133
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE/HABITABILIDADE.....	135
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	140

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios das civilizações, a distribuição, organização e as condições das moradias tiveram ligação direta com a proliferação de doenças contagiosas — e apesar do desenvolvimento das habitações urbanas, da inserção e reestruturação de cômodos, da criação de áreas específicas para cada atividade, espaços que oferecem privacidade e das ações de sanitarismo, as situações de epidemias e pandemias não foram extintas. Tais ações, na prática, não são de todo eficazes no controle de epidemias, além de não serem acessíveis a todos os indivíduos (Hardt, 2020).

No Brasil, diversas pandemias se relacionaram à falta de infraestrutura gerada pelo crescimento desordenado das cidades, como a febre amarela, tuberculose, cólera e varíola. Assim, ficou claro que a falta de ações governamentais relacionadas à melhoria das condições de infraestrutura urbana prorrogou o período de disseminação das epidemias. O planejamento urbano deve ser um instrumento de combate da propagação de doenças por meio da organização das redes técnicas e dos espaços das cidades (Medeiros; Costa; Dantas, 2021).

Desde o início da pandemia em 2020, o número de casos de covid-19 cresceu. Conforme dados da Secretaria de Saúde do Paraná, até o dia 31 de outubro de 2023 foram registrados 771.549.718 casos e 6.974.473 mortes no mundo todo. No Brasil, o número de contaminados até esta mesma data é de 37.905.713 e 706.531 óbitos. O Paraná totalizou 2.957.254 casos de covid-19 e 46.420 óbitos (Paraná, 2023). Em Ponta Grossa foram confirmados 95.003 casos no período citado, o número de óbitos foi de 1.645 (Ponta Grossa, 2023).

Diante deste cenário foram desenvolvidas pesquisas de iniciação científica pela pesquisadora que impactaram direta e indiretamente o presente trabalho. A primeira delas realizada entre 2019 e 2020 intitulada “O Risco do uso dos Agrotóxicos na Saúde da População de Ponta Grossa”, na qual se buscou verificar o consumo de agrotóxicos no referido município, bem como sua utilização dentro da área urbana de Ponta Grossa, assim como relacionar os possíveis impactos na saúde dos sujeitos que habitam em área limítrofe a plantação.

Finalizada a primeira pesquisa, iniciou-se a segunda entre 2020-2021 para qual foi elencada a temática da covid-19, uma vez que era um fenômeno recente e

que carecia de estudos para que fosse possível compreendê-lo. A pesquisa intitulada “Os Impactos do Zoneamento Urbano na Disseminação da Covid-19 no Município de Ponta Grossa”, mapeou os casos de covid-19 por meio do zoneamento urbano e dos bairros de Ponta Grossa, a fim de compreender quais foram os mais afetados pelo vírus.

Para o Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado no início do ano de 2022, a mestrandia manteve-se no debate referente aos elementos que perpassam a cidade, desenvolvendo a pesquisa intitulada “Direito à Cidade: aspectos de mobilidade, infraestrutura e participação”, desenvolvida também em Ponta Grossa e que buscou compreender tais indicadores nos loteamentos Jardim Los Angeles e Jardim Manacás/Três Rios.

A motivação pessoal para a escolha desta dissertação ocorreu pelas aproximações iniciais com a temática da saúde e das cidades durante a iniciação científica, que permitiu entender quantitativamente a dispersão no zoneamento urbano de Ponta Grossa, instigando a pesquisadora quanto a relação da covid-19 e a desigualdade socioeconômica no município, num primeiro momento de forma muito ampla, envolvendo aspectos de mobilidade, habitação e acesso à equipamentos, por exemplo. Após os processos de refinamento do projeto e da delimitação do que caberia para um dissertação, nasceu a presente pesquisa.

Como esta pesquisa se baseou na dispersão da covid-19 no zoneamento urbano do município de Ponta Grossa, delimitou-se o período de março de 2020 a março de 2022, espaço temporal para o qual obteve-se os dados necessários, uma vez que o mapeamento da localização dos casos disponibilizados pela prefeitura municipal de Ponta Grossa não encontra-se mais disponível. Quanto ao cenário da covid-19 neste período, inferiu-se que até o dia 31 de março de 2022 foram confirmados 483.556.595 casos da covid-19 e 6.132.461 óbitos no mundo. No Brasil, 29.916.334 pessoas foram contaminadas e 659.504 morreram. No Paraná somaram-se 2.404.630 casos e 42.700 óbitos (Paraná, 2022). No município de Ponta Grossa foram registrados 79.883 casos e 1.526 óbitos até a mesma data (Ponta Grossa, 2023).

Em Ponta Grossa, o primeiro caso da doença foi confirmado em 21 de março de 2020, tratando-se de uma paciente que havia viajado para o exterior (Ponta

Grossa, 2020a). Em maio do mesmo ano, foi registrado o primeiro caso de transmissão comunitária¹ (Ponta Grossa, 2020b).

A dispersão da covid-19 pode ocorrer de forma desigual entre aglomerados subnormais² e demais zonas residenciais pela situação de vulnerabilidade socioeconômica que as populações residentes destes primeiros espaços estão inseridas. É comum que as residências de tais localidades sejam habitadas por maior número de indivíduos, bem como há uma maior incidência de uso de transporte coletivo e vínculos empregatícios fragilizados, fatores estes que podem acarretar na vulnerabilidade em saúde (Cestari; et al, 2021).

O conceito de aglomerado subnormal é o termo utilizado para generalizar diversos assentamentos habitacionais considerados irregulares, como: “favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros” (Silva, 2013, p. 105).

Para que se constitua um aglomerado subnormal, é necessário que haja pelo menos 51 habitações, sendo casas ou barracos, que não possuem acesso a serviços públicos ou que o tem de forma precária. Além disso, para sua definição, é necessário que sigam os critérios de ocupação ilegal de terra, sua urbanização seja fora dos padrões e a precariedade dos serviços públicos considerados essenciais (Silva, 2013).

As principais medidas de mitigação do vírus, até a chegada da vacina, consistiam no uso de álcool gel, máscaras e higienização das mãos com água e sabão. Contudo, tais formas de prevenção não foram acessíveis a toda população devido ao aumento do valor destes produtos, bem como da demanda em diversas regiões do Brasil (Silva; Procópio, 2020). Em 2020, por volta de 12 milhões de pessoas viviam em situação de extrema pobreza, ou seja, dispunham de menos de R\$ 155 reais per capita por mês, e mais de 50 milhões em situação de pobreza sobrevivendo com menos de R\$ 450 reais mensais per capita (IBGE, 2022b).

¹ Aqueles em que não é possível estabelecer vínculos com outros pacientes (Ponta Grossa, 2020b).

² Importante ressaltar que a partir do Censo de 2022, por meio da Nota Metodológica n.1 publicada em 2024, o IBGE substituiu o termo aglomerados subnormais por favelas e comunidades urbanas. A mudança não alterou o conteúdo dos critérios que estruturam sua identificação, mas vem no sentido de romper com a perspectiva da irregularidade e ilegalidade dessas localidades “que destacavam o posicionamento dessas populações no âmbito de um aparato normativo impraticável e inalcançável por parte de grupos sociais vulnerabilizados”. Considera-se, com base na Constituição Federal em seus artigos 6º, 182º e 183º que os sujeitos têm o direito humano fundamental à moradia, função social da cidade e usucapião, podendo mobilizar os meios disponíveis para que estes se concretizem (IBGE, 2024). Para esta pesquisa prossegue-se com o termo aglomerado subnormal visto ter decorrido o seu encerramento e sistematização com esta terminologia.

Além do alto custo de equipamentos de proteção individual, a higienização das mãos também se apresentava como uma problemática, uma vez que 31 milhões de brasileiros não têm acesso à água potável (Silva; Procópio, 2020).

Ao considerar as desigualdades de acesso aos meios de prevenção, percebe-se que a mitigação de doenças está para além do âmbito da saúde. Os processos e as relações de produção e acumulação têm impacto direto no processo saúde-doença, definindo que aqueles que possuem condições socioeconômicas inferiores serão atingidos de forma distinta do que aqueles que têm melhores condições.

É válido ressaltar que o conceito de vulnerabilidade não supõe exclusivamente a ausência ou precariedade de renda, ele dimensiona diversos elementos como: acesso precário ou nulo aos serviços públicos, privação de direitos, fragilização de vínculos afetivos, além da discriminação, seja por gênero, etnia, idade, orientação sexual, entre outras formas (Brasil, 2004).

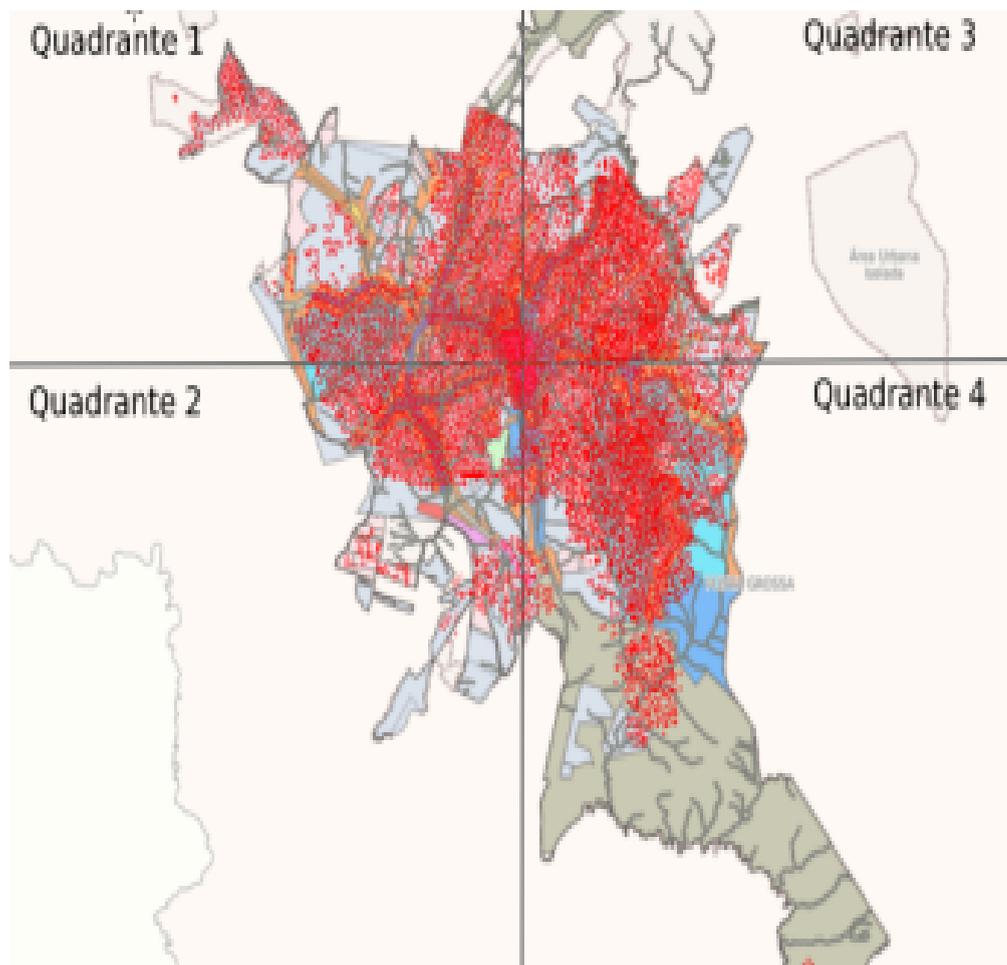
Dentre os fatores que podem influenciar a propagação do vírus destacam-se: fatores econômicos, sociais, culturais, comportamentais, além do zoneamento urbano, devendo ser analisados de forma conjunta para compreender de modo mais profundo a dispersão da covid-19 (Leite; Scheffer; Paula, 2021).

O estado do Paraná, comparado à São Paulo, onde foi registrado o primeiro caso da covid-19, teve um ritmo mais acelerado na contaminação dos municípios. Na quarta semana já havia ultrapassado proporcionalmente o estado de São Paulo na quantidade de pessoas infectadas pelo vírus. Tal fato ocorreu pela forma de entrada do vírus — se em São Paulo essa ocorreu principalmente pela capital, no Paraná as cidades médias em geral, Londrina, Maringá, Cascavel, Foz do Iguaçu, Guarapuava e Ponta Grossa, serviram de porta de entrada (Martinuci, 2020).

Curitiba foi um dos municípios mais afetados no Paraná, fenômeno decorrente da circulação massiva de pessoas pelos equipamentos urbanos. Ponta Grossa situa-se a 110 km da capital paranaense, além de ser um importante eixo rodoferroviário, o que torna o município vulnerável por sua proximidade com uma área fortemente atingida pelo vírus e também por ser um ponto de conexão rodoviária para os demais municípios (Pontes; Pontes; Massuqueto, 2020).

A dispersão da covid-19 pelo zoneamento urbano em Ponta Grossa, do seu início até o mês de dezembro de 2020, ocorreu conforme a Figura 1:

Figura 1 - Casos de Covid-19 na área urbana de Ponta Grossa de acordo com o Zoneamento Urbano



Fonte: Leite; Scheffer; Paula, 2022.

De forma a demonstrar a dispersão do vírus, o georreferenciamento na área da saúde é um importante instrumento para investigação e sugestão de hipóteses de causalidade sobre determinados eventos. Também possibilita o monitoramento, controle e avaliação de impactos da incidência de doenças e ações de saúde (Neto et al., 2014).

Cada ponto vermelho destacado no mapa da figura 1 corresponde à localização dos casos de covid-19 no zoneamento urbano de Ponta Grossa.

No mês de dezembro de 2020, o total de casos mapeados correspondiam a 8.177. O número de casos nos quadrantes foi: Quadrante 1 - 2.251; Quadrante 2 - 1.430; Quadrante 3 - 2.086; e Quadrante 4 - 2.410. Quanto às zonas mais afetadas observou-se a Zona Residencial 2 (ZR2) com 2.684 casos, Zona Residencial 4 (ZR4) com 1.464 casos e Zona Residencial 3 (ZR3) com 1.136 (Leite; Scheffer; Paula, 2021).

O Quadrante 4, que foi o mais afetado, corresponde à parte da região de Uvaranas, Cará-Cará e Oficinas. Entre as zonas residenciais, inferiu-se que a ZR2 foi a mais afetada, o que evidencia que a covid-19 dispersou-se em maior quantidade em zona de baixa densidade de ocupação em casas que estão em zona residencial ocupada horizontalmente, característica predominante de zoneamento residencial no município de Ponta Grossa (Leite; Scheffer; Paula, 2021).

Quanto ao perfil dos pacientes atendidos pelo serviço de triagem especializado para a covid-19 no município de Ponta Grossa durante os meses de março a maio de 2020, consistiu principalmente em pessoas do sexo feminino (57%) com até 59 anos de idade (83,3%), sendo ensino médio completo o nível de escolaridade predominante (22,2%), seguido de ensino fundamental incompleto (12,1%). Quanto à cor, 46,17% eram brancos e 22,2% dos sujeitos possuíam como renda familiar até dois salários mínimos (Brasil; et al, 2021).

Até o mês de novembro de 2021, inferiu-se a maior prevalência de casos confirmados da covid-19 em sujeitos do sexo feminino (52% dos casos). Em contrapartida, o sexo masculino foi o que teve maior percentual de óbitos, com 56%. A faixa etária que mais apresentou casos confirmados foi a de 30 a 39 anos de idade, enquanto os óbitos foram mais prevalentes na faixa etária de 60 a 79 anos (Ponta Grossa, 2022b).

Com base nesta contextualização socioespacial, justificou-se a presente pesquisa pela necessidade de compreender de que modo a covid-19 se dispersou em territórios com características diversas, como nos aglomerados subnormais com uma população socioeconomicamente vulnerável e nas ZR2 que abarca uma parcela da população com melhores condições socioeconômicas, levando em consideração os determinantes sociais de saúde.

Como mirante epistemológico, foi adotado o método em Marx, o materialismo histórico-dialético, que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto, ou seja, daquilo que se apresenta de forma mais simples ao mais complexo. Assis (2017, p.138) aponta que:

Pode-se dizer que o objetivo deste método é construir categorias mediadas. As categorias compreendem os nexos constitutivos da realidade; são lógicas, por serem mediadas pela ideia; são históricas, por nelas se expressar a realidade; e essas categorias não têm correspondência

empírica na realidade posta, visto que a realidade não se apresenta com transparência.

Este método foi empregado visando a construção do debate acerca da temática do universal para o singular, neste sentido as categorias teóricas foram trabalhadas de modo mais amplo e geral para depois serem abordadas na singularidade. Para além, utilizou-se nesta pesquisa da contextualização histórica das pandemias, epidemias e paradigmas da saúde, bem com a dialética das determinações sociais do processo saúde doença.

Como problema central de pesquisa estabeleceu-se a seguinte indagação: de que maneira ocorreu a dispersão da covid-19 na Zona Residencial 2 e nos aglomerados subnormais no município de Ponta Grossa, levando em consideração suas características de vulnerabilidade socioeconômica de habitabilidade e de risco à saúde?

Definiu-se como objetivo geral: identificar características da covid-19 em áreas residenciais diferenciadas no município de Ponta Grossa-PR de março de 2020 a março de 2022, com ênfase nos determinantes sociais de saúde e situação de moradia.

Como objetivos secundários foram elencados:

- a. Compreender determinantes sociais de saúde e condições de habitabilidade com base em indicadores;
- b. Analisar a distribuição dos casos confirmados de covid-19 no zoneamento urbano do município de Ponta Grossa;
- c. Comparar a distribuição dos casos confirmados da covid-19 em Ponta Grossa nos aglomerados subnormais e na Zona Residencial 2 com foco na habitabilidade e determinantes da saúde.

Como hipótese, presumiu-se que a população residente dos aglomerados subnormais foi afetada de forma mais intensa pela covid-19, enfrentando maiores iniquidades de saúde, visto possuir piores condições de habitação e de determinantes sociais de saúde do que os residentes da Zona Residencial 2.

Esta pesquisa caracterizou-se como quali-quantitativa, visto que buscou identificar por meio de dados objetivos e subjetivos a dispersão da covid-19 em regiões do município de Ponta Grossa que possuem características diferenciadas. De acordo com Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa quantitativa recolhe dados

que podem ser calculados, sendo de caráter mais objetivo. Entende-se que os dados quantitativos expressam elementos qualitativos. Nas Ciências Sociais, o método quantitativo é utilizado para descrever e/ou comparar grupos, realidades e contextos sociais, verificar os efeitos que uma determinada variável tem sobre outra, entre outros propósitos (Ramos, 2013).

A pesquisa qualitativa trata dos dados que não podem ser quantificados, aqueles que são subjetivos, buscando compreender os fenômenos de acordo com as singularidades e simbolismos à eles atribuídos, de modo a realizar a aproximação entre sujeito e objeto compreendendo os significados imbuídos às estruturas e relações (Minayo; Sanches, 1993).

Conforme afirmam Minayo e Sanches (1993), não há contradição ou continuação entre o qualitativo e o quantitativo, tais métodos se complementam:

No entanto, se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um continuum, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (Minayo; Sanches, 1993, p. 247).

Para fundamentar a pesquisa, foi adotado como procedimento a revisão bibliográfica que foi realizada por meio de pesquisas encontradas em livros, artigos, reportagens, entre outros, sendo que tal metodologia não supõe novas contribuições em relação aos materiais utilizados (Garcia, 2016). Para esta pesquisa foram utilizadas como categorias teóricas principais aquelas acerca da habitabilidade e dos determinantes sociais de saúde. Os autores base foram:

Quadro 1 - Categorias teóricas e referencial de autores base

Categoria	Autores base
Cidades e habitabilidade	Fabio Betioli Contel, Letícia Peret Antunes Hardt, Carlos Hardt, Marlos Hardt, Gabriel Leopoldino Paulo de Medeiros, Ellen Brasil da Costa, Ranna Antônia Mendes Dantas, Ederson Nascimento, Lindon Fonseca Matias e Franklin Bruno da Silva.
Determinantes sociais de saúde	Carolina Michelin Sanches de Oliveira Borghi, Rosely Magalhães de Oliveira, Gil Sevalho, Antonio Ivo de Carvalho, Paulo Marchiori Buss, Júlia Arêas Garbois, Francis Sodré, Maristela Dalbello-Araujo, Cláudia Travassos, M�nica Silva Monteiro de Castro e Lucila Amaral Cordeiro Viana.

Fonte: organizado pela autora.

Também foi utilizada a pesquisa documental que recorre a fontes de dados sem tratamento analítico tais como documentos, estatísticas, relatórios, revistas, mapas, entre outros (Gerhardt; Silveira, 2009). Para tanto, foi utilizada a Legislação Municipal de Zoneamento, estatísticas georreferenciais, boletins epidemiológicos, e demais documentos considerados relevantes.

Quadro 2 - Documentos conforme variáveis de análise

Documento	Nível	Variável de análise
Caderno Estatístico do Município de Ponta Grossa	Municipal	Coleta de estatísticas de IDHM e Índice Gini do município de Ponta Grossa.
Plano Diretor de Ponta Grossa	Municipal	Localização dos aglomerados subnormais do município de Ponta Grossa.
Informe Epidemiológico Covid-19 - Secretaria de Saúde do Paraná	Estadual	Coleta de dados sobre contaminações e mortes pela covid-19.
Boletim Covid Oficial - Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa	Municipal	Coleta de dados sobre contaminações e mortes pela covid-19.
Lei de zoneamento urbano de Ponta Grossa	Municipal	Identificação dos parâmetros da produção espacial local.
Geoprocessamento corporativo de Ponta Grossa	Municipal	Análise do zoneamento urbano.
Plano Local de Habitação de Interesse Social	Municipal	Identificação dos parâmetros da produção espacial local.
Plano Municipal de Saúde de Ponta Grossa	Municipal	Coleta de dados epidemiológicos sobre o município.

Fonte: organizado pela autora.

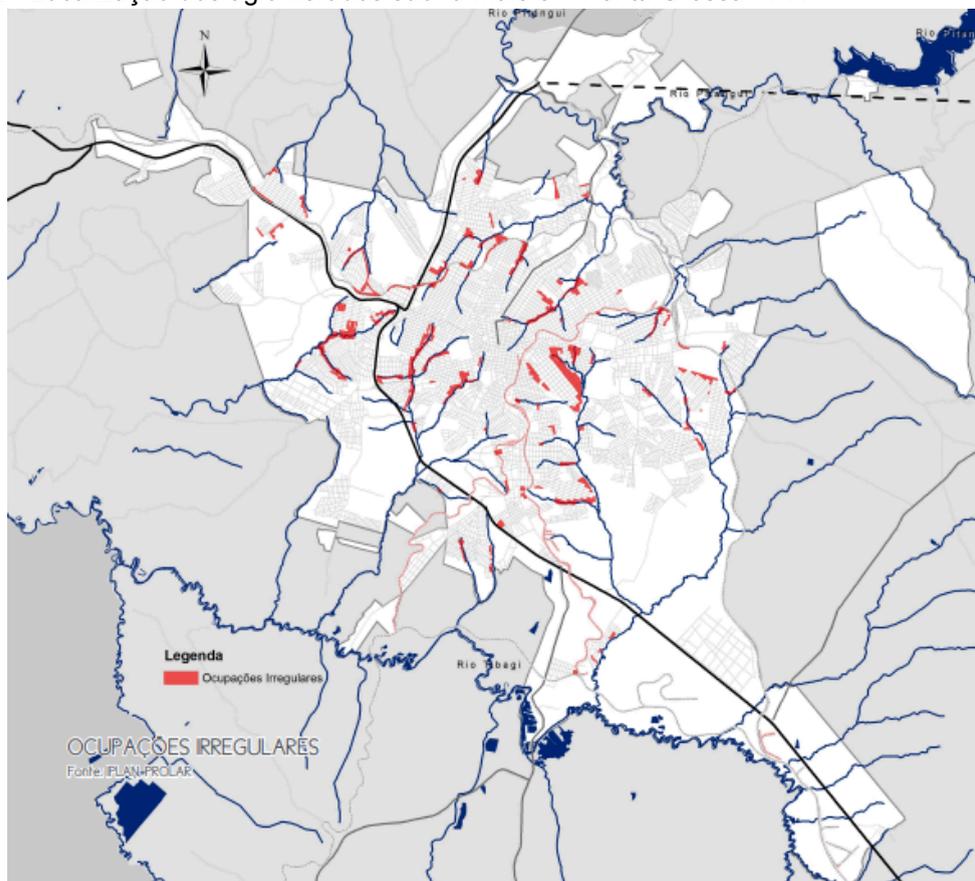
Para coleta de dados, aplicou-se questionário semi estruturado, que combina perguntas abertas e fechadas e possibilita ao sujeito discorrer, de forma guiada, acerca da temática (Boni; Quaresma, 2005). O questionário foi aplicado aos moradores de aglomerados subnormais e da Zona Residencial 2 que foram contaminados pela covid-19 entre março de 2020 e março de 2022.

O questionário foi elaborado com base no modelo de Dahlgren e Whitehead, que estabelece os componentes dos determinantes sociais de saúde que abarcam idade, gênero e fatores hereditários, estilo de vida individual, redes sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho — além das condições econômicas, culturais e ambientais gerais, de modo que não se prende exclusivamente aos

fatores biológicos no processo saúde doença, considerando também os fatores sociais; ainda, o questionário também teve por base o Índice de Bem-Estar Urbano, que visa avaliar o bem-estar urbano dos cidadãos, abarcando indicadores de bem-estar urbano, de mobilidade, condições ambientais e habitacionais, acesso à serviços coletivos e infraestrutura urbana.

Desse modo, o público alvo foi definido dos aglomerados subnormais e Zona Residencial 2 de Ponta Grossa que possuíam expressivas taxas de dispersão da covid-19. Portanto, foram analisados os aglomerados subnormais do município, vide localização destacada em vermelho na figura 2, que totalizam aproximadamente 8.772 domicílios (Ponta Grossa, 2010).

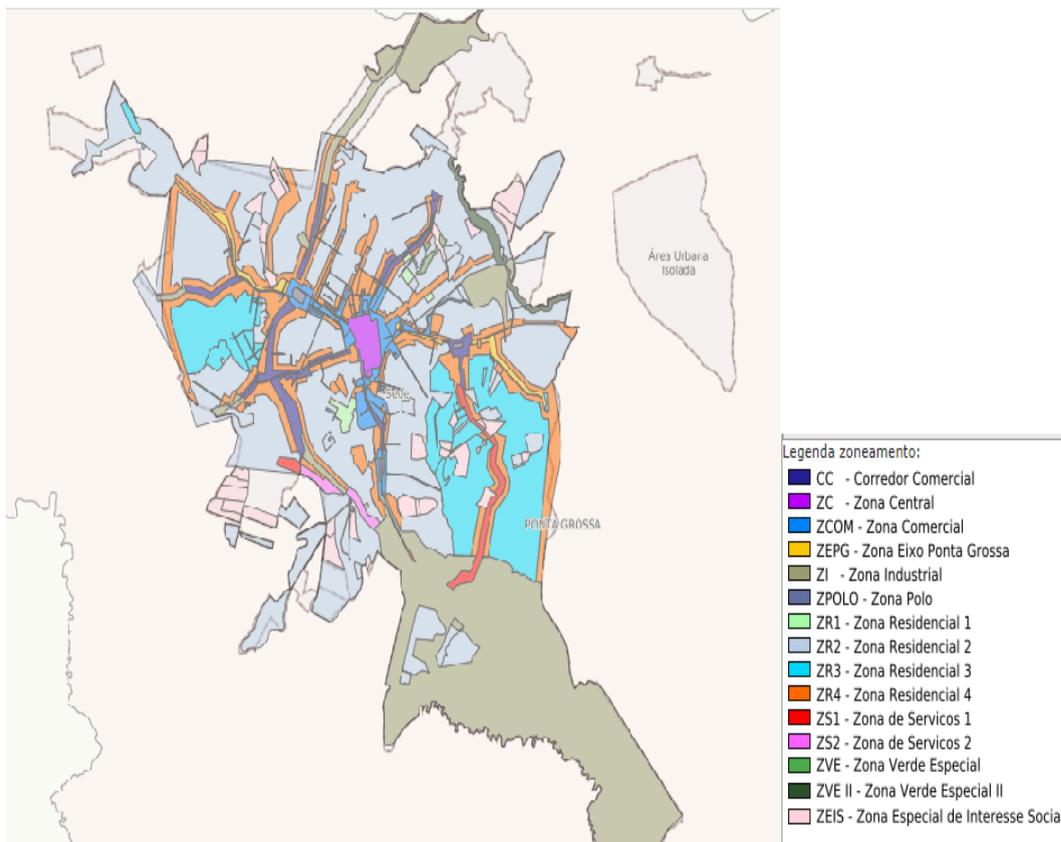
Figura 2 - Localização dos aglomerados subnormais em Ponta Grossa - PR



Fonte: IPLAN, 2019.

O zoneamento urbano de Ponta Grossa divide-se conforme a figura 3, sendo, para esta pesquisa, o foco de análise a ZR2 que compreende a maior parte da cidade destacada pela cor cinza claro, sendo ocupada horizontalmente, com baixa densidade de ocupação e certa diversidade de uso (Ponta Grossa, 1999).

Figura 3 - Zoneamento Urbano do Município de Ponta Grossa



Fonte: Ponta Grossa, 2020.

Para a amostragem definiu-se a probabilística aleatória simples, que conforme Richardson (1999), trata-se de amostra que se caracteriza por sorteio realizado por meio de uma base de amostragem que contenha os elementos a serem pesquisados, assim cada elemento da população possui a mesma probabilidade de ser selecionado.

Com base no mapa elaborado por Leite, Scheffer e Paula (2021) demonstrado na figura 1, considerou-se uma população de 3.659 sujeitos que foram contaminados pela covid-19 entre março de 2020 e março de 2022, deste número 2.684 correspondem à Zona Residencial 2 e 975 aos aglomerados subnormais. Para definição da amostra utilizou-se de calculadora amostral com erro amostral de 10% e nível de confiança de 90% resultando numa amostra composta por 43 sujeitos.

Posteriormente, a amostra foi estratificada proporcionalmente, método que divide a amostra em subconjuntos a fim de extrair uma amostra aleatória simples em cada grupo (Richardson, 1999), de acordo com a seguinte fórmula (1):

$$\frac{n}{N} \cdot 100$$

(1)

Assim:

n = tamanho da amostra

N = tamanho da população

Portanto:

$$\frac{43}{3659} \cdot 100$$

Inferiu-se o resultado da proporção de 1,18%.

Deste modo aplicou-se a fórmula (2) abaixo para obtenção das amostras estratificadas:

$$N \cdot p \div 100$$

(2)

Onde:

N = tamanho da população

p = proporção

ZR2:

$$2684 \cdot 1,18 \div 100 = 31,7$$

Aglomerados subnormais:

$$975 \cdot 1,18 \div 100 = 11,5$$

Como resultados, obteve-se para a Zona Residencial 2 o quantitativo de 31,7 sujeitos e para os aglomerados subnormais o total de 11,5 sujeitos a serem pesquisados. A amostra foi arredondada para 44 sujeitos, sendo 32 para a Zona Residencial 2 e 12 para os aglomerados subnormais.

Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Plataforma Brasil sob o número 6.106.928. O processo de aplicação da pesquisa empírica está especificado no capítulo 3 deste trabalho.

Para esta pesquisa considerou-se a identificação dos casos de covid-19 com geoprocessamento no portal da prefeitura de Ponta Grossa, no recorte temporal de 21 de março de 2020 à 11 de dezembro de 2020, período em que o

geoprocessamento disponibilizou as informações e que fizeram parte de pesquisa monitorada pela iniciação científica da pesquisadora.

O trabalho foi estruturado em três capítulos, sendo o capítulo 1 intitulado “Cidades e Pandemias” que trata sobre as principais epidemias e pandemias ao longo do processo de formação das cidades, realizando o apanhado histórico desde o período paleolítico até a atualidade, abordando a covid-19. Nesta etapa do trabalho, também conceituou-se cidade, que é o *lócus* de propagação de pandemias. Considerando que o Brasil apresenta uma diversidade de cidades, abordou-se as desigualdades entre as cidades brasileiras. Delimitou-se para a caracterização do município de Ponta Grossa, *lócus* da pesquisa, apresentando suas especificidades que repercutem sobre o objeto investigado.

No capítulo 2, denominado “Determinantes Sociais de Saúde”, aborda-se brevemente os paradigmas da saúde ao longo da história. Posteriormente conceituou-se os determinantes sociais de saúde, apontando as críticas formuladas por teóricos acerca da temática. Diferenciou-se a compreensão de determinação/determinantes e, finalizando o capítulo, foram compilados os modelos de Dahlgren e Whitehead e de Irwin e Solar, elencando suas respectivas críticas.

O capítulo 3, intitulado “Semelhanças e Diferenças da Covid-19 em Áreas Habitacionais Distintas no Município de Ponta Grossa”, abordou a dispersão da covid-19 especificamente no município, caracterizando as localidades em que a pesquisa foi desenvolvida. Discorreu-se acerca do processo da pesquisa empírica realizada nos aglomerados subnormais e na Zona Residencial 2 de Ponta Grossa, onde foram trazidos os dados coletados que apontam que houveram diferenças entre os *lócus*: os sujeitos que estavam em maior situação de vulnerabilidade socioeconômica apresentaram mais sequelas, bem como tiveram maior dificuldade de realizar o isolamento social considerando a habitação, uma vez que estas possuem uma menor disposição de cômodos. Inferiu-se também o auto preconceito em relação à covid-19 e a habitação por parte dos sujeitos que habitam os aglomerados subnormais, os quais apresentaram dificuldade em participar da pesquisa por não se sentirem confortáveis em falar sobre o contágio da doença, o que dificultou a coleta de dados na localidade.

CAPÍTULO 1 - CIDADES E PANDEMIAS

Neste capítulo abordou-se de forma histórica e conceitual a temática acerca das cidades e pandemias. Apresenta-se o processo de constituição das cidades desde o período paleolítico até a fundação das primeiras cidades brasileiras no período colonial. Em consonância conceituou-se cidade sob o aporte de autores como Milton Santos, Maria Encarnação Beltrão Sposito, Raquel Rolnik e Roberto Lobato Corrêa.

Na continuidade, adentrou-se na discussão acerca das principais pandemias e epidemias que marcaram a história da humanidade, datadas desde o período antes de Cristo. Tais fenômenos foram relacionados à cidade, uma vez que este é seu *locus* de dispersão. Buscou-se discorrer acerca dos impactos que as pandemias tiveram nas cidades e de que modo estas facilitaram ou mitigaram a propagação dos vírus.

Discorreu-se sobre as características de diversidade e de desigualdade das cidades brasileiras, sobre a identificação que o Brasil é formado por diversas pequenas cidades e poucas cidades de grande porte. Delimita-se para as desigualdades no que se refere à divisão da cidade em formal e a informal. Foram apontados também os instrumentos de planejamento urbano para fins de organização do uso e ocupação do solo, que buscam minimizar tais desigualdades.

De modo a finalizar o capítulo, abordou-se o processo de formação e urbanização do município de Ponta Grossa, *locus* da pesquisa empírica, discorrendo também sobre o processo de favelização no município. Traçou-se o perfil epidemiológico e habitacional do município, utilizando dados do Plano Municipal de Saúde, Plano Diretor e Plano Municipal de Habitação de Interesse Social.

1.1 A CONCEPÇÃO DE CIDADE

Para compreender o conceito de cidade, faz-se necessário diferenciá-la do conceito de município. Como município compreende-se a unidade autônoma de menor hierarquia da organização político-administrativa, e nele estão inclusos tanto a área urbana quanto rural (IBGE, 2010a). Por cidade, entende-se o local que sedia a Prefeitura Municipal, sendo constituída pelo perímetro urbano (IBGE, 2010b).

Sposito (2004) caracteriza as cidades como o lócus do desenvolvimento do capitalismo tornando-se então quem comanda a divisão social do trabalho. É nela que se concentra a força de trabalho e os meios de produção,

[...] e, portanto, é o lugar da gestão, das decisões que orientam o desenvolvimento do próprio modo de produção, comandando a divisão territorial do trabalho e articula a ligação entre as cidades da rede urbana e entre as cidades e o campo. Determina o papel do campo neste processo, e estimula a constituição da rede urbana (Sposito, 2004, p.65-66).

A cidade só pode ser considerada como local de permanência e moradia a partir do momento em que o excedente produzido extrapola o necessário para suprir as demandas de seus habitantes. Esse excedente é, ao mesmo tempo, o que possibilita a cidade e o resultado dela, visto que os habitantes são, ao mesmo tempo consumidores e impulsionadores da produção (Rolnik, 1995).

Sposito (2010), também discorre acerca da cidade contínua, que consiste no espaço urbano produzido. Assim, a expansão urbana se daria a partir da agregação de novas áreas loteadas ao tecido urbano já construído, de modo que integraria estes espaços.

Corrêa (1989, p. 1), considera a cidade como o espaço urbano, podendo ser analisada como um conjunto de pontos, linhas e áreas. Também caracteriza o espaço urbano como “o conjunto de diferentes usos da terra justapostos entre si”. Sendo os produtores deste espaço os detentores dos meios de produção, os proprietários fundiários, os promotores imobiliários, o Estado e os grupos sociais excluídos.

Considera Corrêa (1989) que o espaço urbano é fragmentado ao mesmo tempo em que as partes se articulam e mantêm relações com as demais, podendo ser expressas nos deslocamentos de uma localidade à outra e nas tomadas de decisão e investimentos aplicados. A cidade capitalista expressa fortemente a divisão de classes por meio da segregação das áreas residenciais. Constitui-se então um mosaico de áreas com características diversas e desiguais que possuem interlocução entre si.

Quanto à principal função da cidade, Mumford (2004, p. 616) descreve como a “conversão do poder em forma, da energia em cultura, a matéria inanimada em símbolos vivos de arte, a reprodução biológica em criatividade social”. Tendo ainda como missão final o incentivo da participação consciente dos sujeitos nos processos

histórico e espacial, sendo a cidade capaz de atribuir aos sujeitos a interpretação dos processos que nela ocorrem e ainda torná-los parte ativa e formadora.

Em consonância, Harvey (2014) afirma que a cidade é o mundo criado pelo sujeito e o mundo ao qual está condenado a viver. É a tentativa de refazer o mundo em que se vive. Ao criá-la e recriá-lo os sujeitos também recriam-se.

Compreende-se também que a cidade é um campo, e também objeto, de lutas pelo direito à cidade e pela cidadania dos sujeitos sem distinção. No entanto tais direitos não estão assegurados à população como um todo. Os grupos sociais excluídos não produzem a cidade da mesma forma que os demais, mas a transformam nos espaços que lhes são concedidos pelos proprietários fundiários — as periferias (Corrêa, 1989).

A produção destes espaços é uma forma de resistência e uma estratégia de sobrevivência:

Resistência e sobrevivência que se traduzem na apropriação de terrenos usualmente inadequados para os outros agentes da produção do espaço, encostas íngremes e áreas alagadiças. Trata-se de uma apropriação de fato [...] (Corrêa, 1989, p. 30).

Cabe ressaltar que a urbanização e a cidade são coisas distintas que, no entanto, estão vinculadas por uma relação de causa e efeito recíprocos, uma vez que a urbanização não é somente um fenômeno social, econômico e político, mas também um fenômeno espacial. Assim, o modo como a cidade e a urbanização se fazem e se organizam materialmente estão ligadas (Santos, 1994). Neste sentido, Scheffer (2017) afirma que a cidade é o resultado do processo histórico e social da urbanização, sendo o espaço de difusão do urbano.

A cidade é tanto um meio de produção, material e imaterial, quanto lugar de consumo e de comunicação (Santos, 1994). É também o lócus de educação e reeducação. É ao mesmo tempo região e lugar:

[...] ela é uma totalidade, e suas partes dispõem de um movimento combinado, segundo uma lei própria, que é a lei do organismo urbano, com o qual se confunde. Na verdade, há leis que se sucedem, denotando o tempo que passa e mudando as denominações desse verdadeiro espaço-tempo, que é a cidade [...] (Santos, 1998, p. 71).

A historicidade da cidade se expressa pelo processo urbano que é ou não incorporado por ela, sendo ainda a história de suas formas e um dado ativo (Santos, 1998).

A concepção de cidade e suas características são dinâmicas, passando por constantes transformações. É definida por processos históricos e sociais e se compõe como um mosaico diverso e divergente de paisagens, serviços e classes que, ainda que diferentes, são partes interligadas.

É produto da divisão social do trabalho e reprodutora do sistema capitalista. É a sede das tomadas de decisão e da concentração do poder e é também um campo de lutas pelo direito à sua apropriação no sentido da totalidade.

1.2 CIDADES: LÓCUS DE EPIDEMIAS E PANDEMIAS NA HISTÓRIA

Nesta seção discorre-se sobre pandemias e epidemias que marcaram a história das cidades, mesclando-as em seu processo formativo. Mas, primeiramente, é relevante que se conheça o conceito de tais fenômenos: pandemia se caracteriza como um evento epidemiológico de circulação mundial para o qual a população apresenta pouca ou nenhuma imunidade, conforme o Plano de Contingência para Enfrentamento da Pandemia de Influenza elaborado pela OMS (2005).

Já a epidemia consiste no aumento do número de casos de determinada doença em diversas regiões, estados ou cidades, no entanto não ocorrendo a nível mundial (Instituto Butantan, 2023).

Compreende-se então que a característica que baliza a determinação de epidemia ou pandemia é geográfico. Historicamente, as cidades são o *locus* onde tais fenômenos se originam e desenvolvem, afetando conseqüentemente a área rural.

O conceito de sindemia corresponde ao acúmulo de duas ou mais doenças de caráter epidêmico, sendo a relação de tais doenças coexistentes potencializadas por fatores sociais, econômicos e ambientais, de modo que “as doenças se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza, exclusão social, estigmatização, violência estrutural, problemas ambientais, dentre outros” (Bispo Júnior; Santos, 2021).

Compreende-se então que a sindemia ultrapassa os balizadores geográficos, abrangendo também o contexto social que permeia os sujeitos.

Adentrando no processo de formação das cidades, seus primeiros resquícios datam do período paleolítico onde se tinha as “cidades dos mortos”, fundadas pela

necessidade que os sujeitos tinham de enterrar seus entes falecidos. Ainda que não se estabelecessem por muito tempo no mesmo local, encontravam abrigos em cavernas, locais que poderiam retornar para suprir suas necessidades, fosse a fome, o acasalamento, para guardar suas ferramentas, praticar seus rituais e suas artes, entre outras (Sposito, 2004).

No período mesolítico, com o advento domesticação de animais e o cultivo de vegetais próprios para alimentação, desenvolveram-se as aldeias, que não devem ser consideradas urbanas — visto que as atividades realizadas eram o que hoje se considera agrícola, assim, os sujeitos passaram a estabelecer-se em determinados locais para acompanhar o desenvolvimento das plantas e animais (Munford, 2004).

Sposito (2004) aponta para o papel de fomento que as mulheres desempenharam para a fixação e origem das aldeias e na sequência das cidades:

Com a grande ampliação dos suprimentos alimentares, que resultou da domesticação cumulativa de plantas e animais, ficou determinado o lugar central da mulher na nova economia. [...] A casa e a aldeia, e com o tempo a própria cidade, são obra da mulher (Sposito, 2004, p. 13).

Com a domesticação dos animais e cultivo das plantas alimentícias, os caçadores perderam sua função dentro das aldeias. Contudo, os aldeões enfrentavam adversidades, como por exemplo ataques de grupos nômades e animais selvagens, carecendo que alguém realizasse a proteção da aldeia (Munford, 2014). O caçador passou a executar tal papel, iniciando a delimitação da divisão do trabalho executado pelos indivíduos, fator relevante para que se diferencie a aldeia da cidade já que esta última “exige uma complexidade de organização social só possível com a divisão do trabalho” (Sposito, 2000, p.14).

O caçador tornou-se o responsável pela proteção da aldeia, passando por um processo histórico, e tornou-se chefe político e posteriormente rei. A partir desta transformação nas relações sociais e de poder, iniciaram-se as relações de exploração. Os aldeões davam oferendas aos chefes e posteriormente instaurou-se o pagamento de tributos. Este foi o primeiro passo para a sociedade de classes. A figura do rei era central quanto à formação das cidades, pois detinha o poder de criá-las e modificá-las (Munford, 2014).

As primeiras cidades de fato consideradas urbanas datam aproximadamente do ano de 3.500 a.C. na Mesopotâmia. Foram fundadas próximas aos rios, justamente por encontrarem água, pastos, e condições que favoreciam a agricultura.

Questões de cunho social e políticas advindas das aldeias foram relevantes para sua formação, no entanto, a localização das cidades foi determinada por condições naturais (Benevolo, 1997).

Segundo Hardt (2020), desde os primórdios das civilizações, a distribuição, organização e as condições das moradias tiveram ligação direta com a proliferação de doenças contagiosas.

A Peste de Atenas é uma das primeiras pandemias que se tem conhecimento, datada no século V a.C. que, em virtude da guerra estabelecida entre atenienses e espartanos por hegemonia de território, encontrou um cenário ideal para sua proliferação com o adensamento populacional que se estabeleceu com os refugiados dos campos (Silva, 2020).

Conforme Silva (2020), a doença iniciou no ano de 430 a.C. durou 2 anos e teve um intervalo de aproximadamente dezoito meses. Em 428 a.C. a cidade viu irromper a segunda onda da peste que dizimou cerca de um quarto de toda população ateniense.

Os sintomas consistiam em inflamação nos olhos, faringe e língua, espirros, tosses, vômitos, convulsões, o corpo ficava coberto por pústulas e úlceras. Os enfermos padeciam no período de oito dias, e aqueles que resistiam mais tempo eram acometidos a ulceração no intestino e a uma diarreia incontrolável que fazia com que os doentes perdessem a força física, sendo poucos os que sobreviviam. A quem resistisse, restavam as sequelas da doença como a amputação de determinadas partes do corpo, cegueira e perda total da memória (Silva, 2020).

Para além dos sintomas físicos, os emocionais e sociais também marcaram o período, o sentimento de desesperança e desânimo se abateu perante à população. Se antes os ritos religiosos e políticos eram parte do cotidiano, com o desenvolvimento da doença, foram deixados de lado. As leis divinas e as humanas passaram a ser ignoradas pelos cidadãos pois acreditavam que não viveriam o suficiente para arcarem com as punições, substituindo o regime democrático ateniense pela anomia (Amato, 2010).

Os que mais sofreram com a peste foram os camponeses pobres que aglomeravam-se em barracas dentro dos muros de Atenas, estratégia de defesa da cidade. Neste ambiente a morte em razão da doença se alastrava de forma mais intensa (Silva, 2020).

A urbanização dos impérios antigos teve papel fundamental para a ampliação do número de cidades pelos diversos continentes, assim como para a atenuação da divisão social do trabalho e complexidade da organização política, além da intensificação dos papéis urbanos e maior inter-relação entre as cidades. O Império Romano teve grande influência para o processo de expansão da urbanização, sendo o responsável por transformar este fenômeno que até então ocorria de forma espontânea, em ocupação de territórios por meio de disputa e conquista (Sposito, 2004).

Por volta da década de 160 d.C., emergiu a Peste Antonina que atingiu o Egito, parte da Ásia e da Europa, durando até aproximadamente o ano de 192 (Oliveira, 2022). Quanto à sua origem existem duas possibilidades: a primeira de que teria surgido na Selêucia, atualmente Iraque, e a segunda versão aponta para o Egito. A doença teria se espalhado por meio da exportação de grãos egípcios e principalmente pelo trânsito populacional, de modo especial de soldados que retornavam da guerra (Sáez, 2016).

Como sintomas da doença são descritas erupções cutâneas, pústulas ulcerativas, diarreia, febre, tosse com sangue e perda da voz. A partir do décimo segundo dia é quando apresentava maiores taxas de mortalidade (Sáez, 2016). Uma das teorias existentes é de que a doença seja fruto de uma cepa antecessora do vírus da varíola (Oliveira, 2022).

No que tange aos efeitos da peste, estima-se que as cidades tenham perdido entre 13% e 15% da população, fato decorrente da falta de sistemas de higiene e do alto grau de concentração populacional, assim cidades mais populosas como Roma foram mais afetadas devido à sua superlotação (Sáez, 2016).

Oliveira (2016), também aponta que, junto à crise sanitária, estabeleceu-se uma crise econômica e social. Apesar de toda a população — independente de classe social — ter sido afetada pela peste, os grupos sociais viveram suas implicações de formas diferentes. Enquanto a camada rica encontrou soluções por meio de seus investimentos, aos sujeitos pobres restou a migração em busca de melhores condições de vida, o que acarretou na intensificação da infecção e transmissão da doença, principalmente quando se aglomeravam nas cidades.

Quase um século depois, durante os anos de 249 e 270 d.C., surgiu a peste Cipriana, originada no Egito (Geoffroy; Diaz, 2020) e que pode ser considerada um

dos maiores fenômenos epidêmicos da Antiguidade que atingiu parte significativa de territórios do império romano, A doença atingiu as seguintes regiões/cidades: Alexandria, Roma, Cartago, Achaia e Sirmio (Silva; Neto, 2020).

A doença possuía como sintomas: diarreia, debilitações severas, perda de força, dores abdominais, vômitos, feridas e dor de garganta, necrose de membros, perda de audição e visão (Geoffroy; Diaz, 2020). Este é mais um exemplo de doença que atingiu a toda população sem distinção de gênero, etnia e idade (Silva; Neto, 2020).

De acordo com Souza et al. (2022), a taxa de mortalidade da Peste Cipriana atingia cinco mil pessoas por dia nas grandes cidades, sendo Roma novamente uma das mais impactadas pela doença. Por sua vez, Alexandria viu sua população ser reduzida pela metade em quatro anos de pandemia (Silva; Neto, 2020). Geoffroy e Diaz (2020) estimam que 60% dos mortos pela doença estavam localizados em áreas urbanas.

Demais cidades ficaram desertas, como Macedônia e Trácia “ao ponto de os inimigos de Roma serem autorizados a instalar-se nessas terras como camponeses, na ausência de mão de obra”³ (Geoffroy; Diaz, 2020, p. 453, tradução nossa). Quanto às demais consequências da pandemia, aponta-se para a baixa de soldados que permitiu que migrantes do norte se estabelecessem no território. Tal fato somado à emergência do Cristianismo foi responsável pelo fim do “mundo antigo” (Geoffroy; Diaz, 2020).

Diante de tais informações, Hardt, Hardt e Hardt (2020, p. 2) afirmam que:

Em síntese, depreende-se que o crescimento acelerado das cidades antigas, mesmo que apoiado em razoáveis soluções urbanísticas, foi um dos propulsores mais relevantes para o aniquilamento social a partir da mortalidade provocada pelas epidemias, notadamente nas áreas mais adensadas.

Huberman (1986), afirma que as cidades do período da Idade Média iniciaram seu crescimento em regiões de atividades comerciais que se expandiram de forma rápida, tendo as primeiras surgido na região da Holanda e Itália, justamente nos lugares que facilitavam o encontro entre mercadores como cruzamentos de estrada e embocadura de rios.

³ “Al punto que se permitió que enemigos de Roma se establecieran en esas tierras como campesinos ante la ausencia de mano de obra”.

Uma das primeiras pandemias noticiadas neste período foi a da Peste de Justiniano, que ocorreu entre os anos de 532 à 602 d.C, originada no Egito e disseminada pelo mundo (Brasil, 2008). É considerada a quarta pandemia com maior número de mortos, entre 30 a 50 milhões (Ortiz, 2020).

Conforme Ortiz (2020) os sintomas consistiam em bubões, febre, pústulas e confusões mentais que duravam longos períodos. Segundo o autor, "o contágio ocorreu rapidamente em locais públicos, como igrejas e mercados, onde a maioria das pessoas morreu, e algumas pessoas que conseguiram recuperar morreram frequentemente de infecções subsequentes"⁴ (Ortiz, 2020, p.186, tradução nossa).

Enquanto algumas cidades foram devastadas pela doença, outras passaram praticamente intocadas por ela. Isso se deve à organização das cidades, aquelas áreas que possuíam ferreiros e atividades com barulhos altos eram as menos atingidas pela peste, uma vez que ratos evitavam tais localidades. Já as que possuíam maior incidência de açougues foram mais afetadas, pois atraíam roedores. Para além, a largura das ruas também influenciam na disseminação da doença, uma vez que os ratos evitam ruas largas (Zampietro, 2021).

Ainda na Idade Média, destaca-se a incidência da Peste Negra, ou Peste Bubônica, iniciada na Ásia Central por volta do ano de 1330 e que se espalhou pelo mundo (Hardt; Hardt; Hardt, 2020). A mortalidade nas regiões asiáticas atingiram 50% das tropas do vale do Huai, dois terços da população do Chan-si e 70% da população da província de Hou-pei (Sournia; Ruffie, 1984).

Chegando até a cidade de Caffa, a peste foi levada ao longo do Mediterrâneo por meio do comércio. As embarcações saídas do porto de Caffa fizeram escala em cidades como a Sicília, Pisa e Génova, na Itália, e em Provença na França, iniciando então a dispersão da Peste por uma maior extensão territorial da Europa (Gilbert, 2019). Nesta última região, estima-se que entre 50% a 75% da população desapareceu (Sourina; Ruffie, 1984).

Os principais sintomas da Peste são: febre, que tende a aumentar com a evolução da doença, aumento e supuração dos gânglios linfáticos, delírios, manchas na pele. Quando a infecção se espalha diretamente pela corrente sanguínea, peste septicêmica, os indivíduos sofrem hemorragias e morrem rápido, já os que são

⁴ *"El contagio ocurría de forma rápida en los sitios públicos como iglesias y mercados, pues era allí donde había más muertos, y algunas personas que conseguían recobrase, solían morir por infecciones posteriores"*

contaminados por aerossóis, peste pneumônica, desenvolvem pneumonia, cospem sangue e morrem em poucos dias (Sanchez-David, 2008).

Sournia e Ruffie (1986) apontam que esta foi uma das catástrofes demográficas mais brutais de que se tem conhecimento. Ruas, comunidades monásticas e aldeias ficaram despovoadas em poucas semanas, a fome que se instalou junto à emergência da varíola agravaram a situação, acarretando na perda de cerca de um terço da população europeia no período de três a quatro anos. Como consequência, destaca-se na economia, a concentração de fortunas para poucos sujeitos, fato que favoreceu a expansão comercial.

Para além, destaca-se a alta dos preços somada aos baixos salários, tensões sociais e queda da renda agrária — marcando o fim da era agrária e o predomínio das cidades. Por outro lado, equilibrou a proporção entre terras e população nas áreas consideradas rurais. Esse processo deu início ao declínio do feudalismo, tendo a servidão feudal desaparecido gradativamente e surgindo então o mundo moderno (González, 2020).

Hardt, Hardt e Hardt (2020) afirmam que as precariedade que se faziam presentes na era medieval foram responsáveis por transformações urbanísticas, principalmente no que tange à melhoria da qualidade ambiental das áreas urbanizadas na Idade Moderna, acarretando em locais mais salubres e com amplos espaços abertos.

Vale ressaltar que a Peste não foi extinta, ela adentrou à Idade Moderna. Contudo, com o crescente número de casos que vinham ocorrendo e já tendo passado pela doença, os governos estavam cientes das possibilidades de ação para mitigação da doença, ainda que ações concretas e eficientes tenham demorado a ser tomadas. As descobertas científicas acerca do agente patológico, o desenvolvimento de uma vacina e medicamentos eficazes tornaram a Peste menos mortífera (Sourina; Ruffie, 1986).

Os burgos tornaram-se centros comerciais devido à movimentação de mercadores que ficavam próximos a seus arredores, fomentando o êxodo das velhas cidades feudais para as novas cidades em ascensão, onde as oportunidades de trabalho eram mais abundantes. A cidade moderna acarretou na degradação dos feudos (Huberman, 1986).

A urbanização, desacelerada com o declínio do Império Romano, retomou seu ritmo de crescimento aproximadamente no século XII com a construção de uma malha densa de cidades em locais nunca ocupados em regiões da Europa central e ocidental, que possuíam como base econômica o comércio e o artesanato (Sposito, 2004).

É válido ressaltar que o processo da formação das cidades ocorreu de modo diverso pelos continentes. Na América Latina, com a invasão dos europeus, o curso natural de formação das sociedades, principalmente astecas, maias, incas, e tribos indígenas brasileiras, foi interrompido. Os europeus ocuparam os territórios de acordo com seus próprios ideais e interesses, ignorando por completo as formas de sociedade já existentes. Os objetivos dos europeus, aqui destacam-se os espanhóis e portugueses, eram a extração das riquezas minerais, plantações de cana-de-açúcar e criação do gado, e para tanto, utilizaram-se da mão de obra escrava, a princípio dos povos nativos e em seguida de africanos traficados para a América (Castro, 2018).

Conforme Castro (2018), as cidades latinoamericanas foram destruídas e sobre elas nasceram as cidades de estilo europeu. Sobre os destroços dos santuários e monumentais edifícios indígenas foram levantados templos cristãos e novas construções européias.

Com a emergência do sistema de produção capitalista, estabeleceu-se a aliança entre o capital comercial e a realeza, fato que permitiu a formação de Estados Nacionais Absolutistas⁵ e o aumento populacional. A imagem do rei foi fortalecida acarretando no surgimento da corte. Ao contrário do período feudal, as cidades modernas foram alicerçadas pela riqueza acumulada (Sposito, 2000).

No Brasil, as primeiras cidades foram fundadas no século XVI, sendo até então um total de dezoito. No século XVII o número de cidades saltou para vinte e oito. Estas, caracterizadas como cidades coloniais, possuíam caráter político-administrativo, militar-defensivo e econômico (Sposito, 2000).

Há que se destacar a incidência da varíola, que pode ter ligação com outras doenças ocorridas anteriormente ao século X, como nos casos da Peste de Atenas e a Praga Antonina, no entanto não há consenso acerca da origem e data inicial da

⁵ Forma de governo em que o poder era concentrado na figura do rei.

doença. Fato é que se espalhou primeiramente entre os continentes asiático, europeu e africano (Toledo Jr, 2005).

A doença poderia se apresentar de forma mais branda, na qual a taxa de mortalidade era de aproximadamente 1% e suas características se davam de forma desconfigurada. No formato mais agravado poderia causar infecção em diversos órgãos, dores abdominais, delírios, e quando o vírus atinge pela segunda vez a corrente sanguínea, as lesões na pele surgiam (Gurgel; Rosa, 2012).

No Brasil, foi registrada pela primeira vez no ano de 1563 na Bahia causando diversos óbitos, principalmente na população indígena (Schatzmayr, 2001). Entre 1563 e 1564 estima-se que cerca de 30.000 indígenas morreram nos primeiros 90 dias da eclosão da varíola (Gurgel; Rosa, 2012).

A cólera foi outra doença que extrapolou continentes. Surgida na Ásia, há registros da doença em solo europeu no fim do século XII ou início do século XIII, no entanto foi somente no século XIX que ganhou notoriedade de fato, espalhando-se por toda Europa e Américas. Seu modo de dispersão não fora muito diferente das demais epidemias e pandemias, os navios que transitavam de uma região a outra e os fluxos migratórios acabavam por levar consigo o bacilo responsável pela doença (Santos, 1994).

O Brasil foi atingido pela doença no ano de 1855, acumulando até 1856 cerca de duzentos mil mortos, sendo as cidades litorâneas as mais atingidas. As medidas para mitigação do vírus perpassam pelo isolamento dos sujeitos infectados e de modo especial pela implementação do saneamento básico com a instalação de redes de esgoto e de abastecimento de água em determinadas cidades como Rio de Janeiro, Santos e Recife (Santos, 1994).

Santos (1994) aponta que a população mais atingida foi a mais pobre, com más condições de alimentação e de higiene. Os negros escravizados, bem como aqueles considerados livres foram os mais vitimados pela cólera, correspondendo à dois terços do total de mortos pela doença no Brasil.

Adentrando o início do século XX, a Gripe Espanhola, que teve origem nos Estados Unidos da América, eclodiu em plena Primeira Guerra Mundial, matando cinco vezes mais pessoas do que a própria guerra. Ela foi levada, inicialmente, para a Europa por meio de soldados contaminados e se espalhou pelo mundo em cerca

de oito meses (Campos Filho, 2020). Estima-se que entre os anos de 1918 e 1919, 50 milhões de pessoas morreram em virtude da gripe (Ferreira, 2020).

No Brasil, a Gripe Espanhola encontrou condições ideais para sua proliferação com as habitações precárias e más condições de higiene. Os primeiros casos em território brasileiro ocorreram por meio de integrantes das missões médico-militares que haviam retornado da Europa. Cerca de 65% da população brasileira foi atingida pela doença e estima-se que 35.240 pessoas morreram (Auerbach; Oselame; Dutra, 2013).

Novamente a população que mais sofreu com a doença foi a que residia nos subúrbios e que não foi beneficiada com as ações sanitárias que ocorriam majoritariamente na região central (Brito, 1997).

Ferreira (2020) aponta que a Gripe Espanhola foi a responsável por fazer com que países como Portugal e Espanha criassem um dispositivo de saúde pública, ainda acrescenta que:

A luta contra a Pneumónica ou Gripe Espanhola, levou muitos países a criarem estruturas que pudesse fazer face à pandemia, com as dificuldades inerentes a um pós-Iª Guerra Mundial e que, a partir da Liga das Nações ou Sociedade das Nações (1919) terá um primeiro Serviço de Saúde com características internacionais. No entanto, só no pós-IIª Guerra Mundial, com a estruturação das Nações Unidas, é criada, em 1947, a OMS (Organização Mundial de Saúde) [...] (Ferreira, 2020, p.9).

Já no século XXI, mais especificamente no ano de 2009, eclodiu a pandemia da Influenza H1N1, também conhecida como gripe suína, em virtude de seus genes serem semelhantes ao vírus que infectava suínos. (Beirigo; Pereira; Silva, 2017).

No primeiro ano, a doença causou cerca de 12.800 mortes no mundo. No Brasil, houveram 2.051 óbitos e mais de 44 mil casos confirmados. O público mais atingido foram crianças menores de 2 anos e adultos com idade entre 20 e 29 anos. O grupo de maior risco inclui crianças com idade inferior a 5 anos, gestantes, pessoas idosas com mais de 65 anos, imunossuprimidos e pessoas com doenças crônicas (Bellei; Melchior, 2011).

Como sintomas a H1N1 pode causar febre, dores musculares, dor de garganta e de cabeça, além de tosse seca, que duram cerca de 2 à 3 dias e raramente persistem por mais de 5 dias. Como complicação mais recorrente da doença está a pneumonia (Beirigo; Pereira; Silva, 2017).

Partindo para a covid-19, esta é causada pelo coronavírus⁶ que teve seu primeiro caso registrado no Brasil em fevereiro de 2020. O alerta para as autoridades surgiu no ano de 2019 em Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China (OPAS, 2020).

Entre os principais sintomas da doença estão febre, cansaço, tosse seca, perda de paladar ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dores nos músculos ou juntas, diferentes tipos de erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas (OPAS, 2023a).

Desde o início da pandemia até o mês de maio de 2023, momento em que foi decretado o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à covid-19 (OPAS, 2023b), foram confirmados 766.895.075 de casos no mundo todo e 6.935.889 óbitos. No Brasil, 37.579.028 de pessoas foram contaminadas e 702.664 morreram (Paraná, 2023).

O vírus acometeu biologicamente a todos: homens, mulheres, crianças, jovens, pessoas idosas, ricos e pobres. Porém, socialmente, as classes foram afetadas de formas diferentes. Condições de habitação, sanitárias e de isolamento não são as mesmas para as camadas mais vulneráveis e para as mais privilegiadas da sociedade. Também não foi acessível para todos “ficar em casa”, sendo essa considerada uma das principais medidas de mitigação da doença antes da vacinação (Santos, 2020).

A covid-19 pode ser compreendida como uma sindemia, uma vez que seu desenvolvimento se deu em conjunto com outras epidemias como hipertensão, diabetes e depressão, por exemplo, e que potencializam seus efeitos clínicos e sociais (Bispo Júnior; Santos, 2021).

Horton (2020, p. 874), aponta que:

A consequência mais importante de ver a COVID-19 como uma sindemia é sublinhar as suas origens sociais. A vulnerabilidade dos cidadãos mais velhos; Comunidades étnicas negras, asiáticas e minoritárias; e trabalhadores-chave que são geralmente mal pagos e com menos proteções sociais apontam para uma verdade até agora pouco reconhecida – nomeadamente, que não importa quão eficaz seja um tratamento ou quão

⁶ Os coronavírus são uma família de vírus comuns em diversas espécies de animais como morcegos, camelos e seres humanos. É destes que vieram o MERS-Cov e o SARS-Cov-2, conhecido como covid-19 (Brasil, 2021).

protetora seja uma vacina, a procura de uma solução puramente biomédica para a COVID-19 irá falhar (tradução nossa).⁷

Para combater a covid-19, é necessário o desenvolvimento e fortalecimento de políticas e programas a fim de mitigar as desigualdades, uma vez que esta doença possui adentra fortemente em questões socioeconômicas (Júnior; Santos, 2021).

De acordo com Pinto e Cerqueira (2020, p. 44-45), a incidência de novos vírus relaciona-se diretamente com o sistema de exploração em voga:

Há estudos que demonstram que as novas epidemias (SARS, Ebola, os vários tipos de influenzas, entre outros patógenos) ocorrem devido ao modelo de agricultura e criação de animais altamente extensivo. Este modelo que diminui a distância entre o mundo rural e o urbano e fundamentalmente as barreiras naturais entre a civilização e os animais e seus respectivos, e, singulares, “habitats”, expõe a humanidade diretamente a vírus e bactérias que, até então, não se encontrava exposta. Mesmo com os alertas a sociedade, sob a égide do capitalismo, continuou e aprofundou o processo de exploração e destruição do meio ambiente e das relações sociais humanitárias, gerando uma situação singular, ainda não vivida em tempos recentes.

Cabe destacar que no período de finalização desta pesquisa, o Brasil foi afetado por uma outra epidemia, a dengue. Até o dia 6 de março de 2024, foram registrados 1.289.897 casos prováveis da doença e 329 óbitos confirmados, sendo que nove estados decretaram situação de emergência, sendo eles: Acre, Amapá, Distrito Federal, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo (Ministério da Saúde, 2024).

A história das epidemias e pandemias que assolaram o mundo estão intrinsecamente ligadas à história da formação das cidades. Assim, conforme descrito ao longo desta seção, percebe-se que as grandes pandemias e epidemias não são restritas à contemporaneidade, mas decorrem de períodos remotos. A cidade, o planejamento urbano, as condições de habitação e saneamento além da relação dos sujeitos com a natureza influenciam na propagação ou mitigação dos vírus.

⁷ “The most important consequence of seeing COVID-19 as a syndemic is to underline its social origins. The vulnerability of older citizens; Black, Asian, and minority ethnic communities; and key workers who are commonly poorly paid with fewer welfare protections points to a truth so far barely acknowledged—namely, that no matter how effective a treatment or protective a vaccine, the pursuit of a purely biomedical solution to COVID-19 will fail”.

Destacou-se também que, ao longo da história, os sujeitos em situação de vulnerabilidade social podem encontrar-se mais propensos a riscos à saúde justamente pelas piores condições na qual estão inseridos.

1.3 CIDADES NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS E ASPECTOS DA POLÍTICA URBANA

As cidades no Brasil são marcadas por uma diversidade de elementos entre os quais as desigualdades espaciais, sociais, econômicas e culturais expressas no contexto municipal.

De acordo com Pinheiro (2014, p. 18) esta é:

[...] expressa no dinamismo da sua economia, no ritmo de desenvolvimento e, principalmente, na qualidade de vida e acesso dos seus habitantes aos serviços básicos e ao direito à cidade. A desigualdade, que divide os municípios entre ricos e pobres, se revela na existência ou não de sedes de empresas, de agências bancárias, de domínios de internet, de aeroportos, de cinemas e teatros, e, mais ainda, nas oportunidades de emprego e estudo que oferecem aos seus moradores, na oferta de serviços de saúde, de justiça, de segurança etc.

Esse fenômeno pode estar vinculado ao processo de urbanização do Brasil, que ocorreu, primeiramente, de forma desigual e concentrado em determinadas regiões do país. O sudeste concentrava os maiores campos de trabalho, baseando a economia na produção e exportação do café, tendo as cidades o papel de dar suporte a tais atividades, sendo responsável também pelo processo de modernização do mercado de trabalho, dando início a novos setores econômicos urbanos (Carvalho, 2002).

A segunda fase da urbanização brasileira, que ocorreu entre as décadas de 1930 e foi alavancada entre 1950-1960, foi marcada pelo forte investimento governamental na industrialização (Limonad, 2018), esse período conhecido como a fase da Revolução Industrial Brasileira, quando a mão de obra internacional foi substituída pela nacional. A indústria, que até 1940 era predominantemente de bens de consumo, passou a desenvolver-se nos setores de metais, metalurgia e siderurgia (Azevedo, 2010).

Com o advento da criação de parques industriais nas cidades, o êxodo rural que ocorreu em decorrência da decadência cafeeira, a criação de Brasília e a

implementação da rodovia Belém-Brasília no ano de 1958, expandiu-se o processo de ocupação de cidades pelo interior do Brasil (Limonad, 2018).

É neste mesmo recorte temporal (1950-1960) que o estado do Paraná teve um acréscimo em sua população — que atingiu a marca de 2,1 milhões de habitantes — e grandes fluxos migratórios de áreas rurais para áreas urbanas em decorrência da reestruturação econômica, tendo como base produtiva a diversificação na agropecuária, a comercialização de *commodities* e a agroindustrialização. A industrialização se deu pelo trabalho com metais (Moura, 2004).

Após 1964, quando ocorreu o golpe militar, houve a diversificação da produção industrial (produção de energia, aço, indústria petroquímica, entre outros) e também a expansão da produção de bens duráveis e não duráveis (Azevedo, 2010).

Finalmente, a partir da década de 1970, iniciou-se a terceira fase quando a urbanização brasileira atingiu taxas de 56% (Vasconcelos, 2006) e ocorreu a expansão do mercado de trabalho para a região Nordeste do país (Carvalho, 2002).

No Paraná, a taxa de urbanização entre os anos de 1970-1990 saltou de 36% para 78%, fenômeno ocorrido justamente pela reestruturação econômica de 1950. A população que habitava as zonas rurais do estado migrou para as zonas urbanas em busca de trabalho, bens, serviços e acesso ao solo e a cidade (Moura, 2004).

O processo de urbanização foi responsável pela acentuação das desigualdades, conforme Moura (2004, p. 36):

Se nas cidades as contradições sociais já se faziam presentes, a urbanização, em tal intensidade, ampliou as malhas construídas, fazendo surgir novos loteamentos, densificando os bairros existentes, verticalizando edifícios e agudizando os conflitos e a segregação socioespacial, ao criar áreas servidas e equipadas, ao lado de favelas e periferias carentes.

Durante os anos de 1980, o estado apresentou uma queda na taxa de fecundidade em relação a década de 1950, passando de 6,5 filhos para 2,6 filhos por mulher. No entanto, nos anos 1990 o crescimento populacional retomou seu ritmo devido aos grandes fluxos migratórios (Magalhães; Kleinke, 2000). Na tabela abaixo é possível verificar o crescimento populacional, bem como a taxa de urbanização paranaense entre 1940 e 1996:

Figura 4 - População, Taxas Anuais de Crescimento Geométrico, Participação da População do Estado na População do Brasil e Grau de Urbanização - Paraná - 1940/1996

PERÍODO	POPULAÇÃO TOTAL	TAXA ANUAL DE CRESCIMENTO GEOMÉTRICO (%)	PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NO TOTAL DO PAÍS (%)	GRAU DE URBANIZAÇÃO (%)
1940	1 236 276	5,52	3,0	24,5
1950	2 115 547	7,27	4,1	25,0
1960	4 268 239	4,97	6,1	30,6
1970	6 929 868	0,97	7,4	36,1
1980	7 629 392	0,93	6,4	58,6
1991	8 448 713	1,30	5,8	73,4
1996	9 003 804		5,7	77,9

Fonte: Magalhães; Kleinke, 2000.

Já no ano de 2000, a taxa de urbanização do Paraná atingiu a marca de 81,4%, sendo que 37% dos municípios tinham graus de urbanização entre 50% a 75% e um expressivo conto de municípios possuía uma urbanização entre 75% e 90% (Moura, 2004). Atualmente, o estado possui uma população de 11.440.380 habitantes, sendo considerado o quarto município com maior área urbanizada do Brasil (IBGE, 2023).

Pinheiro (2014) apresenta que, atualmente, as regiões com menor número de pessoas em situação de pobreza são Sudeste, Sul e Centro-Oeste e as que expressam maior número são as regiões Nordeste e Norte. Desta forma, no Brasil, as regiões com menor índice de pessoas em situação de pobreza, também são aquelas com maior distância de renda. Ou seja, nos municípios considerados mais pobres, a pobreza é equivalente entre os indivíduos, já nos mais ricos, as riquezas ficam concentradas numa pequena parcela da população.

A desigualdade se apresenta de forma distinta entre essas regiões, por exemplo, no Norte e Nordeste trata-se da exclusão no que tange à escolaridade, já no Sul e Sudeste, refere-se à exclusão no mercado de trabalho e a violência. Destacando as cinco regiões metropolitanas com maior índice desta forma de exclusão encontram-se: São Paulo, Rio de Janeiro, Vitória, Distrito Federal e Recife (Pinheiro, 2014).

Conforme Pinheiro (2014), fatores de gestão municipal também são impactados pela desigualdade, expressando-se no grau de dependência dos recursos estaduais e federais e na capacidade de produção de riquezas e da

qualidade de vida dos cidadãos. Destaca-se que quando somadas as desigualdades presentes nos municípios, obtém-se o nível de desigualdades entre as regiões, o Sul e Centro-Oeste apresentam melhores índices sociais e econômicos, o Norte e Nordeste estão abaixo da média nacional.

Grostein (2001) aponta que os complexos metropolitanos que se formaram abarcam municípios que possuem funções complementares, gestão independente e capacidade financeira desigual, dificultando o atendimento das demandas sociais e de infraestrutura urbana que se apresentam. A falta de integração das ações articuladas e políticas de desenvolvimento urbano agravaram as inadequações no uso e ocupação do solo.

O Brasil apresenta uma complexa rede urbana, os municípios são compostos por diversas cidades pequenas e poucas cidades grandes. Dado à tal complexidade, o conceito de cidade pequena e grande é diferente nas regiões. No Norte e Centro-Oeste, são consideradas pequenas aquelas com população inferior a 50 mil e grandes as com 100 mil habitantes. Em todas as outras regiões, caracterizam-se como cidades pequenas as que possuem menos de 100 mil habitantes e grandes as com população superior a 500 mil (Pinheiro, 2014).

Para além do exposto acima, as cidades ainda podem ser classificadas pela influência que exercem nas demais que se encontram ao seu redor. No quadro abaixo é possível observar diferentes classificações:

Quadro 3 - Classificação da Rede Urbana Brasileira - 2018.

Classificação	Características	Subníveis	Centro	Média populacional
15 Metrôpoles	Cidades de grande porte que exercem influência para todas as cidades do país.	Grande Metrôpole Nacional	São Paulo	21,5 milhões
		Metrôpole Nacional	Brasília e Rio de Janeiro	3,9 - 12,7 milhões
		Metrôpole	Belém, Belo Horizonte, Campinas, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, Porto Alegre, Recife, Salvador, Vitória e Manaus	3 milhões
97 Capitais Regionais	Centros urbanos com alta concentração de atividades de gestão	Capital Regional A	9 cidades	800 mil - 1,4 milhões

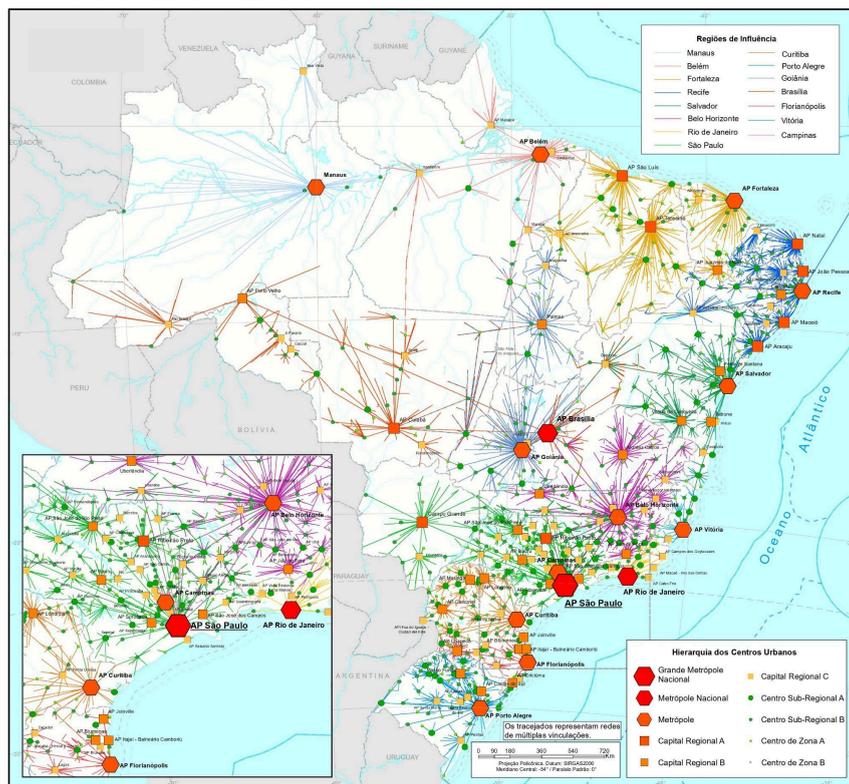
	e com menor influência do que as metrópoles	Capital Regional B	24 cidades	530 mil
		Capital Regional C	64 cidades	300 mil habitantes
352 Centros Sub-Regionais	Cidades de menor porte que atividades de gestão menos complexas e áreas de influência menores.	Centro Sub-Regional A	96 cidades	120 mil
		Centro Sub-Regional B	256 cidades	70 mil
398 Centros de Zona	Possuem menores níveis de atividades de gestão e atuam em uma área mais limitada.	Centro de Zona A	140 cidades	40 mil
		Centro de Zona B	251 cidades	25 mil
4.037 Centros Locais	Exercem influência restrita aos seus próprios limites territoriais.	-	4.037 cidades	12,5 mil

Fonte: IBGE. 2018. Organizado pela autora.

Observa-se no quadro 3 a classificação das cidades, bem como a quantidade delas conforme suas características, em metrópoles, centros regionais e sub-regionais, centros de zona e centros locais, bem como a densidade populacional em cada uma.

Para ilustrar a rede urbana brasileira, apresenta-se a figura 5:

Figura 5 - Rede Urbana - Brasil - 2018.



Fonte: IBGE, 2020.

Por meio da figura acima é possível visualizar as regiões de influência do Brasil. As cidades médias, que possuem entre 100 mil e 500 mil habitantes, têm se fortalecido devido ao formato de distribuição da população e de atividades nos territórios. Estas por vez ocorreram devido às mudanças na localização das atividades econômicas e das zonas industriais, da modernização e expansão da agricultura, além da queda na qualidade de vida e aumento de custo para acesso à habitação (Pinheiro, 2014).

Scheffer (2017) evidencia que existem cidades no interior da cidade, a formal e a informal. A cidade formal é aquela considerada legal, estando dentro dos padrões do planejamento urbano, geralmente habitada pela população de maior renda e que possui acesso aos equipamentos públicos. Já a cidade informal com características de falta de legalidade e que pode concentrar a população mais vulnerável que não conta com o mesmo acesso a infraestrutura e equipamentos.

O crescimento urbano e a exclusão social estão atrelados (Maricato, 2000), assim como o crescimento populacional e a acumulação do capital também estão intrinsecamente ligados uma vez que a população cresceu para que o mercado

fosse criado e este, por sua vez, serve de consumo para a população (Santos; Toledo, 2020).

Como expressão da exclusão, pode-se mencionar a do mercado de trabalho formal que não abarca todos os trabalhadores urbanos e mesmo a parcela que é abrangida pelo emprego formal “apela para expedientes de subsistência para se prover de moradia na cidade” (Maricato, 2000, p. 24).

Indo além, Villaça (2011) reitera que grande parte da população mais rica, assim como grande parte da população mais pobre, está empregada no setor terciário⁸, no entanto no setor secundário⁹, os mais pobres ocupam de forma majoritária os postos de trabalho. Os postos de trabalho da população mais rica encontram-se concentrados, já os da população pobre estão esparsos, do mesmo modo que o primeiro grupo habita mais próximo à seus empregos, o segundo grupo precisa realizar maior deslocamento entre residência/local de trabalho.

Na gama de desigualdades entre a cidade formal e informal, a otimização do tempo também é privilégio da classe dominante. O processo de deslocamento é mais penoso para os mais pobres uma vez que seus postos de trabalho são esparsos e distantes do local de residência. Usualmente, utilizam de transporte coletivo para seus deslocamentos, que não é o alvo principal de investimentos governamentais, já que as obras de melhoramento são destinadas de forma mais intensa ao transporte privado individual (Villaça, 2011).

Outra característica proveniente da desigualdade é a segregação socioespacial urbana que define espaços ocupados por população com semelhanças socioeconômicas. A distribuição é desigual dentro do espaço urbano e este processo pode gerar estigmatização em determinados territórios. Como exemplo tem-se as favelas, que por vezes podem gerar sentimentos de desconfiança entre os moradores em relação aos demais sujeitos e às organizações públicas, havendo um menor poder associativo destes para resolução das demandas que sejam de seus interesses. Por outro lado, a classe dominante se organiza de forma corporativa na defesa de seus interesses representados principalmente pelos capitais imobiliário, empreiteiro, concessionário e patrimonial (Ribeiro; Santos Junior, 2003).

⁸ Composto pelo comércio, prestação de serviços e atividades empresariais (Villaça, 2011).

⁹ Setor da economia composto pela indústria (Villaça, 2011).

Compreende-se que a segregação socioespacial pode ocorrer principalmente de três modos: imposta, compulsória e autosegregação. A segregação imposta ocorre por meio da implementação de programas habitacionais, que ao possuir como um dos principais critérios a renda, cria bairros padronizados, podendo separar os sujeitos de suas redes de apoio em virtude de maior ou menor poder aquisitivo. A segregação compulsória decorre da migração de pessoas de baixa renda para locais periféricos e desprovidos de infraestrutura. Por fim, a autosegregação é um fenômeno próprio das classes média e alta que optam por morar em condomínios fechados visando a qualidade de vida, buscando afastar-se de situações ameaçadoras, incômodas ou perigosas (Scheffer, 2017).

Dado, brevemente, o processo de urbanização brasileira bem como suas características, além das características de desigualdades presentes nas cidades, cabe agora entender de que forma se implementa a sua gestão, por meio da Política Urbana, a fim de garantir o bem estar daqueles que nela vivem.

A Constituição Federal de 1988 possui em seu escopo um capítulo destinado à Política Urbana. O artigo 182 prevê a política de desenvolvimento urbano, dever do Poder Público Municipal, com o objetivo de ordenar o desenvolvimento da função social da cidade e do bem estar dos cidadãos, tendo como instrumento de efetivação o Plano Diretor. Conforme o artigo, a função social da cidade será cumprida quando as exigências impostas pelo Plano Diretor forem atendidas. O artigo 183 aborda o usucapião como direito aos cidadãos que ainda não possuem terras para fins de construção de moradia (Brasil, 1988).

Como tentativa de regular o uso e ocupação do solo, democratizar a gestão das cidades e combater as desigualdades urbanas foi criada a lei nº 10.257, apresentada pelo senador Pompeu de Souza e promulgada em 2001, conhecida como Estatuto da Cidade (Cafrune, 2016).

O Estatuto da Cidade é um instrumento legal da Política Urbana que combina a gestão participativa com os ideais de sustentabilidade ecológica e econômica, buscando também melhorar a ordenação do espaço urbano e solucionar problemas sociais como o saneamento e moradia. Possui caráter municipalista, centrado no Plano Diretor e de gestão participativa nas decisões de interesse público (Boeira; Santos; Santos, 2009).

Destacam-se pontos do Estatuto que abordam a garantia do direito à cidades sustentáveis, expresso nos direitos à moradia, saneamento ambiental, transporte, serviços públicos, trabalho, lazer, entre outros; gestão democrática com a participação da sociedade para a formulação, execução e avaliação dos planos, programas e projetos de desenvolvimento urbano; a cooperação entre os governos, municipal, estadual e federal, além do setor privado, visando o interesse social quanto ao desenvolvimento urbano; oferta de equipamentos urbanos e comunitários; ordenação e controle do solo; integração entre as atividades urbanas e rurais; padrões de produção de bens de consumo respeitando os limites dos recursos ambientais; regularização fundiária e urbanização de áreas ocupadas por população de baixa renda; entre outros (Brasil, 2008).

No Estatuto, são delimitadas as competências da União para com a política urbana:

- I – legislar sobre normas gerais de direito urbanístico;
- II – legislar sobre normas para a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios em relação à política urbana, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional;
- III – promover, por iniciativa própria e em conjunto com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;
- IV – instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos;
- V – elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social (Brasil, 2008).

Os instrumentos delimitados pelo Estatuto para a execução desta lei consistem em planos nacionais, regionais e estaduais de ordenação do território e de desenvolvimento econômico e social; planejamento municipal nos quais são incluídos o plano diretor, plano plurianual, zoneamento ambiental, entre outros; institutos tributários e financeiros como, por exemplo, imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana (IPTU); institutos jurídicos e políticos como a desapropriação, tombamento de imóveis ou de mobiliário urbano, instituição de unidades de conservação e de zonas especiais de interesse social; além do estudo prévio de impacto ambiental e estudo prévio de impacto de vizinhança (Brasil, 2008).

Um dos principais instrumentos do planejamento urbano é o Plano Diretor, que inclui a participação da sociedade civil em sua formulação, execução e acompanhamento, sendo obrigatório para as cidades com mais de 20 mil habitantes, inseridas em regiões metropolitanas, de interesse turístico, que recebem obras de

significativo impacto ambiental e aquelas que estão sujeitas a tragédias urbano-ambientais, perante o objetivo de tornar as cidades mais justas, equilibradas e sustentáveis (Alfonsin, 2015).

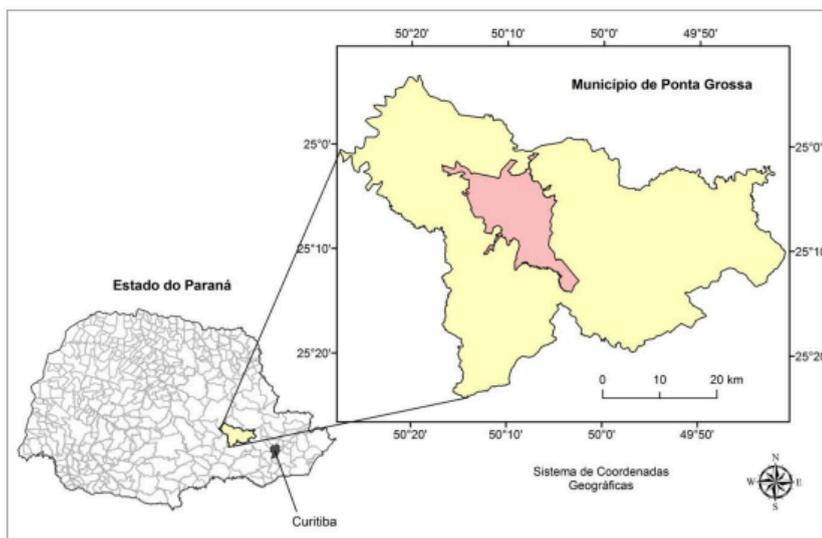
Vinculado ao plano diretor está o zoneamento urbano, o qual é um instrumento de regulamentação de ocupação do solo, visando a ordenação e crescimento das cidades de forma a garantir o conforto habitacional dos cidadãos, bem como a preservação ambiental. Cada atividade tem sua zona definida, no entanto estas zonas não estão desconexas, formando um mosaico com partes distintas mas que se inter-relacionam.

Após apresentar as características e o processo de formação e urbanização das cidades brasileiras, cabe aprofundar a compreensão acerca do *lócus* desta pesquisa, o município de Ponta Grossa. Para fins do objeto desta pesquisa, na próxima seção delineou-se a formação histórica do município bem como seu perfil habitacional e epidemiológico.

1.4 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

O município de Ponta Grossa situa-se na região dos Campos Gerais, no segundo planalto paranaense, e está a 118 quilômetros da capital do estado, Curitiba. Tem uma dimensão territorial de 2.054.732 km, uma população estimada de 358.371 e taxa de urbanização de 97,79% (IBGE, 2023). Na figura abaixo é possível observar a localização do município no estado e sua área urbana:

Figura 6 - Localização do Município e da Área Urbana de Ponta Grossa no Estado do Paraná



Fonte: Nascimento; Matias, 2011.

Atualmente, Ponta Grossa se caracteriza como Capital Regional C, tendo relevância pelas atividades industriais voltadas para a área metalquímica, química, plástico e alimentos, além de seu diversificado setor de serviços e comércio. Exerce influência sobre as cidades de Irati, Telêmaco Borba, Jaguariaíva, Palmeira, Prudentópolis, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Piraí do Sul e Porto Amazonas (Ferreira, 2011), conforme a figura 7.

hidrográficas, Tibagi e Ribeira. Os arroios compreendem 170 km da área central e demais bairros e vilas do município. Com o intenso crescimento populacional, a maioria dos arroios tem suas margens povoadas (Sene; et al. 2020).

Como atividades econômicas, Ponta Grossa contava com indústrias, principalmente de beneficiamento de soja e cereais, produtos alimentícios, metalúrgicas e madeireiras. Para além disso, destacam-se atividades de reflorestamento, pecuária, mineração de talco e atividades agrícolas como plantação de soja, milho, trigo, feijão, arroz, batata e hortaliças, esta última tornou a cidade conhecida como “Capital Mundial da Soja” e principal cidade exportadora do Paraná. Posteriormente, na década de 1990, estabeleceram-se empresas do setor logístico e *shoppings centers*, fazendo com que o comércio se desenvolvesse mais efetivamente (Ponta Grossa, 2018).

Na década de 1920, iniciou-se o processo de expansão da urbanização pela lógica da organização e divisão do espaço urbano. As ruas começaram a ser formadas simetricamente e foi estabelecida legalmente a função social e produtiva dos espaços. Nesta mesma década foram construídos loteamentos nas regiões que correspondem aos bairros de Uvaranas e Oficinas. Posteriormente o Centro da cidade consolidou-se como local de moradia das classes mais abastadas que desfrutavam de uma boa infraestrutura e redes de serviços, e a periferia se expandiu (Nascimento; Matias, 2011).

Stamoulis e Madalozzo (2023) apontam que, nos anos de 1930 houve a expansão da urbanização para as regiões norte, noroeste e sudoeste do município, dando origem aos bairros hoje denominados Órfãs, Nova Rússia e Ronda.

Até a década de 1960, a área urbanizada concentrava-se majoritariamente na região central, sendo que apenas 29,4% das terras possuíam edificações, fossem residenciais ou comerciais. A partir da década de 1960 até 1970, foram implementados loteamentos, dada a pressão dos proprietários de terra para o aumento da malha urbana, que foi ampliada sucessivamente até o ano de 2000, sendo o Centro habitado pelas classes média e alta, enquanto os loteamentos, que ficavam distantes, eram habitados pela população de baixa renda (Stamoulis; Madalozzo, 2023).

Entre os anos de 1970-1980 foram construídos diversos conjuntos habitacionais, fator relevante para a ocupação das periferias. Nesse mesmo período

houve o crescimento verticalizado da cidade, sendo que o percentual de áreas com edificações passou para 49,74%. Já em 2004 a taxa de edificação atingiu 51,78% (Stamoulis; Madalozzo, 2023).

De acordo com Oliveira e Sahr (2012), a expansão urbana, o uso e ocupação do solo do município de Ponta Grossa não ocorreu da forma como preconizado pelos movimentos sociais pela Reforma Urbana, uma vez que:

Enquanto expressiva parcela da população habita áreas longínquas ou ambientalmente frágeis em fundos de vale, que não interessam ao mercado, os gestores municipais atendem aos interesses privados e de determinados segmentos do mercado. Isso reproduz, cada vez mais, a exclusão social vivenciada pela maioria das cidades, dando luz à ineficácia social da legislação urbana (Oliveira; Sahr, 2012, p. 122).

O processo de favelização no município ocorreu por um conjunto de fatores: fosse pela industrialização massiva que vinha ocorrendo na cidade, e por consequência a grande expansão populacional que culminou na especulação imobiliária — e esta, por sua vez, acarreta em escassez gerada pelo próprio mercado, criando um déficit quanto ao acesso à habitação (Nascimento; Matias, 2006).

Compreende-se que a escassez de terras à venda, o aumento populacional, a inércia do governo municipal para tomar medidas de contenção da especulação imobiliária, somadas ao empobrecimento da população fez com que a saída mais viável para a classe trabalhadora fosse habitar em favelas (Nascimento; Matias, 2006).

De modo predominante, as favelas localizam-se nas piores terras do espaço urbano para as condições de habitação. No município, estão localizadas, majoritariamente, em vales, porém são encontradas também em terrenos íngremes, próximo à ferrovia, redes de alta tensão, terrenos abandonados e em terrenos desregulamentados (Nascimento; Matias, 2006).

Atualmente, o município de Ponta Grossa tem característica de centro urbano de médio porte. Para os aspectos socioeconômicos tem-se que Ponta Grossa é uma das cidades do Paraná com o maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), com 0,763. Analisando alguns componentes do IDH-M, observa-se que a taxa de alfabetização é alta, chegando a 94%. Na área da saúde, a mortalidade infantil corresponde a 9,08 óbitos por mil nascidos vivos de acordo

com dados do IBGE (2023). A renda per-capita do município é inferior à um salário mínimo, alcançando o valor de R\$318,22, assim a taxa de pobreza chega a 18,6% (Ponta Grossa, 2018).

Quanto à legislação que rege a ocupação do espaço, tem-se a Lei nº 6.329 de 1999 denominada Lei de Zoneamento, Uso e Ocupação do Solo de Ponta Grossa, que dispõe sobre o zoneamento de uso e ocupação do solo das áreas urbanas do município de Ponta Grossa. Segundo a Lei, o zoneamento está dividido da seguinte forma:

Quadro 4 - Zoneamento Urbano de Ponta Grossa

(continua)

Zona	Descrição
Zona Central (ZC)	Corresponde ao núcleo da cidade, centro tradicional do município, sendo permitido usos de alta densidade.
Zona Pólo (Z Pólo)	Corresponde ao núcleo comercial nos bairros Uvaranas, Oficinas e Nova Rússia e oferece alternativas de bens e serviços em locais que apresentam semelhança com a ZC.
Zona Eixo de Ponta Grossa (ZEPG)	São os eixos viários que estruturam o crescimento e a ocupação urbana da cidade, são permitidos usos e densidades diversas com grau inferior ao das ZC e Z Pólo.
Zona Comercial (ZECOM)	É o espaço para futuras expansões do centro e dos pólos, sendo limítrofe à Zona Central e à Zona Residencial. Tem usos e diversidades em grau inferior ao da ZEPG.
Corredor Comercial (CC)	Ao sul, ligam a rodovia ao eixo Ponta Grossa e ao norte são perpendiculares a tal eixo. Tem usos mistos e densidade de ocupação maior que das áreas residenciais.
Zonas de Serviço (ZS1)	São permitidos usos comerciais de grande porte que exigem local específico independente do porte e, também, pequenas indústrias não poluentes.
Zonas de Serviço (ZS2)	São permitidos usos comerciais de grande porte e que exijam local específico independente de porte.
Zona Industrial (ZI)	Zona reservada a atividades de grande porte, incômodas e/ou com características específicas e para o estabelecimento de indústrias de grande porte e atividades com produtos de risco, nocivos ou perigosos.
Zona Residencial 1 (ZR1)	Áreas residenciais de baixa densidade de ocupação destinada unicamente a habitações unifamiliares.
Zona Residencial 2 (ZR2)	Áreas residenciais de baixa densidade de ocupação, sendo permitida certa diversidade de uso e que constitui a maior parte do perímetro urbano.

Quadro 4 - Zoneamento Urbano de Ponta Grossa

(conclusão)

Zona	Descrição
Zona Residencial 3 (ZR3)	Áreas residenciais de média densidade de ocupação. São permitidos agrupamentos habitacionais com maior número de densidade e de pavimentos, além de possuir certa diversificação de uso.
Zona Residencial 4 (ZR4)	São as áreas próximas às zonas de predominância comercial e/ou atividades de grande porte e especiais. Possuem alta densidade e diversidade de usos.
Zona Residencial 5 (ZR5)	Áreas residenciais destinadas a conjuntos habitacionais de interesse social, possuindo determinada diversidade de uso.
Zona Especial de Interesse Social (ZEIS)	Áreas residenciais que compreendem as favelas e condomínios sociais no perímetro urbano de Ponta Grossa.
Zona Verde Especial I e II	São as áreas com topografia muito acidentada ou que possuam quantidade significativa de mata nativa.

Fonte: Ponta Grossa (1999). Organizado pela autora.

Conforme o Plano Diretor Municipal, a cidade se expandiu de modo espraído:

Pode-se resumir que o padrão espraio da urbanização da cidade, acomodados em eixos estruturadores do sistema viário urbano, e a presença de muitos vazios urbanos, produzem distâncias entre as zonas residenciais situadas na periferia e as principais áreas geradoras de empregos e de consumo. Esse modelo de urbanização tem encarecido a implantação de elementos de infraestrutura pelo poder público. O espraio da cidade, em todas as direções, resulta em uma configuração bastante irregular, criando grandes vazios urbanos (Ponta Grossa, 2022a, p. 31).

No que tange os equipamentos públicos no município, a área da saúde conta em 2023 com 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 10 hospitais, 7 clínicas/centros especializados e 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)/Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). Conforme o Plano Diretor Municipal, 43% das unidades de saúde de Ponta Grossa não atendem a demanda recebida (Ponta Grossa, 2022a).

Traçando o perfil epidemiológico, conforme o Plano Municipal de Saúde de Ponta Grossa, no que se refere a mortalidade geral, a principal causa advém de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo as mais incidentes as doenças do aparelho circulatório (24,96%), neoplasias (17,17%), doenças do aparelho respiratório (10,57%), doenças do aparelho digestivo (5,39%), entre outras. As

causas externas de morbidade e mortalidade atingem o percentual de 10,56%. Relacionado à faixa etária, as causas externas de mortalidade são mais recorrentes entre jovens de 20 a 29 anos de idade, enquanto a população a partir dos 50 anos de idade é que mais apresenta doenças circulatórias e neoplasias (Ponta Grossa, 2022b).

A mortalidade infantil no município teve como principais causas, entre os anos de 2000-2019, as alterações patológicas originadas no período perinatal (871 óbitos), malformações congênitas e anomalias cromossômicas (307 óbitos), doenças infecciosas e parasitárias (63 óbitos), entre outras que se apresentam em menor recorrência (Ponta Grossa, 2022b).

Em relação aos aspectos habitacionais em Ponta Grossa, os principais desafios encontrados consistem no elevado número de coabitações familiares e ocupações irregulares em áreas de risco. A periferização de conjuntos habitacionais é um fator que traz complicações para os habitantes no que tange a mobilidade urbana, inclusive para o acesso a equipamentos públicos. O déficit habitacional no município é de 17.481 famílias (número correspondente às famílias que estavam cadastradas no sistema da PROLAR - Companhia de Habitação de Ponta Grossa) (Ponta Grossa, 2022a).

Dentre os anos de 1989 a 2019, foram produzidos pela PROLAR 44 conjuntos habitacionais que abrangeram 11.694 famílias, 7 condomínios sociais que contemplaram 291 famílias e 33 loteamentos urbanizados que abarcaram 7.009 famílias, sendo 18.994 famílias beneficiadas no total (Ponta Grossa, 2022a).

Em dezembro de 2022 ocorreu a desestruturação da instituição responsável pela política local de habitação, com a proposição legislativa de encerramento das atividades da PROLAR – Lei nº. 14.229/2022, de autoria do Poder Executivo. Foi reconfigurada como uma superintendência da Secretaria Municipal da Família e Desenvolvimento Social. Esta reestruturação impactou num novo desenho organizacional da política habitacional, sobrecarregando a Secretaria e reduzindo o atendimento da demanda

Paralelamente vem ocorrendo um agravamento no crescimento das ocupações irregulares:

O crescimento das ocupações irregulares ocorreu principalmente nos fundos de vale, sendo que a maioria das famílias que residem nessas ocupações são pessoas que possuem baixa escolaridade, mão-de-obra não

qualificada, e uma baixa renda. Com relação à procedência, verifica-se que em sua maioria são pessoas oriundas da própria periferia urbana do município ou ainda, parte delas acabam construindo em áreas cedidas por familiares, gerando problemas de coabitação (Ponta Grossa, 2022a, p. 278).

No Plano Local de Habitação de Interesse Social - PLHIS (2011), o município possui 8.769 moradias que se encontram em áreas subnormais distribuídas entre 160 localidades e, destas, 6.631 estão em áreas de preservação permanente (APP). A estimativa era de que o número de moradias em áreas subnormais teria um aumento no decorrer dos anos, subindo para 9.274 em 2013, 9.971 em 2017 e 10.808 em 2021.

Na presente seção, compreendeu-se que historicamente o processo de urbanização de Ponta Grossa teve seu ápice a partir do século XIX, sendo a região central a mais habitada até então. Com a construção de novos loteamentos e condomínios sociais, houve o espraiamento da cidade, sendo que a população de baixa renda concentrava-se nas regiões periféricas, tendo maiores dificuldades de acesso aos equipamentos e serviços urbanos.

As desigualdades observadas em Ponta Grossa não são exclusivas do município, mas também se manifestam no estado e no país. A cidade se apresenta como o *locus* de desenvolvimento do sistema capitalista, como o mundo criado e recriado pelos sujeitos que nela habitam, como um produto sócio-histórico, também podendo ser contemplada como um mosaico composto por diversas partes construídas por diferentes atores sociais. Estas partes não estão soltas, muito pelo contrário, são interligadas e dialogam umas com as outras.

Este processo de interlocução pode ser percebido, por exemplo, quando a classe trabalhadora acessa regiões da cidade nas quais não habitam, seja para ocupar seus postos de trabalho ou para acessar equipamentos e serviços. Assim, percebe-se uma co-dependência entre as partes de uma cidade, uma vez que os postos de trabalho precisam ser preenchidos para o desenvolvimento e acumulação do excedente e os cidadãos precisam do trabalho para suprir suas necessidades.

A divisão das partes da cidade não são feitas de forma equânime. As desigualdades presentes nas cidades são influenciadoras da mitigação ou propagação de doenças. Questões voltadas a qualidade das habitações bem como do seu entorno e são, desde a antiguidade, fatores relevantes na incidência de pandemias e epidemias, estando os sujeitos em situação de vulnerabilidade

socioeconômica mais propensos a serem atingidos por tais fenômenos, conforme apresentado neste capítulo.

Para que as desigualdades urbanas sejam minimizadas, as políticas públicas devem ser planejadas de forma intersetorial. A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto das Cidades deliberam acerca da função social da cidade, de modo que, por meio do Plano Diretor e leis correlatas de cada município, sejam balizadas as obrigações para o atendimento das necessidades da coletividade da população, porém isto nem sempre ocorre visto a diversidade de interesses em correlação de forças.

Por fim, destacou-se neste capítulo que a história das cidades e das pandemias estão interligadas, de modo que se desenvolveram juntas. Presentes da antiguidade à contemporaneidade, as pandemias vêm assolando populações. O desenvolvimento do capitalismo, responsável pela exploração de recursos naturais e que aproxima cada vez mais o urbano do habitat natural de outras espécies é um fator na disseminação dos vírus.

Compreende-se que a relação entre as pandemias e a humanidade não se encerra com a covid-19. Sob a égide do capitalismo, outras doenças poderão se manifestar, sendo relevante que a sociedade esteja preparada para enfrentar tais mazelas de modo que o planejamento urbano seja um fator de relevância para sua mitigação.

Com base neste contexto, o próximo capítulo aborda acerca dos determinantes sociais de saúde, relacionando-o à habitabilidade de forma a constatar que esta é um elemento relevante para o processo saúde-doença.

CAPÍTULO 2 - DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

No presente capítulo discutiu-se acerca dos determinantes sociais da saúde, compreendendo que o conceito de saúde está imbricado com o momento histórico e social em que se está inserido. É consenso entre os autores utilizados para a construção deste capítulo que a saúde não deve ser compreendida unicamente como a ausência de doença, sendo muito mais complexa e envolvendo outros fatores para além dos biológicos. O modelo de produção e acumulação do capital é um elemento chave de impacto no processo saúde-doença.

São vários os modelos de determinantes sociais de saúde que, embora tenham pontos de similaridade, possuem suas particularidades. Para este trabalho foram abordados alguns dos principais, com suas respectivas críticas, considerando que não há um modelo desenvolvido que aborde todos os elementos relevantes na promoção da saúde e no processo de adoecimento.

Por fim, adentrou-se no debate acerca da habitabilidade atrelada aos determinantes sociais de saúde. A habitabilidade — que para além do acesso à moradia — visa compreender as condições de habitação dos sujeitos, tendo padrões mínimos para ser considerada adequada, levando em consideração o ambiente em que está inserida. A habitação é considerada como um dos principais espaços de promoção da saúde, e sua inadequação gera efeitos negativos à saúde. Logo, as condições de moradia somadas ao ambiente são elementos fundamentais para o processo saúde-doença dos sujeitos.

2.1 A ACEPÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Antes de adentrar-se ao entendimento de determinantes sociais de saúde, é relevante refletir que nem sempre se pensou em saúde de forma ampla e envolvendo processos para além do biológico.

O conceito de saúde variou de acordo com fatores sociais, políticos, econômicos e culturais, assim, o momento histórico em que se está inserido é fundamental para sua compreensão (Scliar, 2007). Ao longo da história da humanidade, houveram diversos paradigmas de interpretação do processo saúde-doença. Conforme observa-se no quadro 5, tem-se historicamente momentos

diferenciados, desde estar vinculado a princípio a divindades até chegar nos debates atuais de saúde para além da biologia, sendo determinada por múltiplos fatores.

Quadro 5 - Paradigmas da Saúde ao Longo da História

Período	Modelo
Antiguidade	Saúde como uma dádiva concedida pelos deuses e doença era como castigo que os sujeitos recebiam (Backes et al., 2009).
400 a.C.	Passou-se a levar em consideração os fatores externos, como as estações do ano, características do vento e água, além da moradia (Vianna, 2011).
Idade Moderna	Teoria miasmática - apontava que os sujeitos adoeciam ao entrarem em contato com o ar contaminado por meio da putrefação. Foi a base das primeiras políticas de saúde de cunho preventivo com medidas coletivas e individuais (Giordano, 2009)
Século XIX	Bacteriologia - Concebia que para cada doença havia um agente causador, assim poderiam ser combatidas pelo uso de produtos químicos e pela vacinação (Bezerra; Sorpreso, 2016).
Século XIX	Modelo unicausal - apontava para a existência de um único agente para a doença (Gonzalez, 2014).
Século XX	História natural das doenças - consiste na relação entre três elementos: o ambiente, o agente e o hospedeiro. Assim, diversos fatores deveriam ser levados em consideração no surgimento da doença (Gonzalez, 2014).
1948	Definição da Organização Mundial da Saúde ¹⁰ - “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” ¹¹ (OMS, 1948, p. 1, tradução nossa).
1970	Modelo histórico-social - dimensão histórica, classe social, reprodução da força de trabalho e desgaste laboral dos sujeitos (Borghini; Oliveira; Sevalho, 2018).
Atualidade	Saúde como “uma complexa produção social, em que os resultados para o bem-estar da humanidade são cada vez mais o fruto de decisões políticas incidentes sobre os seus determinantes sociais” (Carvalho; Buss, 2008, p. 141).

Fonte: Organizado pela autora.

Carvalho e Buss (2008) apontam que antes mesmo da medicina científica e experimental, a determinação social de saúde e doença já eram visadas. Ainda durante o século XVIII, atrelava-se o processo de industrialização e difusão do capitalismo com o desenvolvimento da saúde pública a fim de mitigar as

¹⁰ Tal conceito passou a ser considerado ultrapassado e utópico, justamente por preconizar um completo estado de bem-estar, que pode ser compreendido de forma diferente pelos sujeitos. O próprio conceito de qualidade de vida é subjetivo, assim, Segre (1997, p. 542) indaga “não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?”

¹¹ “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*”

problemáticas trazidas pelo sistema. Neste mesmo período relacionava-se a pobreza e más condições de vida como causadoras de doenças.

No início do século XX, perpassavam preocupações dos cientistas questões como se saúde e a doença deveriam ser pesquisadas nos laboratórios, levando em consideração o caráter biológico ou se deveriam ser pesquisadas nos espaços de habitação e convívio dos sujeitos — levando em consideração seus hábitos e condições de vida (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No entanto foi partir da década de 1970, principalmente em países da América Latina e Caribe, que se despenderam maiores esforços para a compreensão da influência dos determinantes sociais no processo de adoecimento dos sujeitos, considerando que as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde são fatores relevantes no processo saúde doença (Gonzalez, 2014).

Os estudos teóricos e empíricos acerca das determinação da saúde do processo de adoecimento e cuidado foram acoplados a temas como pobreza, exclusão e marginalidade. Assim:

a constatação de disparidades em condições A problemática teórica da determinação social da saúde, acesso diferencial a serviços assistenciais e distribuição de recursos de saúde em todos os países do mundo, independentemente do grau de desenvolvimento econômico e regime político, termina por fomentar um quase monopólio do tema 'desigualdades' na epidemiologia social contemporânea (Almeida-Filho, 2010, p.14).

Na contribuição para o debate, Laurell (1982), afirma que a doença tem, de fato, caráter histórico e social. Assim, a autora aponta que as especificidades do caráter biológico e social da doença devem ser levados em conta, de modo a compreender sua inter-relação, no entanto não se tem conhecimento do momento em que um se conflui com o outro.

De acordo com Carvalho e Buss (2008), o processo saúde-doença é resultado das determinações sociais, assim, mortalidade e classe social estão intrinsecamente ligadas devido a fatores de risco a que cada classe social está exposta. Compreende-se então que a saúde não deve ser tratada unicamente de forma individual, como também deve ser relacionada ao contexto social geral (Borghini; Oliveira; Sevalho, 2018).

Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2017), apontam que os determinantes sociais de saúde tem como foco principal discutir acerca das desigualdades:

por meio da constatação de importantes disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado a serviços assistenciais, na distribuição desigual de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais (Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo, 2017).

Os determinantes sociais de saúde podem ser compreendidos com as condi es em que os sujeitos vivem, trabalham, envelhecem e acessam aos sistemas de saúde. Tais circunstâncias são moldadas por forças políticas, econômicas e sociais, não devendo ser desvinculadas do entendimento dos modos e rela es de produ o, compreendendo então a vincula o direta do processo saúde-doença com a organiza o social da sociedade de mercado e do regime de acumula o capitalista (Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo, 2017).

A defini o da OMS para determinantes sociais de saúde está vinculada às condi es em que os sujeitos crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como o sistema de saúde em que estão inseridos. Tais condi es são moldadas por forças políticas, sociais e econômicas (OMS, 2008).

As críticas que os determinantes sociais de saúde recebem se devem pela sua limita o e caráter funcionalista nas a es governamentais, uma vez que se tem a perspectiva de “supera o das desigualdades sociais em saúde   esfera da ‘melhoria das condi es de vida’ e   possibilidade de ‘repartir recursos’, ou seja,   dinâmica do redistributivismo estatal — não reconhecendo, assim, o quanto a acumula o capitalista   incompatível com modos de vida saudáveis” (Silva; Bicudo, 2010, p. 119).

Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2017, p. 74-75), discorrem sobre a polaridade que os determinantes sociais de saúde estabelecem ao dividir o ser social do ser biológico, por consequência “o ser, em toda a sua complexidade de existência,   partido em distintas dimensões: o ser biológico – ‘investigado’ por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, entre outros profissionais de saúde; o ser social, para os assistentes sociais; e o ser psicológico, para os psicólogos”.

Ou seja, essa perspectiva dicotomizada não   capaz de compreender e atender os sujeitos em sua totalidade, visto que, se cada área tece suas investiga es de forma individualizada e sem conexão com as demais, dificilmente se chegar  a causa, ou causas, das problemáticas que os perpassam.

A determina o social da saúde proveniente de uma abordagem latino-americana leva em considera o a perspectiva da dialética, partindo do

caráter histórico e social do processo saúde-doença, sendo construído de forma individual e coletiva e entendendo que os aspectos biológicos, econômicos, culturais e sociais estão estruturalmente implicados pelas contradições e desigualdades do modo de produção capitalista. Logo, vem como forma de compreender de modo mais ampliado o processo saúde/doença (Silva; Bicudo, 2022).

Em consonância, Fleury-Teixeira (2009, p. 382) aponta que as macroestruturas sociais determinam o modo de ser dos sujeitos “por uma série de mediações, de dimensões intermediárias, particulares, até a composição das condições de existência cotidiana de cada indivíduo”.

Se em outras concepções utilizava-se a terminologia “fatores” para o que compunha o processo saúde-doença, na determinação social da saúde passou a ser utilizado o termo “processos”, dada a compreensão dessa relação como um processo social, sendo vinculado a categorias dinâmicas e que se incorporam na dimensão da vida social, buscando para além das expressões dos fenômenos sociais, sua essência (Silva; Bicudo, 2022).

A fim de se exemplificar os determinantes sociais de saúde, discorre-se sobre alguns de seus principais modelos. Um dos primeiros modelos de determinantes sociais de saúde foi proposto por Lalonde, no qual foram incluídos quatro elementos principais: a biologia humana, que abarca os aspectos genéticos e hereditários; o ambiente, onde estão inseridos a qualidade e riscos alimentares e do uso de medicamentos, as condições ambientais no que tange a poluição e a vigilância em saúde; estilo de vida, que aborda o uso de álcool, drogas e tabagismo, condicionamento físico e lazer e nutrição; e a organização dos cuidados em saúde, que trata do acesso aos cuidados, recursos humanos e serviço público de saúde (Lalonde, 1974).

Este modelo, apesar de abordar elementos sociais, se volta de forma mais intensa para os aspectos biológicos e comportamentais dos sujeitos, deixando de lado processos que são fundamentais para a saúde ou adoecimento, como as relações de trabalho, a divisão de classes sociais, além de demais fatores culturais, políticos e econômicos.

A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS)¹² estipula os itens necessários para que se avalie a situação de saúde, sendo: situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país; a estratificação socioeconômica e a saúde; condições de vida, ambiente e trabalho; redes sociais, comunitárias e saúde; comportamentos, estilos de vida e saúde; saúde materno-infantil e saúde indígena (Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde, 2008).

O modelo de Dahlgren e Whitehead, adotado pela CNDSS para avaliação do determinantes sociais de saúde, é dividido em camadas de modo que as características dos sujeitos como idade, sexo e fatores genéticos compõem a base, sendo seguido pelo estilo de vida individual. Posteriormente estão as redes sociais e comunitárias, em seguida as condições de vida e trabalho como: educação, habitação, ambiente de trabalho, acesso a água e esgoto, entre outros. Por fim são dimensionadas as condições econômicas, culturais e ambientais gerais (Carvalho; Buss, 2008). Na figura abaixo, é possível observar a disposição de cada camada:

Figura 8 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Vianna, s/ano.

Por meio deste modelo compreende-se que os determinantes de saúde ultrapassam os limites do campo biológico, abarcando fatores psicológicos, econômicos, sociais, culturais, comportamentais e étnico/raciais (Vianna, s/ano).

¹² Vinculada ao Ministério da Saúde e consolidada pelo Decreto nº 1.358/2006, objetiva reduzir iniquidades, promover a igualdade em saúde e a contribuir para a formulação de políticas, planos e programas tendo como base os determinantes sociais de saúde (Brasil, 2006).

Borghi, Oliveira e Sevalho (2018) afirmam a importância da inclusão da estrutura social para compreensão do processo saúde-doença da população, de modo a relacionar os perfis de saúde ao contexto social, modo de produção e classes sociais.

Wilkinson e Marmot (2003) propuseram que os determinantes sociais de saúde são divididos em:

a) gradiente social - a hierarquia social tem forte relação com expectativa de vida e adoecimento, de modo que, quanto mais baixa for a posição social dos sujeitos, mais propensos estão à contrair doenças e menor é a expectativa de vida;

b) estresse - circunstâncias estressantes levam os sujeitos a sentirem-se preocupados e ansiosos, trazendo malefícios à saúde e acarretando em maiores chances de mortes prematuras;

c) infância - a pobreza durante a gestação, traduzida na deficiência nutricional, estresse materno e cuidados inadequados no pré-natal podem trazer consequências negativas para o desenvolvimento fetal, sendo um risco à saúde futuramente;

d) exclusão social - desempregados, grupos étnicos minoritários, trabalhadores temporários, pessoas com deficiência, refugiados e pessoas em situação de rua estão em maior situação de risco, sofrendo maiores impactos na saúde e com maiores chances de mortes prematuras;

e) trabalho/desemprego - a organização do trabalho, administração, e as relações sociais no ambiente de trabalho são fatores relevantes para a saúde. As condições psicossociais no local de trabalho são importantes determinantes da saúde e contribuem com os gradientes sociais. Por sua vez, o desemprego traz agravos, para além da atenuação das desigualdades, para a saúde mental;

f) suporte social - as boas relações sociais, de amizade e as redes de apoio são importantes para a garantia da saúde, diminuindo os níveis de estresse;

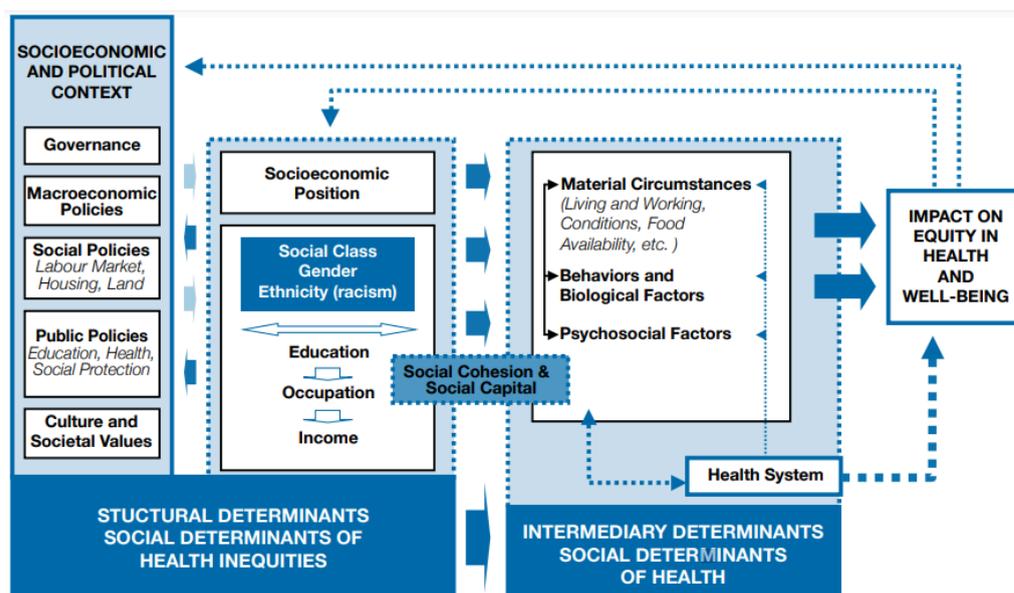
g) dependências - o uso de drogas é um importante fator que agudiza as iniquidades em saúde;

h) alimentação - uma dieta adequada é fundamental para a promoção da saúde e bem-estar, no entanto, as desigualdades sociais exercem influência na qualidade da alimentação dos sujeitos, o que contribui para as iniquidades em saúde;

i) transporte - a caminhada, andar de bicicleta e o uso de transporte coletivo promovem a saúde no sentido de prover exercícios físicos, reduzir a incidência de acidentes fatais, fomentar o convívio social e reduzir a poluição.

O modelo de determinantes sociais de saúde adotado pela OMS foi cunhado a partir do modelo de Dahlgren e Whitehead, abrangendo determinantes estruturais e intermediários conforme observa-se na figura 9:

Figura 9 - Determinantes Sociais de Saúde: Modelo de Solar e Irwin



Fonte: Solar; Irwin, 2010.

Nos determinantes estruturais estão inseridos os contextos sociais, econômicos e políticos, que englobam a posição socioeconômica dos sujeitos levando em consideração a classe social, gênero e a etnia dos mesmos, bem como educação, ocupação e renda. Juntam-se a estes estão os quesitos governança, políticas macroeconômicas, sociais e públicas, além da cultura e dos valores societários. São estes os responsáveis por gerar ou reforçar a estratificação social, ditando as oportunidades de saúde dos grupos sociais com base nas hierarquias de acesso a recursos (Solar; Irwin, 2010).

Já nos determinantes intermediários observa-se as circunstâncias materiais, traduzidas nas condições de vida e trabalho, alimentação, entre outros fatores, comportamentos e fatores biológicos e, por fim, fatores psicossociais. Estes determinantes são responsáveis pela determinação das diferenças de exposição e

vulnerabilidade em saúde. Para além, o sistema de saúde se apresenta por si só como um determinante social de saúde (Solar; Irwin, 2010).

É possível visualizar que os modelos apresentados possuem pontos de convergência entre si, como os elementos genéticos, os hábitos individuais, os processos sociais, políticos e culturais, além do ambiente em que os sujeitos estão inseridos. No entanto, ao destringir tais elementos, cada um possui suas particularidades.

Estes modelos, apesar de usuais, não estão isentos de críticas. Silva e Bicudo (2022) apontam que no modelo de Dahlgren e Whitehead as causalidades estruturais, determinantes sociais e econômicos aparecem de forma periférica; em contrapartida, no modelo de Solar e Irwin os fatores estruturais são centrais no debate sobre as iniquidades em saúde. As autoras ainda abordam acerca do reducionismo de tal abordagem, já que desconsidera as relações de produção e a reprodução social,

[...] dificultando uma análise mais crítica em torno do que é, em essência, a acumulação capitalista e a dinâmica social da sociedade de mercado e seus impactos no que se refere a exploração da vida humana e natural e reprodução ampliada das desigualdades sociais, com efeitos no campo da saúde (Silva; Bicudo, 2022, p. 119).

De modo semelhante, tanto o modelo de Wilkinson e Marmot quanto o modelo de Lalonde, abarcam diversos componentes que são responsáveis por fomentar as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde — trazem elementos socioeconômicos, étnicos, comportamentais e relações de trabalho, por exemplo. No entanto, também não abordam a estrutura que encontra-se na base de tais processos.

Considera-se que, até o momento, não existe um modelo de determinantes sociais da saúde perfeitamente ideal, que abarque todos os processos que envolvem os sujeitos. No entanto, estes vêm contribuindo para o debate acerca do entendimento de que a saúde presume para muito além dos fatores biológicos, devendo considerar também o sistema de reprodução e acumulação de capital que é responsável pela ampliação das desigualdades.

2.2 A HABITABILIDADE ENQUANTO DETERMINANTE SOCIAL DA SAÚDE

Cohen et al. (2007) tecem a associação entre a promoção da saúde e determinantes sociais da saúde com a habitabilidade, considerando que a habitação é um dos fatores que os compõem. Neste sentido, a habitação e seu entorno tem impactos no processo de saúde-doença dos sujeitos:

A habitação traduz-se como um dos primeiros e mais vulneráveis espaços de Promoção da Saúde. Tanto o desenho como a própria Política Habitacional devem favorecer o cumprimento das funções biológicas e sociais, já que do ponto de vista do paradigma do ambiente, a habitação se constitui em um espaço de construção da saúde e consolidação do seu desenvolvimento (Cohen et al., 2007, p. 197).

Torna-se fundamental a intersectorialidade entre a Política Habitacional e a Política de Promoção da Saúde para que se garanta o bem-estar e qualidade de vida dos sujeitos, levando em consideração que a habitação e o ambiente são vetores relevantes para a saúde dos cidadãos (Santos et al., 2020).

Santana (2020) aponta que a habitação abrange diversos elementos complexos, devendo atender às necessidades sociais, econômicas, culturais e ambientais, de modo a garantir, para além do direito à moradia, as condições mínimas para que uma habitação possa ser considerada adequada. Considera-se que uma habitação cumpre sua função quando é capaz de assegurar proteção contra intempéries, condições de salubridade, privacidade, segurança e conforto.

Cohen, Kligerman e Barcelos (2011) relatam que a dimensão social diz respeito sobre os usos que os habitantes fazem da habitação, incluindo o estilo de vida e as condutas de risco. A dimensão econômica tange a qualidade da estrutura da habitação, sua localização, disponibilidade e acesso aos equipamentos urbanos. Adentrando à cultura, estão envolvidos os hábitos de uso dos habitantes e a função da habitação, as conformações, implementos e disposições. Quanto ao ambiente, trata-se da interação da habitação com este. Os autores adicionam ainda a saúde humana, de modo que os elementos que compõem a habitação deverão ser contemplados pela agenda de saúde.

Essa adequação ultrapassa a habitação de forma singular, devendo ser levado em consideração sua integração ao entorno e as condições ambientais que a cerca (Santana, 2020), o que se manifesta na concepção de habitabilidade.

Bonduki (2001) apresenta a habitabilidade sob duas perspectivas: habitabilidade da unidade habitacional e habitabilidade urbana. O primeiro termo refere-se a um conjunto de aspectos que perpassam pela qualidade de vida, comodidade dos moradores e satisfação das necessidades físicas, psicológicas e sociais, sendo incluídos os indicadores de conforto ambiental luminoso, térmico e acústico, além da segurança, salubridade, condições de higiene e atmosféricas dos moradores.

A habitabilidade urbana compreende a moradia em sua amplitude, em articulação com os pressupostos do direito à cidade, que extrapola o direito à habitação. Assim, preocupa-se com a inserção da moradia na malha urbana, sua relação com a rede de infraestrutura e o acesso aos equipamentos públicos, sendo inseridos também os critérios de acessibilidade física, barreiras arquitetônicas, patologias e problemas construtivos (Bonduki, 2001).

Associar o ambiente externo à habitação torna-se relevante uma vez que tais elementos estão diretamente vinculados ao bem-estar dos sujeitos e, sem a contribuição do meio ambiente urbano, a efetivação da qualidade de vida não se torna satisfatória. Compreende-se que tanto o meio ambiente pode causar impactos nas habitações quanto às habitações podem trazer impactos para o meio ambiente (Reis, 2020).

Para que o ambiente possa ser considerado saudável, deve dispor de saneamento básico, espaços estruturalmente adequados, redes de apoio que vão propiciar aos sujeitos hábitos psicossociais sadios e sem violência em qualquer uma de suas formas — física, verbal, emocional. Ressalta-se que as carências habitacionais, bem como a falta de saneamento básico são determinantes que exercem influência na mortalidade e está vinculado aos níveis de pobreza e inadequação territorial (Cohen, 2011).

A Norma Técnica Brasileira (NBR) 15575-1 aborda em seu escopo os fatores relativos a habitabilidade, sendo eles: estanqueidade, que diz respeito à vedação do ambiente, desempenho térmico, acústico e lumínico, saúde, higiene e qualidade do ar, funcionalidade e acessibilidade, além de conforto tátil e antropodinâmico — representadas como deformabilidade de pisos, declive de rampas, entre outros. Delimita também os cômodos, mobiliário e espaço de circulação mínimos para que a habitação seja considerada adequada (ABNT, 2010).

O Ipea (2004) considera moradias inadequadas aquelas que não possuem abastecimento de água e esgotamento sanitário adequados, paredes em alvenaria ou madeira aparelhados, além do material de cobertura em telha, seja de barro, zinco, ou outros materiais, a laje de concreto e a madeira aparelhada. Além disso, também se consideram inadequados aqueles que não possuem segurança de posse.

No Índice de Bem-Estar Urbano (IBEU) são analisadas a densidade domiciliar, considerada adequada quando possui até dois moradores por quarto e a densidade domiciliar/banheiro, devendo ser de quatro pessoas por banheiro. Somam-se aos indicadores o abastecimento adequado de energia, que deve ser realizada por rede oficial e coleta de lixo, adequada quando realizada diretamente por serviço de limpeza (Ribeiro; Ribeiro, 2016).

Em 2003 a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), além de definir a habitabilidade como a garantia da proteção dos moradores contra o frio, umidade, calor, chuva, vento entre outras ameaças à saúde, riscos estruturais e riscos de doenças, aponta que a habitação é:

[...] o fator ambiental mais frequentemente associado a condições para doenças em análises epidemiológicas, isto é, condições de habitação e de vida inadequadas e deficientes são invariavelmente associadas com as mais altas taxas de mortalidade e morbidade (Brasil, 2013, p. 36).

Para que a intervenção no ambiente construído enquanto um determinante social de saúde seja consolidado de fato, é necessária a articulação intersetorial entre as políticas públicas de habitação, saúde, meio ambiente e infraestrutura urbana, fomentando habitações saudáveis — no amplo sentido de saúde — de forma a garantir a qualidade habitacional e a promoção da saúde (Cohen et al., 2004).

Estas considerações evidenciam que a habitação é um elemento fundamental para se pensar em saúde, sendo que sua qualidade — a habitabilidade —, tem influência direta no processo saúde-doença, seja pelas condições da habitação como pelo acesso ao saneamento básico, pela segurança — tanto contra intempéries quanto por situações de violência — como pelas demais necessidades físicas e psicossociais que proporcionam aos sujeitos, compreendendo que as desigualdades e iniquidades habitacionais acarretam em consequências negativas para a saúde.

Conforme visto no decorrer deste capítulo, os determinantes da saúde passaram por diversos paradigmas ao longo da história, até os fatores sociais serem incorporados. São diversos os modelos que buscaram demonstrar os determinantes sociais de saúde, apesar de irem muito além do campo biológico para explicar o processo saúde-doença, não abordam diretamente o processo de acumulação capitalista que é responsável pela agudização das desigualdades e iniquidades em saúde.

A habitação e o ambiente em que está inserida, são fatores relevantes no processo de adoecimento dos sujeitos, sendo um dos elementos que compõem os determinantes sociais de saúde segundo o modelo Dahlgren e Whitehead, estando interligadas e carecendo de ações conjuntas entre políticas habitacionais e de promoção à saúde para que promovam o bem-estar e a qualidade de saúde.

Para se experienciar os indicadores dos determinantes sociais de saúde buscou-se no próximo capítulo aplicar à pesquisa no município de Ponta Grossa, de modo a comparar quais são as similitudes e diferenças entre a dispersão da covid-19 em zonas residenciais diferenciadas.

CAPÍTULO 3 - SIMILITUDES E DIFERENÇAS DA DISPERSÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

Este capítulo corresponde à pesquisa empírica realizada, num primeiro momento foram abordadas as características da Zona Residencial 2 e dos aglomerados subnormais de Ponta Grossa a fim de contextualizá-los. Posteriormente adentrou-se no *lócus* onde foi aplicada a pesquisa que correspondem a determinadas localidades dos bairros Chapada, Jardim Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas.

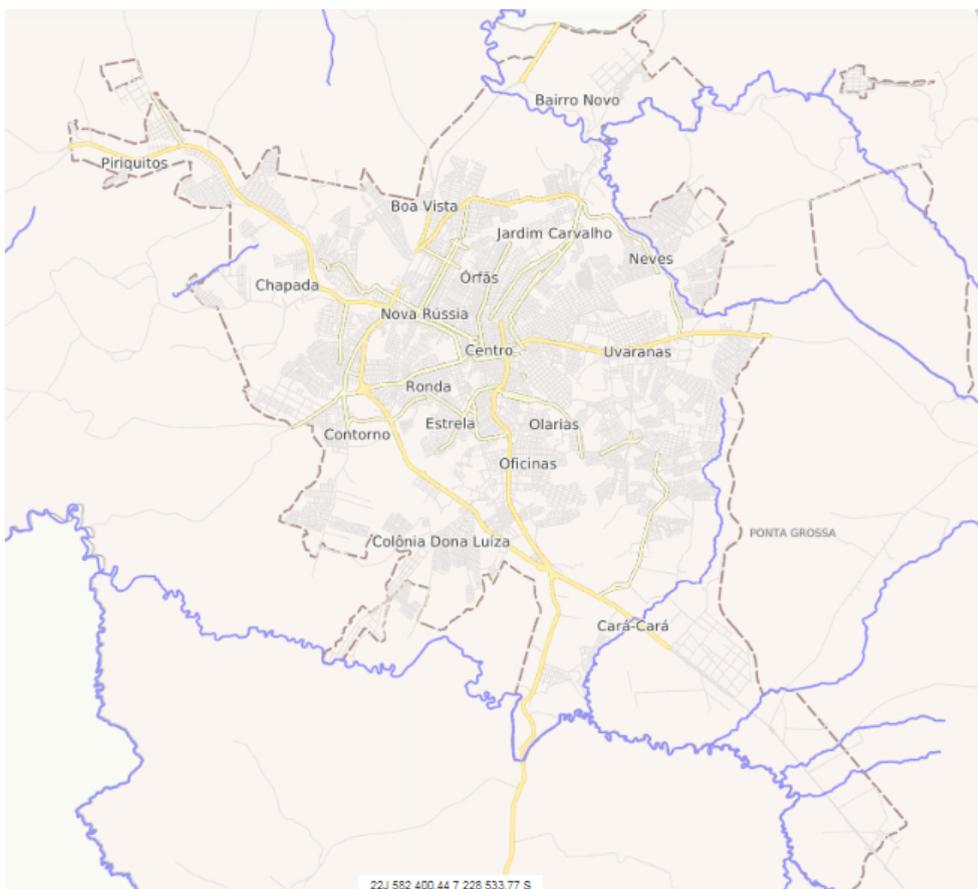
Num segundo momento, apresentou-se os indicadores coletados da pesquisa com os determinantes sociais de saúde e de habitabilidade nos *lócus* pesquisados. Por fim, analisou-se os dados coletados, onde se teceu a comparação entre os resultados obtidos na Zona Residencial 2 e nos aglomerados subnormais, inferindo quais foram as similitudes e diferenças da dispersão da covid-19 nas localidades.

3.1 CARACTERÍSTICAS DO *LÓCUS*: ZONA RESIDENCIAL 2 E AGLOMERADOS SUBNORMAIS

O município de Ponta Grossa é composto por 17 bairros no perímetro urbano, conforme demonstrado na figura 10. Inserido nos bairros existe uma diversidade de zonas, sejam residenciais - nas quais se encontram maior ou menor densidade de ocupação - zonas comerciais, industriais, de interesse social, entre outras.

O bairro Novo (ver figura 10) foi criado por meio da Lei Municipal nº 14.532/2022 que aprovou a organização territorial de Ponta Grossa e o incorporou, com a aprovação do Plano Diretor de 2022, abrangendo uma área que até então não fazia parte do perímetro urbano de Ponta Grossa (Ponta Grossa, 2022a).

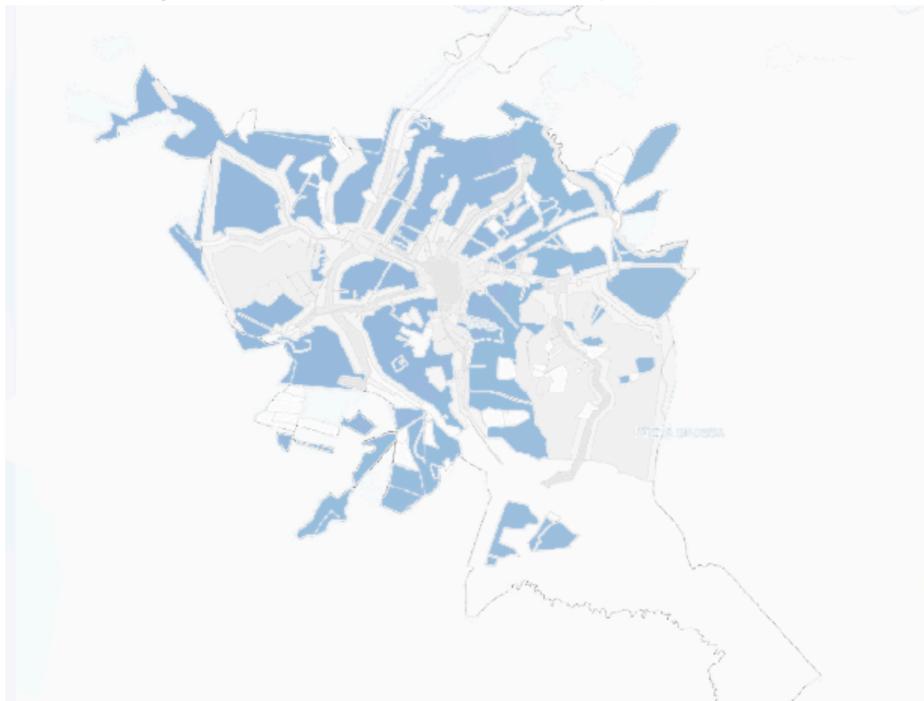
Figura 10 - Bairros do Município de Ponta Grossa



Fonte: Ponta Grossa. 2024.

A Zona Residencial 2, objeto desta pesquisa, possui baixa densidade de ocupação, sendo ocupada majoritariamente de forma horizontal, abrangendo a maior parte do perímetro urbano de Ponta Grossa e passando por todos os bairros. Na figura 11 abaixo, pode-se visualizar sua localização destacada em azul.

Figura 11 - Demarcação da Zona Residencial 2 do Município de Ponta Grossa



Fonte: Ponta Grossa, 2020. Adaptações da autora.

A Zona Residencial 2 abarca áreas que são mais periféricas em relação às demais zonas residenciais e com isso menos valorizadas pelo mercado imobiliário, concentrando famílias que têm como características socioeconômicas predominantemente de baixa renda (Oliveira e Sahr, 2012).

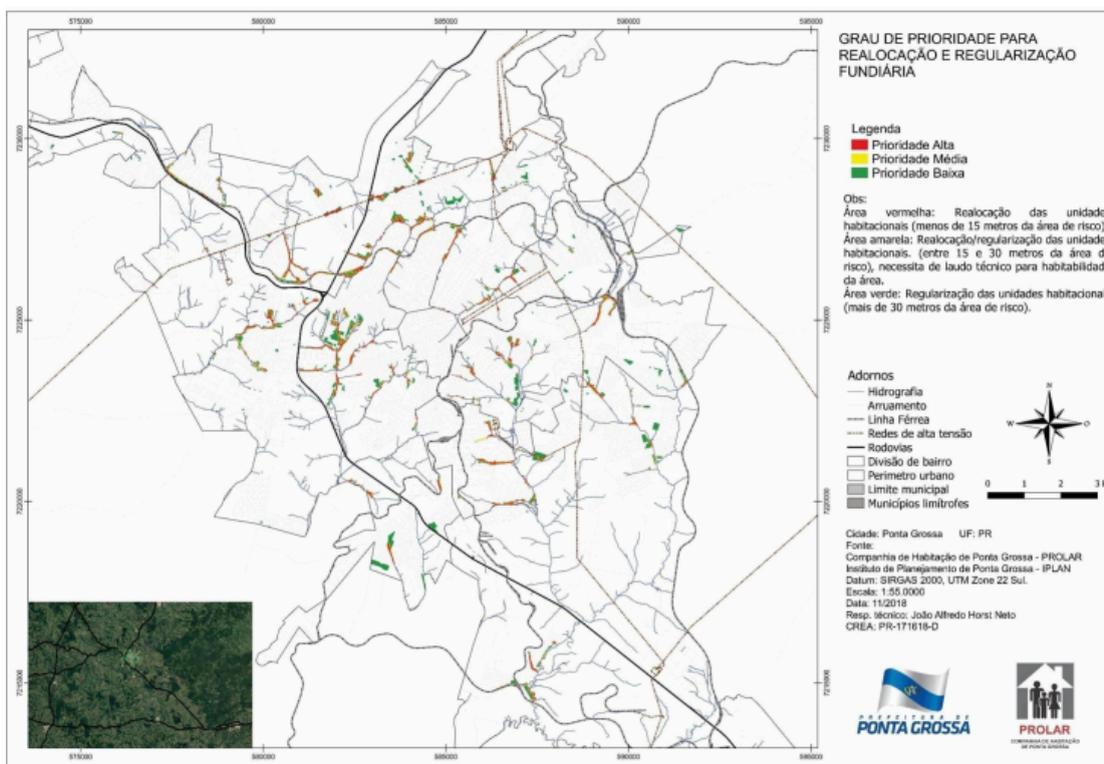
Conforme abordado no capítulo 1, Ponta Grossa teve seu crescimento de forma espalhada, sendo ocupado majoritariamente de forma horizontal, acarretando em vazios urbanos e na periferização de loteamentos e conjuntos habitacionais, processos que colaboraram para o aprofundamento das desigualdades socioespaciais e a marginalização social das camadas mais pobres.

Na introdução deste trabalho foi apresentado que Ponta Grossa possui, 8.350 ocupações irregulares, este número representa 17% da população total do município. As famílias que habitam tais localidades possuem como principais características a baixa escolaridade, baixa renda e mão de obra não qualificada, de modo geral são sujeitos oriundos da própria periferia urbana do município (PLHIS, 2011).

Na figura 12 é possível visualizar as ocupações irregulares¹³ conforme prioridade para realocação e regularização fundiária.

¹³ O termo “ocupações irregulares” foi utilizado no Plano Local de Interesse Social de 2011 pois congrega todas as situações de informalidade com famílias de diferentes classes sociais.

Figura 12 - Mapa do grau de prioridade para realocação e regularização fundiária das ocupações irregulares - Ponta Grossa PR



Fonte: Prolar apud Nogueira. 2021.

As áreas destacadas em vermelho correspondem à prioridade alta, na qual estão inclusas as habitações com menos de 15 metros de áreas de risco¹⁴ e que devem ser realocadas. Em amarelo estão demarcadas as habitações com média prioridade que estão localizadas entre 15 a 30 metros da área de risco, podendo ser realocadas ou regularizadas. Destacadas na cor verde, estão as habitações com baixa prioridade, localizadas a mais de 30 metros das áreas de risco.

A partir das características observadas, traçou-se um perfil da situação de habitabilidade onde percebeu-se que tanto a Zona Residencial 2 quanto os aglomerados subnormais são ocupados horizontalmente por sujeitos da baixa renda, no entanto vale ressaltar que aqueles que residem nos aglomerados subnormais possuem menor média de renda estando em situação de vulnerabilidade socioeconômica e em áreas de risco socioambiental.

Pelas condições de inadequação habitacional, aqueles que habitam nos aglomerados subnormais não possuem segurança de posse, diferente da ZR2 onde

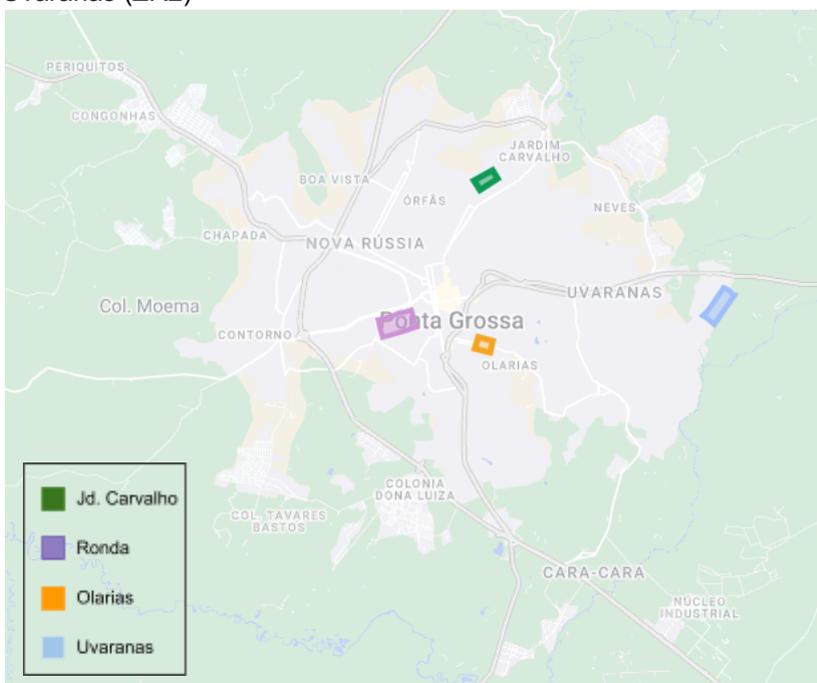
¹⁴ As áreas de risco socioambiental em Ponta Grossa são aquelas com declive acentuado, limítrofes à margens de curso d'água, ferrovias ou sob redes de alta tensão elétrica (Matias; Nascimento, 2006).

as habitações seguem as normativas de padronização, de modo que a posse está assegurada. Percebe-se neste sentido a necessidade da implementação de políticas habitacionais para a regularização fundiária nos aglomerados subnormais

3.1.1 Caracterização dos Locais Pesquisados

Adentrado no *lócus* pesquisado, primeiramente apresenta-se as localidades das habitações selecionadas onde foram coletados dados da Zona Residencial 2, as quais se encontram localizadas nos bairros Jardim Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas, conforme destacado na figura 13:

Figura 13 - Localização dos Sujeitos Pesquisados nos Bairros Jd. Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas (ZR2)



Fonte: Google Maps com adaptações pela autora.

O Jardim Carvalho teve seu avanço a partir da década de 1990 com a expansão da zona norte de Ponta Grossa. É ocupado principalmente pela classe média e alta devido à sua valorização fundiária, no entanto infere-se a incidência de conjuntos habitacionais destinados à população de baixa renda, como é o caso do Baraúna, Santa Lúcia, Tânia Mara e Santa Mônica, localizando-se mais distantes da região central (Freitas, 2023).

O bairro possui uma população de 20.810 habitantes, sendo composta majoritariamente por sujeitos brancos (79%), seguido de pardos (18%), pretos (3%)

e amarelos (1%), a faixa etária mais inferida foi de adultos - 25 a 59 anos (49%), com renda mensal média de 1.019,18 reais (IBGE, 2010c).

Olarias é um dos bairros limítrofes à área central, no entanto, devido à sua característica acidentada e de ocupação da população de baixa renda, é desvalorizado em detrimento a outros bairros próximos ao Centro (Oliveira, 2012). Foi o primeiro bairro de Ponta Grossa a possuir características de produção industrial com a instalação de diversas olarias e curtumes (Kohlrausch, 2007).

Atualmente o bairro conta com uma população de 7.967 pessoas, sendo que 79% dos sujeitos se autodeclaram brancos, 16% pardos e 3% pretos, que majoritariamente são adultos (51%) com renda mensal de 778,81 reais (IBGE, 2010c).

Entre as décadas de 1930-1940 com a expansão urbana para a região oeste do município surgiu o bairro Ronda, que teve destaque a partir da década de 1970 quando recebeu a realocação de importantes órgãos públicos como a Prefeitura Municipal, Câmara Municipal, Departamento de Trânsito e a Rodoviária, no entanto sua principal característica é a função residencial (Gomes, 2009).

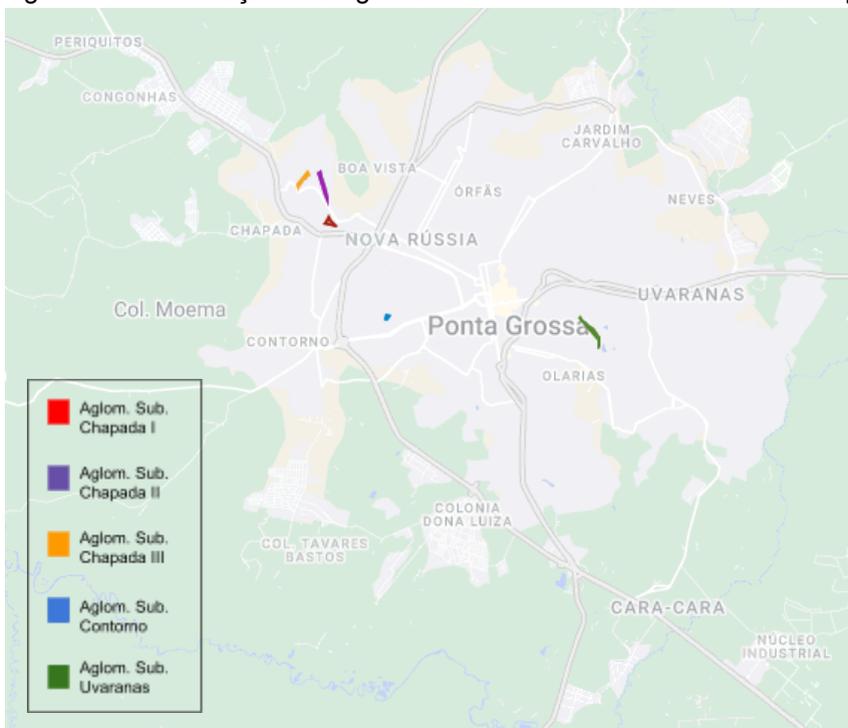
Conforme dados do IBGE (2010c), o bairro possui 8.575 habitantes composto em sua maioria por sujeitos autodeclarados brancos (79%), seguido de pardos (16%), pretos (4%) e amarelos (1%), predominantemente adultos (51%) com renda mensal média de 751,86.

O bairro de Uvaranas teve seu início de ocupação nos anos de 1950 e 1960, inicialmente com atividades ligadas à ferrovia, tendo continuado a se expandir durante a década de 1970, quando a principal função era residencial - permanecendo assim até a atualidade - no entanto “a avenida Carlos Cavalcanti, principal eixo de ligação entre a zona leste da cidade com o centro, passou a apresentar cada vez mais estabelecimentos comerciais e de serviços voltados para o consumo da população local”, contando também com a presença de indústrias do setor frigorífico, madeireiro e de artefatos de cimento, além de um campus universitário da Universidade Estadual de Ponta Grossa, instalado no início dos anos de 1990 (Gomes, 2009, p.28).

Uvaranas é o maior bairro de Ponta Grossa, tendo 41.293 habitantes. Sua população é composta por 76% de sujeitos que se autodeclaram brancos, 20%

pardos, 4% pretos e 1% amarelo, sendo que 50% dos habitantes são adultos. A renda média mensal é de 769,23 (IBGE, 2010c).

Figura 14 - Localização dos Aglomerados Subnormais dos Bairros Chapada, Contorno e Uvaranas.



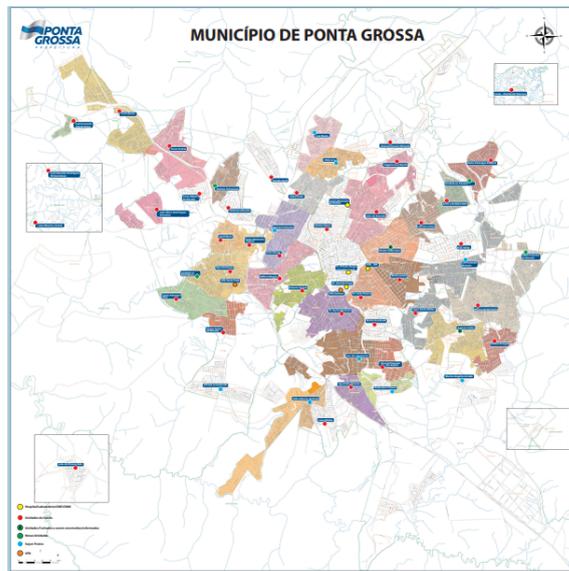
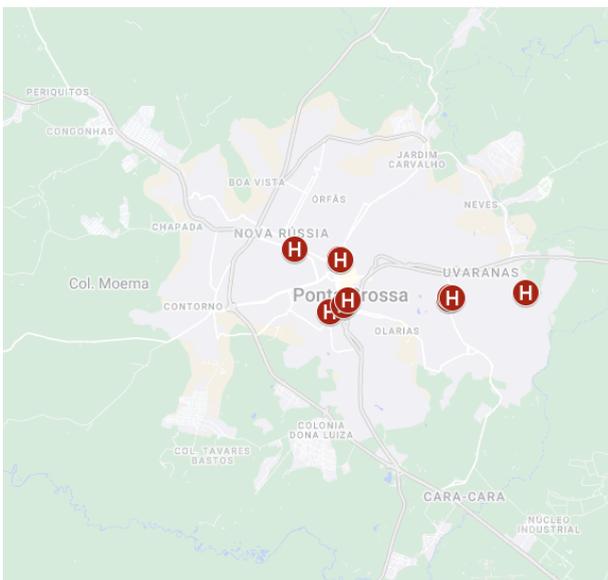
Fonte: Google Maps com adaptações pela autora.

Na figura 14 foram destacados todos os aglomerados subnormais onde houveram tentativas de coleta de dados, no entanto apenas no aglomerado subnormal localizado no bairro Chapada e destacado em vermelho obteve-se resultados, nos demais todos os sujeitos abordados relataram não terem sido contaminados pela covid-19.

Quanto ao bairro Chapada, onde se localiza o aglomerado subnormal pesquisado, verificou-se que este possui localidades em situação de vulnerabilidade. Conforme o Plano Diretor Municipal, algumas áreas do bairro não são atendidas pela rede de abastecimento de água, rede de esgoto e iluminação pública. Também apresenta carência no acesso à serviços como da assistência social e em relação a equipamentos públicos voltados para o lazer. Além disso possui oito áreas de ocupação irregular ou clandestinas, totalizando 439 habitações nesta situação (Ponta Grossa, 2022).

O IBGE (2010c), aponta que o bairro possui 21.148 habitantes, destes 74% se autodeclararam brancos, 23% pardos e 2% pretos, no entanto ressalta-se que nos

Figura 16 - Hospitais no Município de Ponta Grossa. Figura 17 - Unidades de Saúde por Território

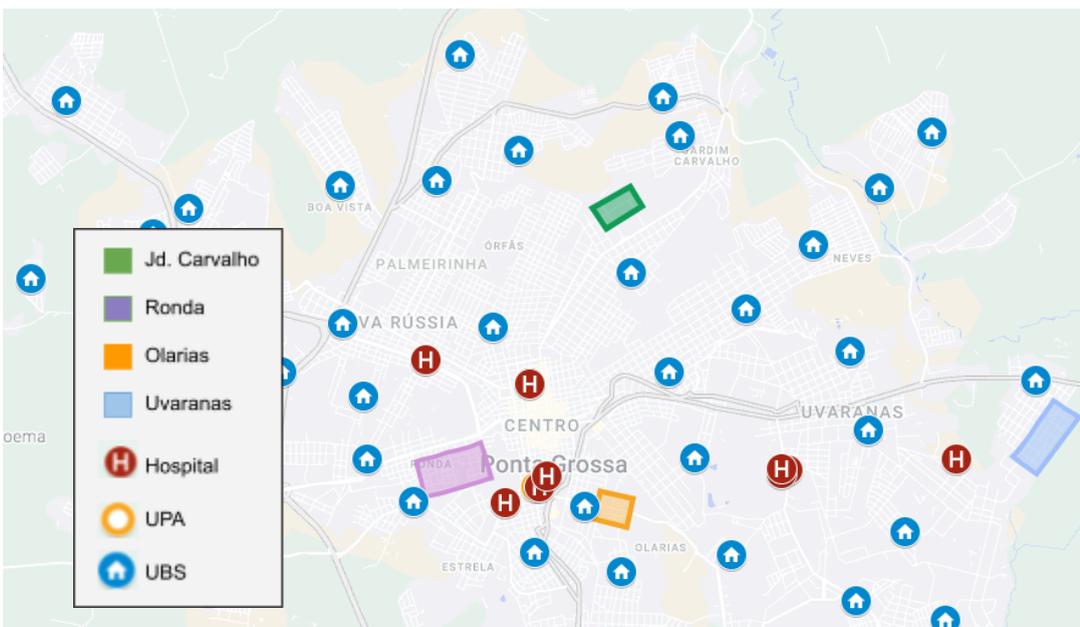


Fonte: Google Maps com adaptações pela autora

Fonte: Ponta Grossa. 2022.

Para compreender o distanciamento entre os equipamentos de saúde e as localidades pesquisadas nos bairros Jardim Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas elaborou-se a figura 18:

Figura 18 - Equipamentos de Saúde Próximos aos Sujeitos Pesquisados nos Bairros Jd. Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas (ZR2).



Fonte: Google Maps com adaptações pela autora

No que tange o Jardim Carvalho, as Unidades Básicas de Saúde que ficam mais próximas da localidade pesquisada são as seguintes: Júlio Azevedo (1,5km)¹⁵ Eugênio José Bocchi (2,0 km) e Zilda Arns (4,3km). A UPA mais próxima é a Santana (8,5 km) e os hospitais que estão mais perto são: a Santa Casa (3,4 km) e o Hospital da Caridade (3,4 km).

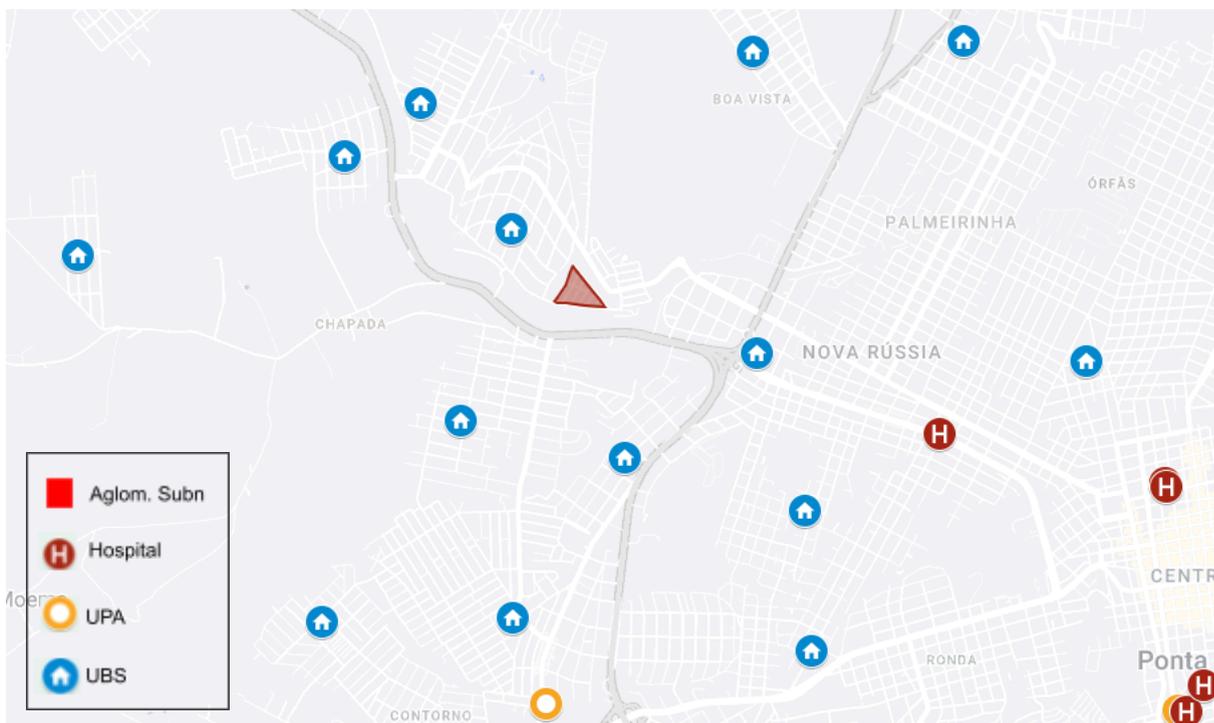
Quanto a Olarias, as UBS que se localizam mais próximas à área pesquisada são: Aluizio Grochoski (1,3 km), Sady Macedo Silveira (1,4 km) e Jayme Gusmann (1,8 km). A UPA Santana é a que fica mais perto da localidade (1,4 km). No que se refere aos hospitais circunvizinhos, são: Hospital Municipal Doutor Amadeu Puppi - Pronto Socorro (1,5 km), Hospital Geral da Unimed (1,5 km) e Hospital da Criança (1,9 km).

No bairro Ronda, as UBS localizadas mais perto da região pesquisada são: Adilson Baggio (2,2 km) e Roberto de Jesus Portela (1,4 km). A UPA mais próxima é a Santana (2,2 km) e os hospitais mais próximos são: Hospital da Criança (2 km) e Hospital Geral da Unimed (2,3 km).

No Uvaranas, as UBS mais próximas são a Cleon Francisco de Macedo, que fica a 1,3 km de distância, e a Luiz Conrado Mansani, que fica a 2,7 km. Conforme as demais localidades a UPA mais perto é a Santana (8,2 km) e o hospital mais próximo é o Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (3,4 km).

¹⁵ As distâncias de todos os equipamentos foram medidas conforme o ponto mais longínquo por meio do Google Maps.

Figura 19 - Equipamentos de Saúde próximos ao Aglomerado Subnormal Pesquisado.



Fonte: Google Maps com adaptações pela autora.

Adentrando ao aglomerado subnormal, as UBS mais próximas são: Ambrósio Bricaillo (1,7 km), Paulo Madureira Novaes (2,8 km) e Jamil Mussi (4,0 km). A UPA mais próxima é a Santa Paula (4,3 km). O hospital que fica mais perto da localidade é o Hospital do Coração Bom Jesus (3,4 km).

O método de Pitts¹⁶ aponta o raio de abrangência dos equipamentos urbanos, no que tange às Unidades de Saúde, considera-se que deve abranger um raio de 1.000 metros de distância (Pitts 2004 apud Staron; Gadowski, 2023). Com base neste parâmetro, nenhuma das localidades pesquisadas está em consonância com a distância máxima que deveriam ter das unidades de saúde, fator que pode dificultar o acesso dos habitantes aos equipamentos de saúde, em especial no período pandêmico.

Após a contextualização dos *lôcus* de pesquisa, cabe adentrar nos resultados obtidos pela pesquisa empírica. Na seção abaixo estão demonstrados os indicadores dos determinantes sociais de saúde e habitabilidade na Zona Residencial 2 e aglomerado subnormal pesquisado no município de Ponta Grossa.

¹⁶ Método desenvolvido por Adrian Pitts que propõe acerca da disposição dos equipamentos urbanos da saúde, educação, lazer e mobilidade nas cidades, estipulando o raio de abrangência destes (Pitts 2004 apud Staron; Gadowski, 2023).

3.2 INDICADORES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E HABITABILIDADE EM PONTA GROSSA

Antes de adentrar aos resultados da pesquisa empírica, vale elucidar o conceito de indicadores, que são os instrumentos que tornam possível a identificação de fenômenos que ocorrem no *lócus*, além de mensurar a realidade observada. De acordo com Lóra (2018, p.34):

Os indicadores, como o próprio nome sugere, apenas indicam uma condição ou estado de determinado fenômeno ou, ainda, simplificam fenômenos complexos. Na maioria das situações um indicador isolado não fornece um retrato completo da situação, portanto é usual que se utilize um índice, ou um conjunto de indicadores, para caracterizar as diferentes dimensões e aspectos de um determinado problema.

Os indicadores podem ser quantitativos - aqueles considerados objetivos, mensuráveis, que são construídos a partir de estatísticas públicas disponíveis - ou qualitativos que são subjetivos, formados por meio da avaliação de indivíduos em relação a diversos aspectos da realidade. Estes são obtidos por um conjunto de dados, gerando índices que tornam possíveis análises para situações presentes e futuras, norteadas por decisões a serem tomadas. Ainda podem ser distintos em outras duas categorias, descritivos e normativos e, segundo Januzzi (2017, p.21):

Os primeiros apenas “descrevem” características e aspectos da realidade empírica, não são “fortemente” dotados de significados valorativos, como a taxa de mortalidade infantil ou a taxa de evasão escolar. Os indicadores normativos, ao contrário, refletem explicitamente juízes de valor ou critérios normativos com respeito à dimensão social estudada. A proporção de pobres, por exemplo, é um indicador normativo de insuficiência de meios para sobrevivência humana, já que, na sua construção há uma série de decisões metodológicas normativas (consumo de calorias diárias, composição da cesta de produtos e serviços para consumo, etc).

Para que se compreenda com maior profundidade o objeto analisado, é importante que sejam utilizados tanto os indicadores quantitativos quanto os qualitativos, coletando assim os dados objetivos, como características dos fenômenos e os dados qualitativos, que são fundamentais para compreensão do porquê os fenômenos se expressam de determinada maneira.

Para esta pesquisa, utilizou-se como indicadores, os elementos que compõem o modelo de determinantes de saúde de Dahlgren e Whitehead e da habitabilidade do Índice de Bem Estar Urbano. Foram elencados como indicadores

idade, gênero e fatores hereditários, redes sociais e comunitárias, condições de vida, trabalho e condições de habitação. Somou-se a estes as características da infecção pela covid-19, visando compreender como ocorreu a dispersão da doença em cada *lócus* pesquisado.

3.2.1 Desenvolvimento da Pesquisa Empírica

A pesquisa empírica foi iniciada no dia 17 de agosto de 2023 na Zona Residencial 2. Os trinta e dois questionários foram aplicados, sem intercorrências, nos bairros Jardim Carvalho, Olarias, Ronda e Uvaranas.

Em relação aos aglomerados subnormais houveram aproximadamente cinco tentativas de coleta de dados em demais regiões diferentes da cidade, como em Uvaranas, Chapada e Contorno, porém estas abordagens não foram bem sucedidas uma vez que os sujeitos não aderiram à pesquisa mesmo com mudanças de estratégias na forma de abordar.

Utilizou-se o método Bola de Neve, onde o sujeito indicava outro que houvesse contraído a covid-19. No entanto, ao abordar tais sujeitos indicados, estes relatavam não terem sido contaminados pela doença.

Um dos sujeitos abordados relatou que grande parte dos moradores da rua em que mora haviam sido contaminados, no entanto evitavam falar sobre o assunto, pois temiam sofrer preconceito. Dos 12 questionários que deveriam ser respondidos, coletou-se somente 7 em virtude da resistência dos sujeitos.

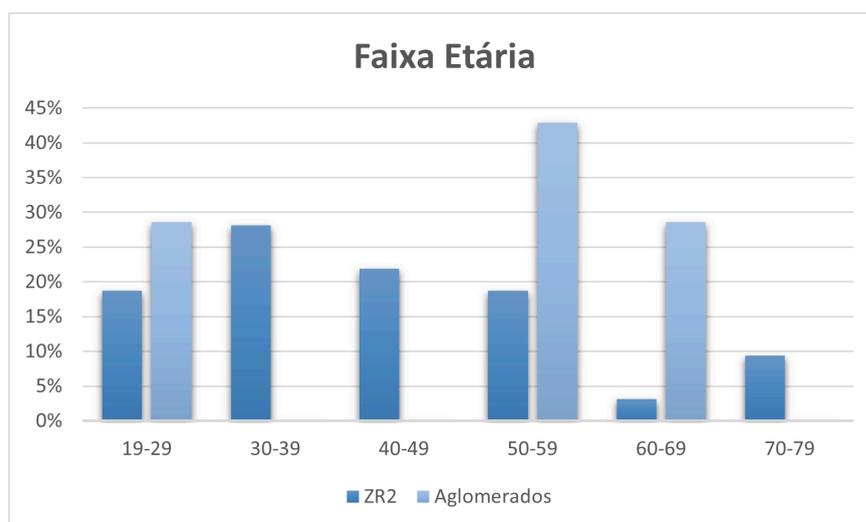
O processo da pesquisa demonstrou uma resistência pelo repasse de informações sobre a doença, o que pode indicar certos preconceitos com relação à doença, com relação à moradia e a possíveis sentimentos de culpabilização por ter adquirido a doença e ter transmitido.

Os questionários aplicados nos aglomerados subnormais foram aplicados em dois momentos, sendo dois em 27 de agosto de 2023 e cinco em 22 de outubro de 2023 no bairro Chapada.

3.2.2 Idade, Gênero e Fatores Hereditários

Para a construção do questionário utilizou-se do modelo de determinantes de Dahlgren e Whitehead (ver figura 7- capítulo), assim os dados foram organizados respeitando a ordem estipulada no mesmo.

Gráfico 1 - Faixa Etária dos Sujeitos Pesquisados na ZR2 e Aglomerados Subnormais - Ponta Grossa



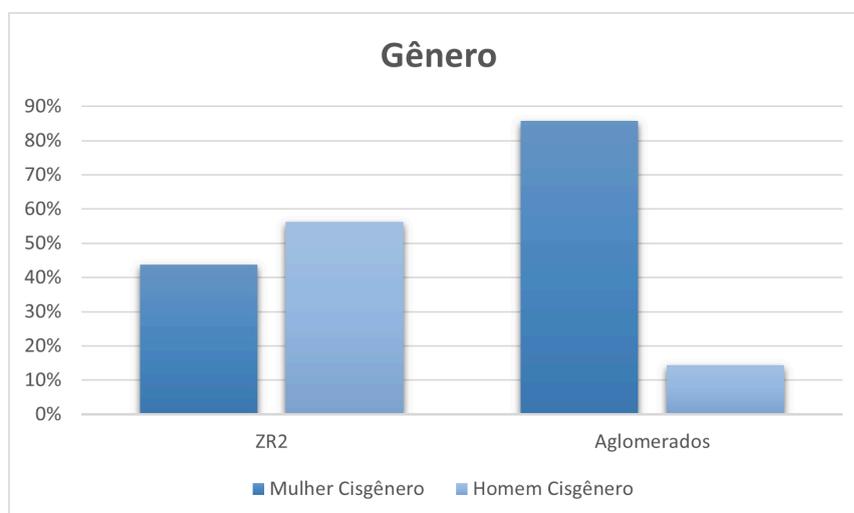
Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

A faixa etária dos sujeitos pesquisados variou de 19 a 79 anos, de modo que a maior parcela de pessoas idosas que contraíram a covid-19 concentrou-se nos aglomerados subnormais e a parcela que possuía entre 30 e 49 anos aglutinou-se exclusivamente na ZR2.

Analisando a ZR2, inferiu-se que 19% dos sujeitos tinham idades entre 19 e 29 anos, 28% tinham entre 30 e 39 anos, 22% entre 40 e 49 anos, 19% entre 50 e 59 anos, 3% entre 60 e 69 anos e 9% entre 70 e 79 anos.

Nos aglomerados subnormais percebeu-se que 29% dos pesquisados possuíam idades entre 19 e 29 anos, 43% tinham entre 50 e 59 anos e 29% entre 60 e 69. Não houveram sujeitos com idades entre 30 à 49 anos nem entre 70 e 79 anos.

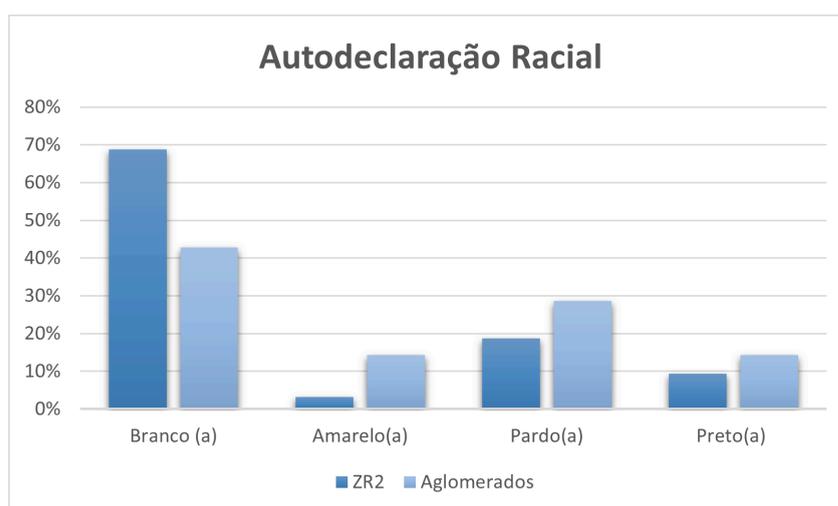
Gráfico 2 - Gênero dos Sujeitos Pesquisados



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Inferiu-se que, em relação ao gênero dos sujeitos pesquisados, na ZR2 os homens cisgênero (56%) foram mais atingidos do que as mulheres cisgênero (44%). Em contrapartida, nos aglomerados subnormais a maior parte daqueles que foram contaminados pela covid-19, tratavam-se de mulheres cisgênero (86%) em detrimento aos homens cisgênero (14%).

Gráfico 3 - Autodeclaração Racial dos Sujeitos Pesquisados



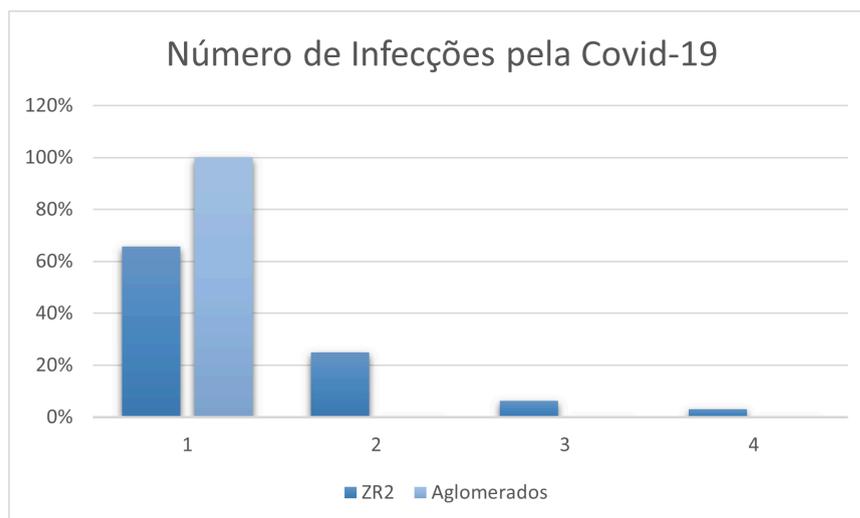
Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Ao realizar o recorte racial na ZR2, obteve-se que 69% dos sujeitos que contraíram a covid-19 eram brancos, os autodeclarados pardos vieram a seguir com 19%, em seguida pretos com 9% e amarelos com 3%.

Já no aglomerados subnormais 43% dos contaminados eram brancos, seguidos da população parda com 29% dos casos e por fim, amarelos e pretos, ambos com 14% dos casos cada.

3.2.3 Características da Infecção por Covid-19

Gráfico 4 - Número de Infecções pela Covid-19



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Quando questionados sobre o número de vezes que contraíram a covid-19, 66% dos sujeitos que foram contaminados e habitam a ZR2 relataram terem pegado uma única vez, 25% tiveram a doença duas vezes, 6% tiveram 3 vezes e 3% pegaram 4 vezes. Nos aglomerados subnormais 100% dos sujeitos pesquisados responderam que foram contaminados apenas uma vez.

Quadro 6 - Doenças Crônicas Apresentadas pelos Sujeitos Infectados pela Covid-19

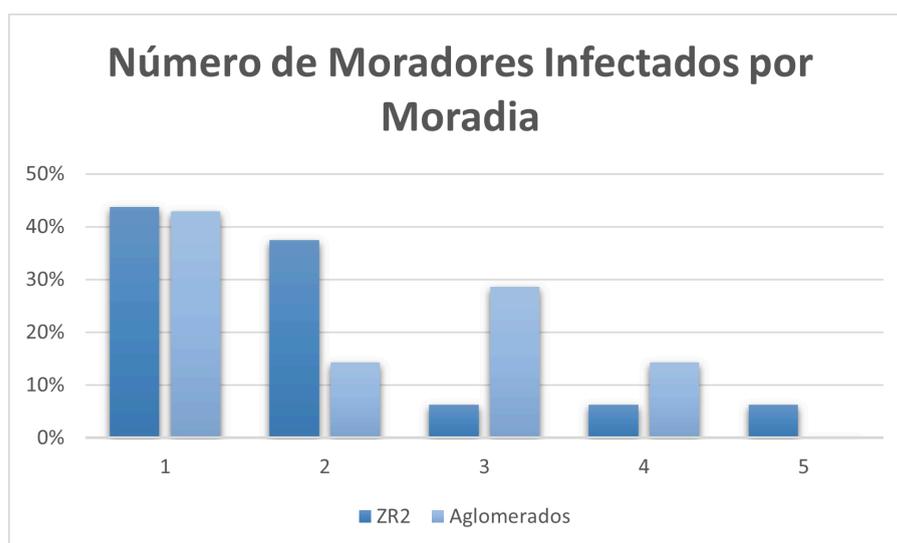
Doenças Crônicas		
ZR2	Hipertensão	9%
	Bronquite	3%
	Arritmia cardíaca	3%
	Asma	6%
	Asma e Bronquite	3%
	Nenhuma	75%
Aglomerados	Hipertensão e diabetes	29%
	Hipertensão, diabetes e colesterol	14%
	HIV, hipertensão e cisto no fígado	14%
	Nenhuma	43%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Na ZR2, a doença crônica mais demonstrada foi a hipertensão, que atingiu 9% dos sujeitos contaminados pela covid-19. Em seguida a asma com 6%. Bronquite e arritmia cardíaca também foram relatadas, cada uma atingiu 3% dos sujeitos. Aqueles que apresentaram mais de uma doença crônica correspondem a 3% dos sujeitos, que possuem asma e bronquite. Desse modo, 75% dos sujeitos pesquisados não apresentam qualquer doença crônica.

Nos aglomerados subnormais, inferiu-se que 29% da população apresentava hipertensão e diabetes. 14% dos sujeitos hipertensão, diabetes e colesterol, do mesmo modo que 14% possuía HIV, colesterol e cisto no fígado. 43% dos sujeitos relataram não ter doenças crônicas.

Gráfico 5 - Número de Moradores Infectados pela Covid-19 por Moradia

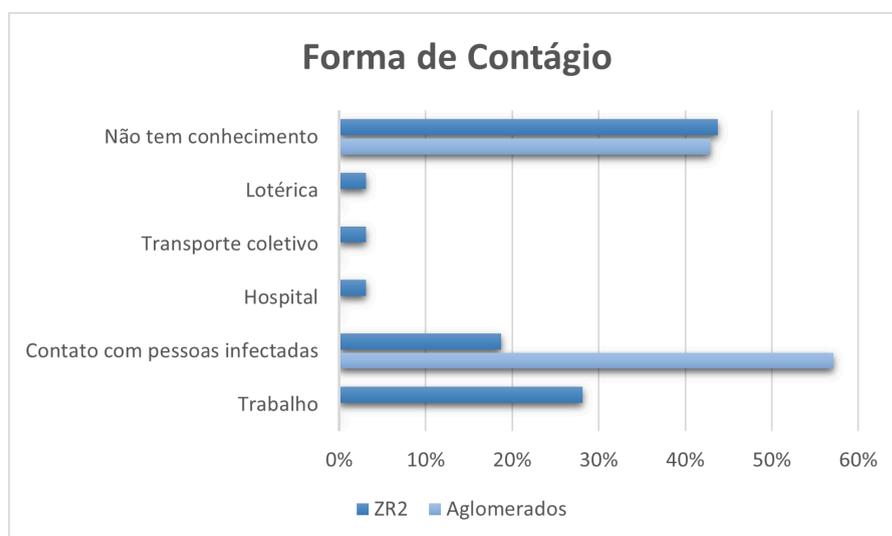


Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Quanto ao número de pessoas infectadas por moradia, na ZR2 44% dos sujeitos relataram que apenas uma pessoa foi infectada, 38% relataram que duas pessoas foram infectadas, 6% informaram que três pessoas pegaram a covid-19, assim como 6% afirmaram que 4 pessoas foram infectadas e 6% afirmaram que 5 pessoas foram contaminadas.

Nos aglomerados subnormais 46% dos sujeitos informaram que uma única pessoa havia sido infectada, 14% afirmaram que duas pessoas foram contaminadas, 29% relataram que 3 pessoas haviam pegado a covid-19 e 14% informaram que 4 pessoas foram infectadas.

Gráfico 6 - Forma que contraiu a Covid-19



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Ao analisar a forma de contágio da covid-19 percebeu-se que a porcentagem dos sujeitos que não tem conhecimento sobre como contraiu a doença é semelhante entre a ZR2 (44%) e os aglomerados subnormais (43%).

Na ZR2, inferiu-se que as formas de contágio foram 3% em lotérica, 3% em transporte coletivo, 3% foram contaminados em ambiente hospitalar, 19% tiveram contato com pessoas contaminadas e 28% pegaram no ambiente de trabalho. Em contrapartida, nos aglomerados subnormais, 57% dos sujeitos pesquisados informaram que haviam contraído a doença pelo contato com outras pessoas infectadas.

Quadro 7 - Necessidade de Hospitalização Enquanto Esteve Infectado

Necessidade de Hospitalização		
ZR2	Sim	6%
	Não	94%
Aglomerados	Sim	14%
	Não	86%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Inferiu-se que, quanto à necessidade de hospitalização dos sujeitos que residem na ZR2, 6% precisou ser hospitalizado em detrimento da covid-19 e 94% não precisaram.

Daqueles que residem em aglomerados subnormais, 14% precisaram ser hospitalizados e 86% não tiveram necessidade de hospitalização.

Quadro 8 - Processo de Recuperação dos Sujeitos Pesquisados

Processo de Recuperação		
ZR2	Totalmente recuperado(a)	75%
	Com sequelas	25%
	Óbito	0%
Aglomerados	Totalmente recuperado(a)	29%
	Com sequelas	71%
	Óbito	0%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Questionados quanto ao processo de recuperação da covid-19, na ZR2 75% dos sujeitos afirmaram estarem totalmente recuperados, 25% apresentaram sequelas que consistem na perda de memória, complicações no coração e fígado, falta de ar, dores de cabeça frequentes, perda de resistência física e problemas pulmonares.

Em contrapartida, nos aglomerados subnormais apenas 29% dos sujeitos ficaram totalmente recuperados e 71% apresentaram sequelas como dificuldades respiratórias, dores no corpo, perda do paladar, falta de ar e perda de memória.

Tanto na ZR2 quanto nos aglomerados subnormais, nenhum dos sujeitos pesquisados relataram casos de óbito.

3.2.4 Redes Sociais e Comunitárias

Quadro 9 - Participação em Atividades na Comunidade

Participação em Atividades na Comunidade		
ZR2	Sim	13%
	Não	88%
Aglomerados	Sim	0%
	Não	100%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

No quesito participação em atividades na comunidade, na ZR2, 13% dos sujeitos relataram participar ou já terem participado de atividades na comunidade. Estas consistem em prática de atividades físicas, participação na Associação Comercial, conservatório de música e aulas de dança.

Já nos aglomerados subnormais, nenhum dos pesquisados participou ou participa de atividades na comunidade.

Quadro 10 - Auxílio de Órgãos da Comunidade Enquanto Esteve Infectado

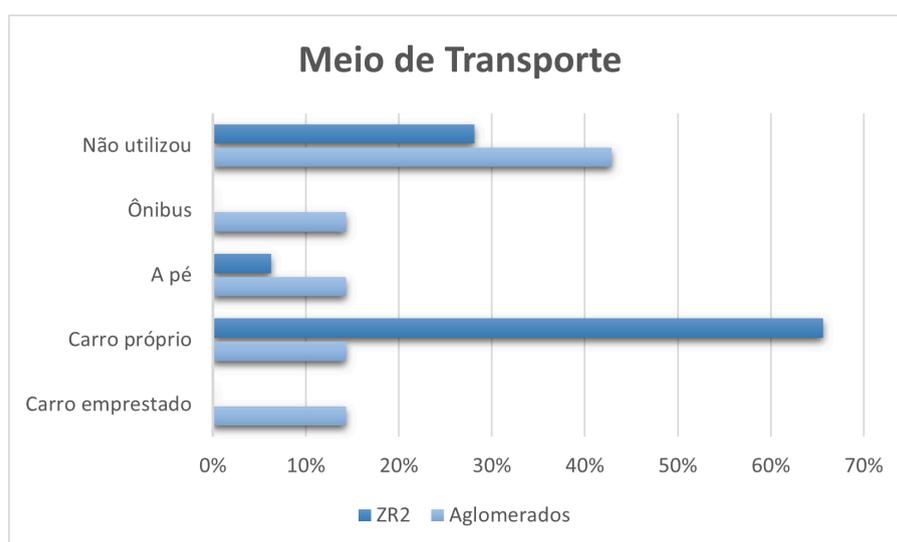
Auxílio de Órgãos da Comunidade		
ZR2	Sim	3%
	Não	97%
Aglomerados	Sim	0%
	Não	100%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Dos residentes da ZR2, 3% afirmaram terem recebido auxílio da comunidade na forma de apoio dos vizinhos. 97% não teve qualquer auxílio.

Nos aglomerados subnormais, nenhum pesquisado recebeu auxílio de órgãos da comunidade.

Gráfico 7 - Meio de Transporte Utilizado enquanto esteve Infectado



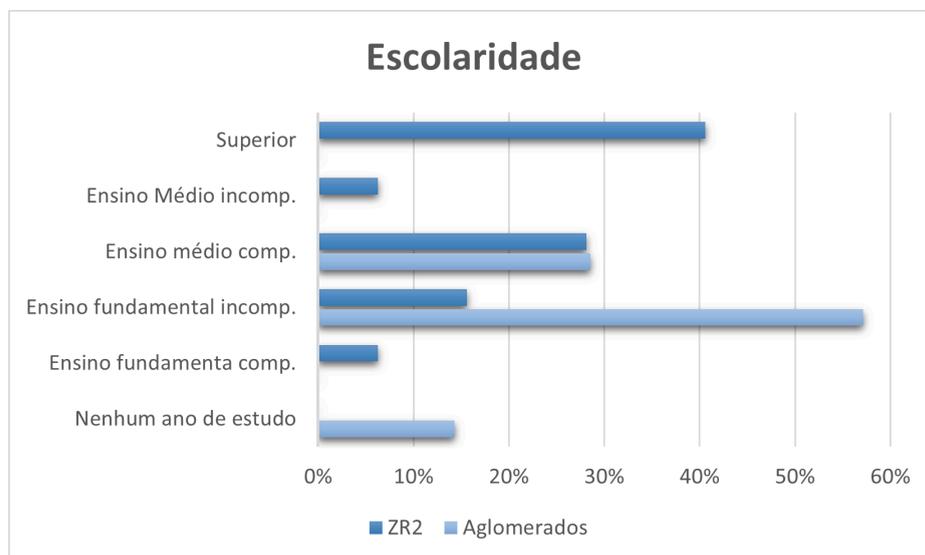
Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

No que tange o meio de transporte mais utilizado pelos sujeitos da ZR2 no período em que estiveram infectados, 28% não utilizaram, 6% se locomoveram a pé e 66% utilizaram carro próprio.

Dos habitantes dos aglomerados subnormais, 43% não utilizaram qualquer meio de transporte no período em que estiveram contaminados, 14% utilizaram transporte coletivo, 14% se locomoveram a pé, 14% utilizaram carro próprio e 14% emprestaram carro de terceiros.

3.2.5 Condições de Vida e Trabalho

Gráfico 8 - Grau de Escolaridade dos Sujeitos Pesquisados



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Quanto à escolaridade dos sujeitos que residem na ZR2, 41% possuem ensino superior, 6% ensino médio incompleto, 28% ensino médio completo, 16% ensino fundamental incompleto e 6% ensino fundamental completo.

Já nos aglomerados subnormais não houve incidência de ensino superior, ensino médio incompleto e ensino fundamental completo. 29% possui ensino médio completo, 57% fundamental incompleto e 14% não tiveram nenhum ano de estudo.

Quadro 11 - Ocupação dos Sujeitos Pesquisados

Ocupação		
ZR2	Aposentado	19%
	Do lar	13%
	Professor	13%
	Comércio	13%
	Polícia Militar	3%
	Estudante	6%
	Porteiro	3%
	Indústria	9%
	Cobrador de ônibus	3%
	Exército	3%
	Autônomo	9%
	TI	3%
	Funcionário público	3%
Aglomerados	Do lar	71%
	Aux. de limpeza	14%
	Desempregado	14%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

As ocupações relatadas pelos residentes da ZR2 foram diversificadas, entre elas 19% eram aposentados, 13% do lar, 13% eram professores, 13% trabalhavam no comércio, 3% eram policiais militares, 6% eram estudantes, 3% eram porteiros, 9% trabalhavam no setor industrial, 3% eram cobradores de ônibus, 3% serviam ao exército, 9% eram autônomos, 3% trabalhavam com tecnologia da informação e 3% eram funcionários públicos.

Nos aglomerados subnormais registrou-se menor diversidade de ocupações, 71% eram do lar, 14% trabalhavam como auxiliares de limpeza e 14% estavam desempregados.

Quadro 12 - Sujeitos Pesquisados com Registro em Carteira

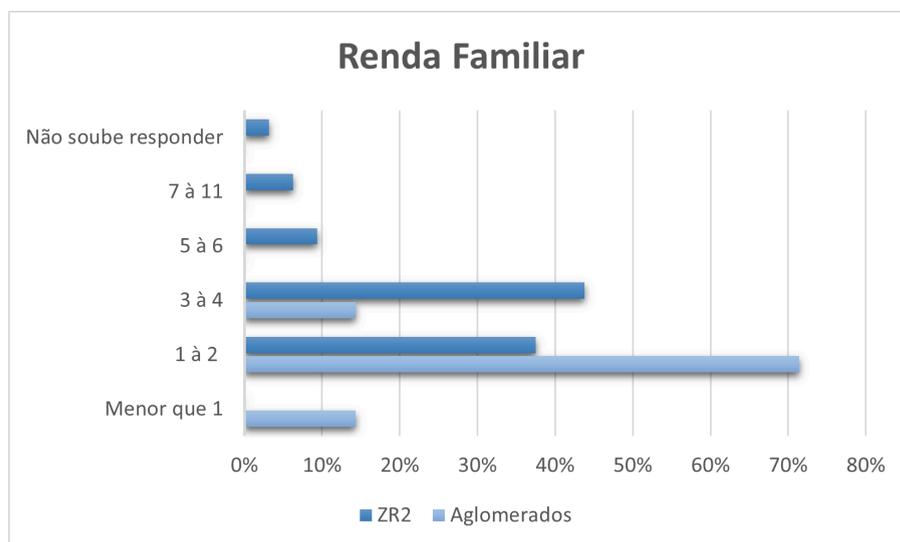
Registro em Carteira		
ZR2	Sim	38%
	Não	63%
Aglomerados	Sim	14%
	Não	86%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Dos entrevistados na ZR2, 38% possuíam registro em carteira no período em que esteve contaminado pela covid-19 e 63% não tinham.

Daqueles que residem em aglomerados subnormais, 14% trabalhavam com carteira assinada enquanto 86% não.

Gráfico 9 - Renda Familiar dos Sujeitos Pesquisados



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

A renda familiar dos residentes da ZR2 variou de 1 a 11 salários mínimos. 38% recebem de 1 à 2 salários, 44% de 3 à 4 salários, 9% de 5 à 6 salários, 6% de 7 à 11 salários e 3% não soube responder.

Daqueles que residem nos aglomerados subnormais, 14% recebem meio salário mínimo, 71% recebem de 1 à 2 salários e 14% recebem de 3 à 4 salários.

Quadro 13 - Acesso à Internet Enquanto Esteve Infectado

Acesso à Internet		
ZR2	Sim	94%
	Não	6%
Aglomerados	Sim	86%
	Não	14%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Em relação ao acesso à internet, na ZR2 94% dos sujeitos possuíam acesso e 6% não possuíam. Nos aglomerados subnormais 86% possuíam e 14% não.

Quadro 14 - Acesso à Unidade Básica de Saúde Enquanto Esteve Infectado

Acesso à UBS		
ZR2	Sim	38%
	Não	63%
Aglomerados	Sim	43%
	Não	57%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

38% dos sujeitos pesquisados que residem na ZR2 acessaram a Unidade Básica de Saúde no período em que estiveram contaminados pela covid-19, 63% não acessaram.

Dos residentes dos aglomerados subnormais, 43% acessaram a Unidade Básica de Saúde e 57% não acessaram. Um dos sujeitos pesquisados informou que não precisou se deslocar até a UBS pois realizou teleconsulta.

Quadro 15 - Acesso à Unidade de Pronto Atendimento Enquanto Esteve Infectado

Acesso à UPA		
ZR2	Sim	41%
	Não	59%
Aglomerados	Sim	29%
	Não	71%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

No que tange o acesso à Unidade de Pronto Atendimento, 41% dos sujeitos que residem na ZR2 tiveram acesso em detrimento de 59% que não acessou no período em que esteve infectado.

Já nos aglomerados subnormais 29% acessaram a UPA e 71% não acessaram.

Quadro 16 - Atendimento Hospitalar Enquanto Esteve Infectado

Atendimento Hospitalar		
ZR2	Sim	16%
	Não	84%
Aglomerados	Sim	14%
	Não	86%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Quanto ao atendimento hospitalar no período em que esteve infectado, 16% dos residentes da ZR2 tiveram e 84% não.

Nos aglomerados subnormais 14% teve atendimento hospitalar e 86% não tiveram.

Quadro 17 - Dificuldade para Acessar os Equipamentos de Saúde Enquanto Esteve Infectado

Dificuldade para Acessar os Equipamentos de Saúde		
ZR2	Sim	6%
	Não	94%
Aglomerados	Sim	14%
	Não	86%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Em relação às dificuldades encontradas pelos sujeitos para acessarem os equipamentos de saúde, na ZR2, 6% relataram dificuldades relacionadas ao tempo de deslocamento e à distância. 94% não teve qualquer dificuldade.

Nos aglomerados subnormais 14% dos sujeitos relatam dificuldades em se locomover até à UBS pelos próprios sintomas da covid-19, uma vez que foram a pé. 86% não tiveram dificuldades.

3.2.6 Condições de Habitação

Gráfico 10 - Material de Construção da Residência



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

91% das residências da ZR2 eram de alvenaria, 3% de madeira e 6% mista. Nos aglomerados subnormais apenas 14% eram de alvenaria, 29% eram de madeira e 57% mista.

Gráfico 11 - Material de Cobertura da Residência



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Quanto ao material de cobertura das residências da ZR2, 66% eram de telha, 28% de eternite, 3% mista e 3% de laje.

Da cobertura das residências dos aglomerados subnormais, 86% eram de eternite e 14% eram mistas.

Gráfico 12 - Número de Moradores por Residência



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

O número de moradores por residência na ZR2 variou de 1 a 8, assim 3% tinham apenas um morador, 25% tinham 2 moradores, 25% tinham 3 moradores, 19% tinham 4 moradores, 19% tinham 5 moradores, 6% tinham 6 moradores e 3% tinham 8 moradores.

Dos aglomerados subnormais o número variou de 2 a 5 moradores, de modo que 29% tinham 2 moradores, 43% tinham 3 moradores, 14% tinham 4 moradores e 14% tinham 5 moradores.

Gráfico 13 - Número de Pessoas Idosas por Residência



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Na ZR2, 25% das residências eram habitadas por uma pessoa idosa e 9% por 2 pessoas idosas. 66% das residências não possuíam pessoas idosas entre os moradores.

Nos aglomerados subnormais, em 57% das residências havia uma pessoa idosa. 43% das residências não eram habitadas por pessoas idosas.

Quadro 18 - Moradores com Doenças Crônicas por Residência

Moradores com Doenças Crônicas		
ZR2	Sim	38%
	Não	63%
Aglomerados	Sim	57%
	Não	43%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

38% dos sujeitos pesquisados afirmaram haver pessoas com doenças crônicas em suas residências. Essas variaram entre asma, bronquite, hipertensão, diabetes, hipotireodismo, arritmia cardíaca, convulsões e enfisema pulmonar. 63% dos sujeitos responderam não haver pessoas com doenças crônicas.

Nos aglomerados subnormais 57% dos sujeitos alegaram haver pessoas com doenças crônicas como hipertensão, diabetes, colesterol, cisto no fígado e aids.

Quadro 19 - Número de Cômodos por Residência

Número de Cômodos por Residência		
ZR2	5 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha e copa	1
	4 quartos, 2 banheiros, 2 salas, cozinha e lavanderia	1
	4 quartos, 2 banheiros, 2 salas e cozinha	1
	4 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha e dispensa	1
	3 quartos, 3 banheiros, sala, cozinha, lavanderia e escritório	1
	3 quartos, 3 banheiros, sala, cozinha e lavanderia	1
	3 quartos, 3 banheiros, sala e cozinha	1
	3 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha, copa e edícula	1
	3 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha e copa	1
	3 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha e lavanderia	1
	3 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha e churrasqueira	1
	3 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha e edícula	1
	3 quartos, 2 banheiros, sala e cozinha	2
	3 quartos, banheiro, sala, cozinha, copa e escritório	1
	3 quartos, banheiro, sala, cozinha e lavanderia	3
	3 quartos, banheiro, sala e cozinha	6
	2 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha, copa e lavanderia	1
	2 quartos, 2 banheiros, sala e cozinha	1
	2 quartos, banheiro, sala, cozinha e lavanderia	1
	2 quartos, banheiro, sala, cozinha e copa	1
2 quartos, banheiro, sala, cozinha	2	

	2 quartos, banheiro e cozinha	1
	Quarto, banheiro, sala, cozinha e escritório	1
Aglomerados	4 quartos, banheiro, sala, cozinha e lavanderia	1
	3 quartos, banheiro, sala, 2 cozinhas e lavanderia	1
	2 quartos, banheiro, sala e cozinha	3
	2 quartos, banheiro e cozinha	1
	Quarto e cozinha	1

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

No que diz respeito ao número de cômodos, tanto na ZR2 quanto nos aglomerados subnormais, houve grande diversidade, como é possível observar no quadro acima.

Quadro 20 - A Residência Possui Janela em Todos os Cômodos?

Janela em Todos os Cômodos		
ZR2	Sim	94%
	Não	6%
Aglomerados	Sim	71%
	Não	29%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Na ZR2, 94% das residências possuíam janelas voltadas para o exterior em todos os cômodos. 6% afirmaram que nem todos os cômodos possuíam, sendo estes uma suíte e uma sala.

Nos aglomerados subnormais 71% dos pesquisados possuíam janelas em todos os cômodos, 29% não tinham em um quarto e em uma cozinha.

Quadro 21 - Rede de Esgoto por Residência

Rede de Esgoto		
ZR2	Sim	100%
	Não	0%
Aglomerados	Sim	71%
	Não	29%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

A rede de esgoto se fez 100% presente nas residências da ZR2. Em contrapartida, nos aglomerados subnormais, 71% das residências possuíam rede de esgoto enquanto 29% não.

Quadro 22 - Abastecimento de Água por Rede Oficial (Sanepar)

Abastecimento de Água por Rede Oficial		
ZR2	Sim	100%
	Não	0%
Aglomerados	Sim	86%
	Não	14%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

100% dos residentes da ZR2 afirmaram ter abastecimento de água por rede oficial.

Já nos aglomerados subnormais, 86% alegaram que o abastecimento de água era por rede oficial e 14% informaram que o abastecimento era realizado por meio de ligação clandestina. Destaca-se que um dos sujeitos pesquisados informou que em todas as residências da rua, o abastecimento de água era realizado por meio da ligação clandestina. Foram aplicados outros dois questionários nesta mesma rua, no entanto os sujeitos informaram possuírem abastecimento por rede oficial.

Quadro 23 - Possui Registro de Água Individual

Registro de Água Individual		
ZR2	Sim	94%
	Não	6%
Aglomerados	Sim	57%
	Não	29%
	Não possui	14%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Quanto ao registro de água, 94% dos sujeitos pesquisados na ZR2 afirmaram que o registro de água é individual e 6% responderam que é compartilhado.

Nos aglomerados subnormais, 57% afirmaram possuírem registro individual, 29% possuem registro compartilhado e 14% não possuem, visto que o abastecimento de água é realizado de modo clandestino.

Quadro 24 - Possui coleta de Lixo

Coleta de Lixo		
ZR2	Sim	100%
	Não	0%
Aglomerados	Sim	100%
	Não	0%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Para a coleta de lixo, tanto na ZR2 quanto nos aglomerados subnormais, 100% dos sujeitos pesquisados afirmaram que esta é realizada.

Quadro 25 - Abastecimento de Energia por Rede Oficial (Copel)

Energia por Rede Oficial		
ZR2	Sim	100%
	Não	0%
Aglomerados	Sim	86%
	Não	14%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Na ZR2 100% das residências contavam com abastecimento de energia por rede oficial.

Nos aglomerados subnormais a situação foi a mesma do abastecimento de água. 86% dos pesquisados afirmaram que o abastecimento de energia é realizado por rede oficial e 14% afirmaram que é por meio de ligação clandestina.

Quadro 26 - Possibilidades de Isolamento Social Considerando a Habitação

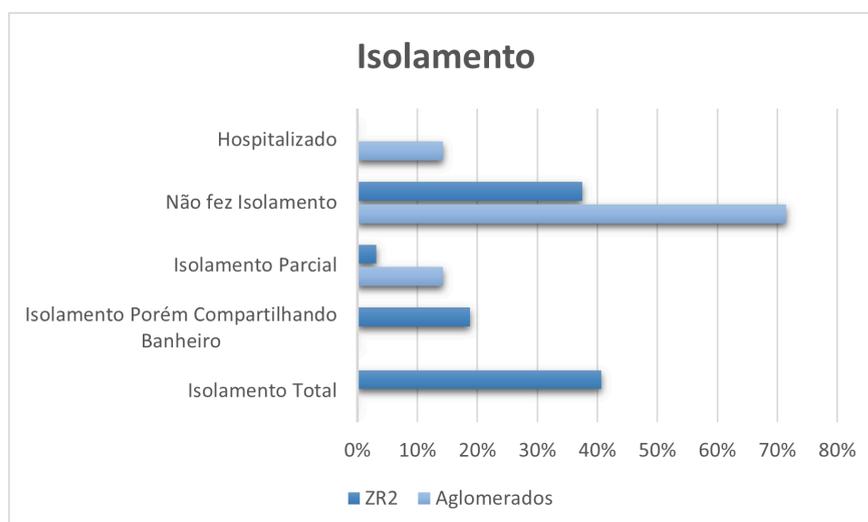
Realização de Isolamento Social Quando Infectado		
ZR2	Sim	72%
	Não	28%
Aglomerados	Sim	29%
	Não	71%

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Quanto à possibilidade de isolamento social considerando a habitação no período em que estiveram infectados, na ZR2, 72% dos sujeitos compreendem que o isolamento foi possível e 28% entendem que não.

De modo distinto, nos aglomerados subnormais apenas 29% consideraram que conseguiram realizar o isolamento social no período em que estiveram infectados, enquanto 71% não realizaram isolamento.

Gráfico 14 - Modo de Isolamento Social



Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Os pesquisados foram questionados acerca de como realizaram o isolamento social. Na ZR2, 38% não fizeram isolamento de modo que não saíram de casa no período estiveram infectados mas compartilharam os cômodos com os demais moradores. 3% fizeram o isolamento parcial, compreendido aqui como o isolamento em quarto separado, porém compartilhando banheiro e fazendo refeições em conjunto. 19% fizeram o isolamento compartilhando somente o banheiro e 41% realizaram isolamento total, não tendo compartilhado nenhum cômodo com os demais moradores.

Nos aglomerados subnormais, inferiu-se que 14% dos sujeitos ficaram hospitalizados durante o período em que estiveram contaminados. 71% não realizaram o isolamento, partilhando cômodos com os demais moradores. 14% realizaram o isolamento parcial. Não houve incidência de isolamento com banheiro compartilhado nem isolamento total.

3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Com a sistematização e descrição dos dados coletados inferiu-se que houve uma disparidade entre a participação dos sujeitos que residem na Zona Residencial 2 e nos aglomerados subnormais, sendo o primeiro grupo mais propenso a participar da pesquisa.

Nos aglomerados subnormais, percebeu-se que, quanto mais se adentrava em localidades em condições mais insalubres de habitação, mais difícil se tornava a

coleta de dados, uma vez que os sujeitos alegavam não terem sido contaminados e não terem conhecimento de vizinhos próximos que tivessem contraído a covid-19.

Nos dados da pesquisa também não foram constatados óbitos de sujeitos que residessem na mesma habitação, fosse nos aglomerados subnormais ou na Zona Residencial 2, o que não significa que não houveram falecimentos, mas aqueles sujeitos que haviam perdido familiares preferiram não participar da pesquisa.

Primeiramente considerou-se a possibilidade da abordagem da pesquisadora não ser adequada, no entanto após a abordagem ser revista obteve-se os mesmos resultados. Assim, já nas últimas tentativas de coleta de dados nos aglomerados subnormais, um dos sujeitos abordados mencionou que boa parte dos vizinhos haviam sido contaminados, porém não falaria por medo de sofrer preconceito. Nesta mesma localidade percebeu-se que os vizinhos indicavam as residências em que alguém havia sido contaminado, no entanto ao abordar tais sujeitos, estes diziam não ter contraído a covid-19.

Ao deparar-se com os dados da pesquisa empírica dos que permitiram serem entrevistados, tem-se elementos que podem indicar que a habitação determinou a dispersão do covid-19 na família, visto que nos aglomerados subnormais a principal fonte de contaminação foi por meio do contato com pessoas contaminadas, como também as maiores concentrações de pessoas infectadas por residência habitam em tais áreas. Infere-se uma menor disposição de cômodos, bem como a dificuldade em realizar o isolamento dos demais moradores. Ao cruzar informações tem-se a possibilidade do auto preconceito pela transmissibilidade da covid-19 pelas próprias condições de habitação.

De forma a entender tal fenômeno, utilizou-se da teoria da rotulagem ou do etiquetamento do Labelling Approach, a qual foi construída para compreender os comportamentos desviantes, sendo muito utilizada para a área do Direito (Almulhem, 2021). Para esta pesquisa se apropria para explicar a dificuldade que os sujeitos que residem em localidades com condições de habitação precárias tem em falar sobre o contágio pela covid-19.

Neste sentido, Almulhem (2021, p.15), aponta que:

(...) Estigmatizar penalmente e socialmente, faz brotar no seio do tecido social, as inúmeras tentativas de seletividade e segregação daqueles considerados desviantes, dados os casos pela concepção de conceitos formados, não a posteriori, mas a priori, pelo senso comum, agindo em

consonância da construção de uma identidade deturpada pela discriminação (...)

Deste modo os sujeitos que são estereotipados negativamente recebem tratamento distinto, sofrendo abordagens humilhantes e vexatórias (Almulhem, 2021).

O comportamento desviante é compreendido como algo que excede o que é considerado adequado à maioria, que não se enquadra nas regras dos grupos dominantes (Becker, 2008). Como exemplo, se um grupo de sujeitos habita em casas que não são consideradas como o padrão, ou se residem em locais que não são considerados adequados, estes podem estar condicionados a sofrer preconceitos.

A estes fatores, soma-se a aporofobia caracterizada como o desprezo, a aversão ao pobre. Os sujeitos em situação de pobreza, podem estar expostos à passarem por situações degradantes em nome do preconceito (Cortina, 2020).

Becker (2008) aponta para a auto segregação dos sujeitos, se estes querem se manter distantes de outros grupos que se diferem, impõem barreiras físicas ou abstratas para se afastar dos olhares destes outros grupos.

Paulo (2022) afirma que as desigualdades sociais vivenciadas antes, durante e após a pandemia estão intrinsecamente ligadas às consequências à saúde mental no período sindêmico, de modo que a classe social, gênero, raça e contexto social em que os sujeitos vivem foram determinantes para que aqueles que já se encontravam em situação de vulnerabilidade socioeconômica fossem expostos a mais riscos psíquicos.

Segundo a autora, a população mundial de modo geral experienciou o medo, fosse de ser contaminado, da perda de familiares ou medo da morte, no entanto essa experiência se deu em graus distintos de acordo com a vulnerabilidade socioeconômica, assim “quanto mais vulnerabilizados mais situações provocadoras de insegurança, instabilidade e tensão emocional” (Paulo, 2022, p.16).

Adentrando-se propriamente nos dados coletados na pesquisa, elaborou-se um quadro síntese para comparar a dispersão da covid-19 na Zona Residencial 2 e aglomerado subnormal pesquisado.

Quadro 27 - Síntese Comparativa entre a Zona Residencial 2 e Aglomerado Subnormal dos dados coletados

(continua)

Determinantes Sociais de Saúde	Indicador	Zona Residencial 2	Aglomerados Subnormais
Idade, Gênero e Fatores Hereditários	Faixa Etária	30 a 39 anos	50 a 59 anos
	Gênero	Homens Cisgênero	Mulheres Cisgênero
	Autodeclaração Racial	Branco	Não Brancos (pretos, pardos e amarelos)
Características da Infecção por Covid-19	Nº de Infecções por Covid-19	Uma vez	Uma vez
	Doenças Crônicas	24% possuem doenças como hipertensão, bronquite, arritmia cardíaca, asma e bronquite.	57% possuem doenças como hipertensão, diabetes, colesterol, HIV, e cisto no fígado.
	Nº de Moradores Infectados por Moradia	Um único morador infectado	Um único morador infectado
	Forma de Contaminação	No ambiente de trabalho	Contato com pessoas infectadas
	Necessidade de Hospitalização	94% Não	89% Não
	Processo de Recuperação	75% completamente recuperado	29% completamente recuperado
	Redes Sociais e Comunitárias	Participação em Atividades na Comunidade	88% Não
Auxílio de Órgãos da Comunidades		97% Não	100% Não
Meio de Transporte		Carro próprio	Carro próprio ou emprestado, transporte coletivo e a pé
Condições de Vida e Trabalho	Grau de Escolaridade	Ensino Superior	Ensino Fundamental Incompleto
	Ocupação	Aposentados	Do lar
	Registro em Carteira	63% Não	86% Não
	Renda Familiar	3 a 4 salários mínimos	1 a 2 salários mínimos
	Acesso à Internet	94% Possuem	86% Possuem
	Acesso à UBS	38% Acessaram	43% Acessaram

Quadro 27 - Síntese Comparativa entre a Zona Residencial 2 e Aglomerado Subnormal dos dados coletados

(conclusão)

Condições de vida e trabalho	Acesso à UPA	41% Acessaram	29% Acessaram
	Atendimento Hospitalar	84% Não acessaram	86% Não acessaram
Habitabilidade	Indicador	Zona Residencial 2	Aglomerados Subnormais
Condições de Habitação	Material de Construção	Alvenaria	Mista (alvenaria e madeira)
	Material de Cobertura	Telha	Eternit
	Nº de Moradores por Residência	2 a 3 moradores	3 moradores
	Nº de Pessoas Idosas por Residência	34% 1 a 2 pessoas idosas	57% uma pessoa idosa
	Moradores com Doenças Crônicas por Residência	38% Possuem demais moradores com doenças crônicas	57% Possuem demais moradores com doenças crônicas
	Nº de Cômodos por Residência	66% possuem entre 6 e 10 cômodos, 34% possuem entre 4 e 5 cômodos	72% possuem entre 5 e 8 cômodos, 28% possuem entre 1 e 2 cômodos
	Janela nos Cômodos	94% possuem janela em todos os cômodos	71% possuem janela em todos os cômodos
	Rede de Esgoto	100% Possuem	71% Possuem
	Abastecimento de Água por Rede Oficial	100% Possuem	86% Possuem
	Registro Individual	94% Possuem	57% Possuem
	Coleta de Lixo	100% Possuem	100% Possuem
	Abastecimento de Energia por Rede Oficial	100% Possuem	86% Possuem
	Isolamento Considerando a Habitação	72% Fizeram isolamento	29% Fizeram isolamento
	Modo de Isolamento	41% Isolamento total	Não houve isolamento total

Fonte: Dados coletados na pesquisa. Organizado pela autora.

Percebe-se que houve similitude entre a ZR2 e nos aglomerados subnormais nos seguintes fatores: necessidade de hospitalização; auxílio de órgãos da

comunidade; acesso à internet; acesso à UBS; dificuldade para acessar os equipamentos de saúde; e coleta de lixo.

Foram observadas diferenças nos seguintes pontos: faixa etária; gênero; autodeclaração racial; número de infecções; doenças crônicas; número de moradores infectados; forma de contágio; processo de recuperação; participação de atividades na comunidade; meio de transporte; escolaridade; ocupação; registro em carteira; renda familiar; acesso à UPA; material de construção da residência; material de cobertura da residência; número de moradores; número de pessoas idosas; número de moradores com doenças crônicas; número de cômodos por residência; janelas em todos os cômodos; rede de esgoto; abastecimento de água e energia por rede oficial; registro de água individual; realização e forma de isolamento.

Em relação à faixa etária dos sujeitos, infere-se que tanto na ZR2 quanto no aglomerado subnormal pesquisado, trata-se de pessoas adultas, no entanto nesta última localidade os sujeitos são mais velhos do que na ZR2, sendo também onde se localiza a maior concentração de pessoas idosas infectadas pela covid-19, atingindo a taxa de 29%, assim como é o *locus* onde se encontra a maior aglutinação de pessoas idosas por moradia. Ressalta-se que, conforme abordado no primeiro capítulo, o grupo de risco da doença são, entre outros, pessoas com 65 anos ou mais (Bellei; Melchior, 2011).

Se na ZR2 os homens cisgênero foram os mais contaminados pela covid-19, nos aglomerados subnormais ocorreu de forma oposta, onde as mulheres cisgênero foram o grande grupo afetado. Conforme relatório publicado pela OPAS (2021a), este fenômeno se explica justamente pela desigualdade de gênero, fomentada pela cis-hetero-normatividade¹⁷, que afeta as mulheres em tantas outras instâncias para além da saúde.

As mulheres são quem, majoritariamente, assumem o papel de cuidadoras em casa, o que as expôs a maior suscetibilidade de contaminação pela covid-19, também são as que compõem em maior parte os serviços de saúde, sendo a linha

¹⁷ Compreendida como um conjunto de normativas que tem como pressuposto central que o “natural” seja sempre a existência de pessoas cisgêneras - quando a identidade de gênero coincide com o que foi designado no momento do nascimento - e heterossexuais - atração pelo sexo oposto. Tudo o que foge desta regra é tido como um comportamento desviante, fora do padrão, não-natural (Sá; Szyliit, 2021).

"Esse sistema define formas tradicionais de masculinidade e feminilidade, as quais refletem um 'ideal binário' social e culturalmente aceito como o único modelo de vínculos emocionais e sexuais que sustentam relacionamentos íntimos, familiares e sociais, gerando exclusão e discriminação" (OPAS, 2021a. p.7, tradução nossa).

de frente no combate à covid-19. Outro fator relevante apontado pelo relatório é quanto ao diagnóstico tardio, acarretando na privação de cuidados adequados para a recuperação das mulheres (OPAS, 2021a).

Esse fenômeno excede o local transpondo-se ao nacional, no Brasil como um todo as mulheres que residem em aglomerados subnormais são as que encontram maiores adversidades para a prevenção contra a covid-19, seja pelas condições de habitação, que já foram citadas previamente e serão aprofundadas mais a frente, como saneamento básico, abastecimento de água, disposição de cômodos e janelas na habitação, seja pelas condições de trabalho, que se apresenta na informalidade ou enquanto autônomas não dispondendo de direitos trabalhistas e colocando-se em risco para conseguir manter as necessidades básicas (Sousa, 2021).

Traçando o comparativo entre as características gerais da população pesquisada, percebeu-se que os sujeitos autodeclarados não brancos, estão inseridos majoritariamente no aglomerado subnormal (57%) em contraposição à ZR2 onde 69% dos pesquisados eram brancos. É no aglomerado subnormal que se observa os menores níveis de escolarização - 57% dos sujeitos possuem o ensino fundamental incompleto como escolaridade máxima - e de renda familiar que possui uma média de 1 à 2 salários mínimos em contraposição à ZR2, onde 41% dos sujeitos possui ensino superior e tem renda entre 3 à 4 salários.

Na ZR2, 19% dos pesquisados eram aposentados, os demais eram professores, trabalhadores do comércio e indústria, TI, policiais militares, estudantes, servidores do exército, entre outros. No aglomerado subnormal 71% dos sujeitos pesquisados eram do lar, não exercendo atividade remunerada, os demais trabalhavam enquanto auxiliares de limpeza ou estavam desempregados. Apesar de ambas localidades apresentarem baixos índices de registro em carteira de trabalho, na ZR2 38% dos sujeitos possuíam vínculo com a CLT, no entanto no aglomerado subnormal apenas 14% possuíam.

Ao analisar o número de vezes que os sujeitos foram infectados pela covid-19, percebe-se que em ambas localidades a maior incidência foi de uma única vez, sendo que a ZR2 foi a que apresentou a maior taxa de reincidência da doença (34% dos sujeitos foram contaminados entre duas e quatro vezes). Isoladamente, tanto na ZR2 quanto no aglomerado subnormal, infere-se que apenas um morador contraiu a covid-19 de forma majoritária. Ao somar todos os relatos de que mais de

um morador havia sido contaminado, percebe-se que a taxa foi maior no aglomerado subnormal, onde 57% alegaram que de dois a quatro moradores haviam contraído a doença.

Este fenômeno pode ser explicado por um conjunto de indicadores, seja pela maior concentração de pessoas idosas e com comorbidades residindo no aglomerado subnormal, conforme já discorrido, seja pelas condições de habitação, considerando que é nesta localidade onde há uma menor disposição de cômodos, onde 28% dos sujeitos dispõem de um a dois cômodos - ressalta-se que em um dos casos a moradia não possui banheiro, sendo necessário que os sujeitos utilizem do vizinho. Vale ressaltar que 100% das moradias do aglomerado subnormal são habitadas por no mínimo dois moradores, chegando até cinco.

Embora na ZR2 haja incidência de moradias com número de moradores que ultrapassem o número do aglomerado subnormal, estas são ocupadas principalmente por dois ou três sujeitos, além de que em alguns casos há apenas um morador por moradia, no entanto a disposição de cômodos é maior, de modo que 66% das moradias possuem entre seis e dez cômodos.

Conforme demonstrado no capítulo dois deste trabalho, o Índice de Bem-Estar Urbano dispõe acerca da densidade domiciliar pela proporção de quartos e banheiros. Infere-se que o aglomerado subnormal está aquém neste sentido, uma vez que não há incidência de mais de um banheiro por moradia e 14% delas possuem cinco moradores, o que ultrapassa a proporção considerada adequada - que é de quatro pessoas por banheiro.

Outro ponto que pode ter influenciado no maior número de sujeitos infectados é quanto à disposição de janelas na habitação, considerando que o aglomerado subnormal possui menor incidência de janelas em todos os cômodos (71%) em comparação a ZR2 (94%). A ventilação dos ambientes é uma das medidas de contenção da propagação de doenças virais, ou seja, quanto melhor arejado o ambiente estiver menor a propensão da disseminação (OPAS, 2021b).

A forma do contágio se deu de modo bastante distinto já que na ZR2 o foco principal da contaminação se deu no ambiente de trabalho e no aglomerado subnormal a doença foi contraída pelo contato próximo com pessoas contaminadas, aqui supõe-se que um dos fatores de influência também é em relação à disposição

de cômodos, no entanto outro fator que pode estar relacionado é o meio de transporte.

Enquanto 66% dos moradores da ZR2 tiveram como principal meio de transporte o carro próprio e o restante que precisou se deslocar o fez a pé, no aglomerado subnormal a realidade foi outra, apenas 14% se utilizaram de carro próprio, 14% dos que se deslocaram enquanto estavam infectados, utilizaram de carro de terceiros e outros 14% utilizaram transporte coletivo. Esses dois últimos meios de locomoção podem ser vetores de contaminação.

Um ponto relevante a se analisar refere-se quanto à incidência de doenças crônicas na população, visto que este é um dos fatores de risco para a contaminação pelo vírus e foi um dado discrepante entre as localidades pesquisadas. Se na ZR2 apenas 24% da população pesquisada possuía alguma doença crônica, nos aglomerados subnormais 57% dos sujeitos apresentam doenças. Este fator pode ter influenciado no processo de hospitalização dos sujeitos, que embora tenham se apresentado sem muita distinção entre os locais pesquisados, teve maior inferência nos aglomerados subnormais (14%).

À essa associação pode somar-se ainda ao processo de recuperação daqueles que foram infectados pela covid-19, sendo outro dado que se apresenta de modo muito distinto entre as localidades. Não existem grandes variações entre as sequelas, que se apresentam na forma de perda de memória, complicações no coração e fígado, dores de cabeça frequentes, perda de resistência física e problemas pulmonares, mas na ZR2 75% dos sujeitos se recuperaram completamente, enquanto no aglomerado subnormal pesquisado apenas 29% encontram-se recuperados.

Neste sentido, Dias e Nasser (2022) apontam que, apesar de que sujeitos jovens e sem doenças pré-existentes poderem sofrer com as sequelas da covid-19, às pessoas idosas e/ou com comorbidades são mais propensas a desenvolvê-las. Considerando que o perfil de contaminados do aglomerado subnormal pesquisado vai de encontro ao apontado pelos autores, compreende-se que são tais fatores que levam esta localidade a apresentar maiores taxas de sequelas do que a ZR2.

No que tange a possibilidade de realização do isolamento social levando em consideração a habitação, na ZR2, 72% dos sujeitos consideraram que foi possível realizá-lo, em contrapartida no aglomerado subnormal apenas 29% afirmou ter

conseguido realizá-lo. Quando questionados quanto ao modo de isolamento 41% dos sujeitos da ZR2 afirmaram ter se isolado totalmente no período em que estiveram infectados, já no aglomerado subnormal nenhum dos sujeitos conseguiu se isolar totalmente.

Isso pode ser analisado principalmente levando em consideração dois indicadores: o primeiro, novamente, pelo viés da disposição de cômodos, de modo que os sujeitos não tinham a possibilidade de utilizar um banheiro separado e precisaram compartilhar os quartos; o segundo diz respeito ao recorte de gênero da contaminação pela covid-19, no aglomerado subnormal as mais infectadas foram as mulheres. Se a elas é imbuído o papel de cuidadora, durante o período em que estiveram contaminadas, precisaram manter o cuidado com os filhos e afazeres domésticos o que também impossibilitou que estas ficassem separadas dos demais moradores.

Ao observar o material de construção de paredes e telhado das habitações das localidades, infere-se que estas estão em consonância com o proposto pelo Ipea (2014) que aponta que são adequadas aquelas construídas em alvenaria ou madeira aparelhada e cobertas por telha e eternit, no entanto no que tange o indicador de segurança de posse, no aglomerado subnormal considera-se que inadequado pois esta não está assegurada, já que estão em local de risco - em proximidade à arroio.

A inadequação persiste ao se analisar elementos como saneamento básico, abastecimento de água e energia elétrica por rede oficial, com base no que apontado pelo IBEU (2016). Na ZR2 a cobertura destes serviços por meio de rede oficial é completa, abrangendo todos os sujeitos pesquisados. No aglomerado subnormal, nota-se uma defasagem na rede de esgoto que abrange somente 71% das habitações, 86% possuem abastecimento de água e energia elétrica. Reitera-se que para estes dois últimos, a porcentagem de habitações que não possuem abastecimento por rede oficial pode ser maior visto que um dos sujeitos pesquisados informou que naquela rua todas as habitações possuíam ligação clandestina de água e energia, porém, ao entrevistar outros dois sujeitos nesta mesma rua, estes não alegaram tal situação, tornando o dado impreciso.

Levando em consideração a habitabilidade urbana que contempla o acesso à equipamentos urbanos, inferiu-se que também está em defasagem, no entanto, essa

se expressa não apenas no aglomerado subnormal, mas é observada na ZR2. Nenhuma das UBS está num raio de abrangência de 1.000 metros (ver figura 18 e 19 na seção 3.1), conforme delimitado pelo método de Pitts, as UPAs e Hospitais encontram-se ainda mais distantes.

Neste sentido, deve-se levar em consideração a dificuldade de deslocamento para acesso aos equipamentos, ressalta-se que nos aglomerados subnormais somente 14% dos sujeitos possuem carro próprio, aqueles que não possuem, precisariam utilizar transporte coletivo enquanto infectados, o que aumentaria os vetores de disseminação da covid-19.

Cabe ressaltar que, em Ponta Grossa, a Atenção Primária em Saúde teve papel relevante no enfrentamento da pandemia de covid-19, algumas UBS tiveram horário de atendimento estendido e realizaram testes rápidos para a detecção da covid-19, agentes de saúde realizaram monitoramento de sujeitos com sintomas gripais. Além disso, a Fundação Municipal de Saúde criou uma central telefônica no intuito de tirar dúvidas da população e realizar web consultas (Rocha; et al, 2021).

As UPAs realizaram atendimento para os casos considerados moderados, encaminhando os pacientes que estavam em situação grave à rede hospitalar. Quando houve superlotação dos leitos de UTI no Hospital Universitário e nas UPAs, pacientes foram alocados em quatro UBS destinadas ao atendimento destes casos. Com o avanço da cobertura vacinal, o atendimento de todos os casos leves, moderados e graves passou a ser prestado pelas UPAs (Rocha; et al, 2021).

Rocha, et al (2021, s/p.), aponta que:

Desse modo, a APS do município esteve organizada para atender a população e também dar suporte a atenção de média complexidade. Articulou informações para a comunidade, implementou fluxos de acompanhamento aos positivados da COVID19 e mobilizou o atendimento on-line (...) manteve a troca de receitas, o atendimento de urgência e emergência e as vacinações, mas em contrapartida tiveram que suspender atendimentos eletivos e as atividades em grupos.

Numa análise geral, por meio dos dados coletados evidenciou-se as desigualdades presentes entre as localidades, expressas nas condições socioeconômicas dos sujeitos no que se refere à escolaridade, renda, ocupação e vínculos empregatícios. A habitabilidade também escancarou desigualdades, de modo que as condições de habitação mais insalubres, com menos disposição de cômodos e janelas dificultou o isolamento social de sujeitos infectados, acarretando

num maior número de infecções por moradia. Em suma, evidenciou-se a relação entre habitabilidade e o risco à saúde propiciando o agravamento das doenças.

As iniquidades em saúde foram perceptíveis ao observar uma maior incidência de doenças crônicas e sequelas na população pesquisada no aglomerado subnormal, bem como na ausência de cobertura de saneamento básico, rede de abastecimento de água e energia.

Fica evidente que apesar do desenvolvimento da sociedade, da tecnologia, das condições de habitação e saúde, os sujeitos que tiveram que lidar de uma forma mais intensa com a pandemia da covid-19 não se diferem daqueles que enfrentaram as pandemias do passado. Conforme pontuado no capítulo um, os efeitos mais desastrosos de uma pandemia recaem sobre aqueles que foram inseridos em situação de vulnerabilidade socioeconômica, a população de baixa renda, que se aglutina em moradias que não tem condições de prover a segurança de seus moradores.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo geral identificar características da covid-19 em áreas residenciais diferenciadas no município de Ponta Grossa-PR de março de 2020 a março de 2022, com ênfase nos determinantes sociais de saúde e situação de moradia tendo como mirante epistemológico o materialismo histórico-dialético.

Quanto aos aspectos teóricos, compreendeu-se a cidade como o *lócus* da gestão administrativa, sendo um espaço de tomada de decisões, de consumo ao mesmo tempo em que é produtora de bens materiais e imateriais. São formadas por uma diversidade de zonas, cada uma desenvolvendo suas respectivas funções, sejam comerciais, residenciais, industriais e afins, que, apesar de divergirem, estão conectadas umas às outras formando então um mosaico de partes interligadas.

Sua constituição está vinculada ao surgimento de epidemias, pandemias e sindemias. Desde a Antiguidade até a contemporaneidade diversas doenças assolaram o mundo, tendo seu *lócus* de dispersão nas cidades e atingindo, conseqüentemente, as áreas rurais. O capitalismo, responsável pela intensa aproximação, e exploração, entre o urbano e o habitat natural de demais espécies, vem agudizando a problemática do surgimento de novos vírus.

Conforme demonstrado no primeiro capítulo, as populações que viviam em situação de vulnerabilidade socioeconômica, em condições insalubres e habitações inadequadas, foram as mais afetadas por tais mazelas.

As desigualdades presentes nas cidades são responsáveis por dividi-las em duas, a formal e a informal. Aqueles que habitam a cidade informal não possuem o mesmo acesso à serviços nem contam com a mesma infraestrutura que os que habitam a cidade formal, e que estão em conformidade com a legislação.

Uma vez que os sujeitos são atravessados por condições de vida desiguais, não cabe falar em saúde exclusivamente pelo viés biológico, mas deve se acrescentar a este os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, levando em consideração o modo de produção e acumulação que é desigual e excludente. Quanto mais inseridos em situação de vulnerabilidade socioeconômica os sujeitos forem, mais situações de vulnerabilidade em saúde vivenciarão.

Por meio da literatura, percebeu-se que o processo saúde-doença é moldado pelas variáveis sociais, evidenciando uma ligação entre mortalidade e estrato

socioeconômico devido às distintas exposições a riscos enfrentadas por cada segmento da sociedade, compreendendo então que o acesso desigual aos recursos e oportunidades influencia os resultados de saúde e a expectativa de vida dos sujeitos. Deste modo, a saúde requer uma abordagem que transcenda o âmbito individual e considere o contexto social em sua amplitude.

A habitabilidade, seja da unidade habitacional ou urbana, tem um forte impacto no processo saúde-doença, considerando que a habitação é o primeiro local de promoção à saúde e que sua inserção na malha urbana dita, junto a demais elementos socioeconômicos, o acesso aos equipamentos de saúde.

Ao longo da história da evolução das cidades e das epidemias e pandemias, conforme abordado no capítulo 1 deste trabalho, percebeu-se que as habitações com piores condições de infraestrutura, com maior densidade populacional na habitação e que se encontravam em situação de vulnerabilidade socioeconômica, foram as afetadas de forma mais intensa pelas doenças, o que pode ser observado ainda na atualidade.

Considerando que nos determinantes sociais de saúde estão inseridas as condições em que os sujeitos vivem, habitam, trabalham, envelhecem, e acessam aos sistemas de saúde, no município de Ponta Grossa observou-se os seguintes pontos no que tange aos determinantes sociais de saúde e a habitabilidade:

- Equipamentos públicos de saúde no município: são 68 equipamentos de saúde distribuídos em UBS, UPAs, rede hospitalar, clínicas e centros especializados, além do SAMU e SIATE.
- Perfil epidemiológico da população: a principal causa de mortalidade geral advém de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que afetam principalmente os sujeitos com idade a partir dos 50 anos. A mortalidade infantil no município teve como principal causa, as alterações patológicas originadas no período perinatal.
- Condições de habitação: tem como principal desafio o elevado número de coabitações familiares e ocupações irregulares em áreas de risco, que somam 8.769 moradias nestas condições. O déficit habitacional no município é de 17.481 famílias.

Levando em consideração a sindemia da covid-19 em Ponta Grossa, inferiu-se que a Zona Residencial 2 foi a mais afetada, demonstrando que a doença

se dispersou em zona de baixa densidade de ocupação, ocupada horizontalmente e com uma população majoritariamente de baixa renda, com algumas exceções da incidência de classe média.

Entre a Zona Residencial 2 e o aglomerado subnormal pesquisado inferiu-se, que a dispersão da covid-19 mais se diferencia do que se assemelha, neste sentido apenas nos indicadores de necessidade de hospitalização, auxílio de órgãos da comunidade, acesso à internet, acesso à UBS, dificuldade para acessar os equipamentos de saúde e coleta de lixo existem similitudes, nos demais os dados se apresentam de forma distinta.

Ao analisar os dados coletados observou-se a desigualdade social que se apresenta entre as localidades, no aglomerado subnormal a característica dos sujeitos pesquisados é marcada pela baixa escolaridade, baixa renda, grande incidência de doenças crônicas, além de se verificar que é onde a população não branca - pretos, pardos e amarelos - está inserida.

Na ZR2 grande parte dos sujeitos são aposentados e no aglomerado subnormal apresentou-se maior incidência de sujeitos que realizam trabalho doméstico não remunerado em suas habitações. Em ambas as localidades é pequena a parcela que possui vínculo CLT.

É a população do aglomerado subnormal que apresenta os piores índices de habitabilidade da unidade habitacional e urbana, já que suas habitações possuem menor disposição de cômodos e janelas, maior densidade habitacional e que conseqüentemente tiveram maior dificuldade em realizar o isolamento social dentro da habitação no período em que estiveram contaminados - fatores estes que contribuíram para uma maior dispersão da covid-19 na habitação - e taxas inferiores de acesso à saneamento básico e abastecimento de água e energia elétrica.

No aglomerado subnormal foi onde se inferiu também o maior número de sujeitos com sequelas (71%), sendo este um dos dados que apresentou a maior discrepância em relação à ZR2 (25%). Esse fenômeno vincula-se à faixa etária, que são de sujeitos mais velhos no aglomerado subnormal do que na ZR2 e à doenças crônicas, que também apresenta maiores taxas no aglomerado subnormal e que pode ser um indicador de inequidade em saúde.

Vale ressaltar que a forma de contágio foi distinta entre as localidades pesquisadas, na ZR2 os sujeitos foram contaminados no ambiente de trabalho

enquanto no aglomerado subnormal, a contaminação veio de pessoas conhecidas, o que se associa a disposição de cômodos e a densidade domiciliar das habitações.

Quanto ao material de construção das habitações na ZR2 foi predominantemente alvenaria e telhas, já no aglomerado subnormal as habitações são mistas e cobertas por eternit. Apesar de serem construídas em materiais diferentes, ambos são considerados adequados para a construção de habitações.

O acesso aos equipamentos públicos de saúde, se dá de forma semelhante tanto na Zona Residencial 2 quanto no aglomerado subnormal de modo que estes encontram-se fora do raio considerado adequado no que tange o distanciamento, estando a mais de 1.000 metros das habitações pesquisadas. No entanto deve-se pensar na mobilidade urbana, que em termos de transporte, se dá de modo distinto entre as localidades, na ZR2 os sujeitos utilizam em suma maioria o carro próprio enquanto no aglomerado subnormal são utilizados como principal meio de locomoção o transporte coletivo e carro emprestado, vetores para dispersão do vírus.

Um dado que apareceu de forma espontânea para a pesquisa se refere a dificuldade de adesão na participação por parte dos moradores dos aglomerados subnormais. Como forma de explicar tal fenômeno utilizou-se a teoria da rotulagem, de modo que os sujeitos teriam o sentimento de auto preconceito como resultado das situações vexatórias pelas quais passaram em razão da aparofobia - na qual se inclui a o preconceito em relação à habitação - de modo que terem sido contaminados e terem possivelmente contaminado outras pessoas somaria-se à estas situações. Compreende-se que estes buscaram pela auto segregação, estipulando barreiras abstratas para se afastar do olhar de grupos externos.

Após o exposto compreende-se que este trabalho cumpriu com seus objetivos de compreender determinantes sociais de saúde e condições de habitabilidade com base em indicadores; analisar a distribuição dos casos confirmados de covid-19 no zoneamento urbano do município de Ponta Grossa; comparar a distribuição dos casos confirmados da covid-19 em Ponta Grossa nos aglomerados subnormais e na Zona Residencial 2 com foco na habitabilidade e determinantes da saúde.

Por meio dos resultados obtidos na pesquisa realizada entende-se que o trabalho confirma a hipótese de que a população residente dos aglomerados subnormais foi afetada de forma mais intensa pela covid-19, enfrentando maiores

iniquidades de saúde, visto possuir piores condições de habitação e de determinantes sociais de saúde do que os residentes da Zona Residencial 2.

Neste sentido, compreende-se que as contribuições sociais deste trabalho propiciaram a possibilidade de conhecer como ocorreu a dispersão da covid-19 em locais que possuem características diferentes e assim, fomentar questionamentos a respeito do desafio do planejamento urbano para fins de mitigação de efeitos de novas epidemias e pandemias que poderão vir e as ações que poderão ser aplicadas de forma diferente, considerando as particularidades de cada localidade. Para além, a pesquisa instiga novos estudos em pontos específicos que podem ser aprofundados, como por exemplo a dificuldade que os sujeitos que estão em situação de vulnerabilidade apresentaram para falar sobre a contaminação pela doença no ambiente familiar.

Por fim, conclui-se que a habitabilidade está em sintonia com os determinantes de saúde e impactaram sobre a covid-19, visto que essa se dispersa de modo distinto em áreas habitacionais com características diferentes, o que gera novos desafios para as cidades contemporâneas brasileiras ao relacionar habitabilidade como um elemento causador ou potencializador da relação com as doenças.

Ao entender a covid-19 como uma sindemia, que traz prejuízos e é causada por diversos fatores para além dos biológicos, compreende-se que apenas ações em saúde não são suficientes para enfrentá-la, sendo necessário o trabalho intersetorial entre as políticas sociais de habitação, saúde, meio ambiente e infraestrutura para a mitigação de desigualdades, promoção da saúde e garantia da qualidade habitacional.

REFERÊNCIAS

ALFONSIN, B. M. Planejamento Urbano e Plano Diretor no Contexto de Gestão Democrática Pós-Estatuto da Cidade. **Revista Brasileira de Direito Urbanístico - RBDU**. Belo Horizonte, v.1, n.1, p.33-49. 2015.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P.(org). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, p.13-36, 2010.

ALMULHEM, L. C. S. **Teoria do Etiquetamento Social (*Labeling Approach*): um Estudo Aprofundado dos Comportamentos Desviantes**. Monografia (Graduação em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGOIÁS). Goiás, 2021.

AMATO, R. S. Péricles e a peste: o corpo da pólis ou o corpo e a pólis. **Codex: Revista de Estudos Clássicos**. Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.127-136. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 15575:1 Edificações Habitacionais – Desempenho**. Rio de Janeiro. 2010.

AUERBACH, P; OSELAME, G. B; DUTRA, D. A. Revisão histórica da gripe no mundo e a nova H7N9. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**. Brasília, v.2, n.3, p.183-197. 2013.

AZEVEDO, E.B. Patrimônio Industrial no Brasil. **Revista arq.urb**, n.3, p.11-22. 2010.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A. F; CORBO, A. D. (org). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, p.51-86. 2007.

BACKES, M. T. S; et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.111-117. 2009.

BECKER, H. **Outsiders: estudos da sociologia do desvio**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora LTDA. 2008.

BEIRIGO, A. P. T; PEREIRA, I. S; SILVA, P. C. L. Influenza A (H1N1): revisão bibliográfica. **Revista de Saúde e Biologia**. v.12, n.2, p.53-67. 2017.

BELLEI, N; MELCHIOR, T. B. H1N1: pandemia e perspectiva atual. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v. 47, n.6, p.611-617. 2011.

BENEVOLO, L. **História da cidade**. 3ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva. 1997.

BEZERRA, I. M. P; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal of Human Growth and Development**, v.26, n.1, p.1-10. 2016.

BISPO JUNIOR, J. P; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v.37, n.10, p.1-14. 2021.

BOEIRA, S. L; SANTOS, A. C. B; SANTOS, A. G. Estatuto da Cidade: aspectos epistemológicos, sociopolíticos e jurídicos. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: v.43, n.3, p.696-712. 2009.

BONDUKI, N. Uma metodologia para avaliar programas de habitação. In: BARREIRA, M. CARVALHO, M. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

BONI, V; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC**. v. 2, n. 1, p.68-80, 2005.

BORGHI, C. M. S; OLIVEIRA, R. M; SEVALHO, G. Determinação ou Determinantes Sociais de Saúde: texto e contexto na América Latina. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.869-897. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Decreto nº 1.358 de junho de 2006**. Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2006. Disponível em:

<<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/so-bre/a-secretaria/legislacao-1/nacional/portarias/portaria-2006/portaria-1358a-26062006.pdf>> Acesso em: 05 de fev. de 2024.

BRASIL. **Estatuto da Cidade**. Brasília: Senado Federal. 3º ed. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância e Controle da Peste**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a Covid-19?** 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>> Acesso em: 17 de out. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informes de Casos de Arboviroses**. 2024. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informes-de-casos-de-arboviroses>> Acesso em: 06 de março de 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)** - Brasília, Secretaria Nacional de Assistência Social. 2004.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Direito à**

moradia adequada. Brasília, 2013. Disponível em:
<<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000225430/PDF/225430por.pdf.multi>>
Acesso em: 04 de jul. de 2023.

BRASIL, D; et al. Tenda COVID-19: serviço de triagem especializado, uma análise temporal do perfil de pacientes atendidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.74, p.1-8. 2021.

BRITO, N. A. La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. **História, Ciências e Saúde**, v.4, n.1, p.11-30. 1997.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CAFRUNE, M. E. O direito à cidade no Brasil: construção teórica, reivindicação e exercício de direitos. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**. v. 4, n.1, p.185-205. 2016.

CAMPOS FILHO, R. P. A peste, a gripe espanhola e a covid19 – geografizando as pandemias pelo mundo. **Élisée - Revista de Geografia da UEG**. Porangatu, v.9, n.1, p.1-18, 2020.

CARVALHO, A. I; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L; et al. (org). **Políticas e sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.120-142. 2008.

CARVALHO, E. Cidades brasileiras, crescimento e desigualdade social. **Org & Demo**, n.3, p.45-54. 2002.

CASTRO, G. R. O surgimento das cidades. **Revista interdisciplinar de estudos contemporâneos da faculdade de Nova Serrana**. Edição VII, V.1. 2018.

CESTARI, V. R. F. Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.1023-1033. 2021.

COHEN, S. C; et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.12, n.1, 191-198. 2007.

COHEN, S. C; et al. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.807-813. 2004.

COHEN, S. C; KLIGERMAN, D. C; BARCELOS, M. R. B. Espaços saudáveis e sustentáveis, biossegurança e resíduos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v.24, n.3, p.274-283. 2011.

COELHO, M. T. A. D; FILHO, N. A. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências e Saúde**. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.315-333. 2002.

CONSELHO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf> Acesso em: 14 de jun. de 2023.

CORRÊA, R. L; et al. **O espaço urbano**. Ática, 1989.

CORTINA, A. **Aporofobia, a Aversão ao Pobre: um desafio para a democracia**. São Paulo: Editora Contracorrente. 2020.

FERREIRA, A. **A Gripe Espanhola de 1918**. Guimarães: Casa de Sarmiento. Centro de Estudos do Patrimônio. 2020.

FERREIRA, S. C. A Centralidade de Londrina, Maringá, Cascavel, Ponta Grossa e Guarapuava na Rede Urbana do Paraná. **RA'EGA**, v.23, p.6-31. 2011.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em debate**, v. 33, n. 83, p. 380-389. 2009.

FREITAS, B. M. **A Violência no Comércio**: estudo de caso nos bairros de Ponta Grossa. Orientador: Edson Belo Clemente de Souza. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso, Licenciatura em Geografia, Departamento de Geociências, Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa. 2023.

GARBOIS, J. A. **Para a crítica aos Determinantes Sociais de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

GARBOIS, J. A; SODRÉ, F; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social de saúde à de determinantes de saúde. **Revista Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.112, p.63-76. 2017.

GARCIA, E. Pesquisa bibliográfica versus revisão bibliográfica - uma discussão necessária. **Línguas & Letras**, v. 17, n. 35, p.291-294. 2016.

GEOFFROY, A. S; DIAZ, J. P. De la Peste Antonina a la Peste de Cipriano: Alcances y consecuencias de las pestes globales en el Imperio Romano en el siglo III dC. **Revista Chilena de Infectología**. Santiago, v.37, n.4. p.450-455. 2020.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2009.

GILBERT, C. R. La peste a lo largo de la historia. **Revista Enfermedades Emergentes**. Barcelona, v.18, n.3, p.119-127. 2019.

GIORDANO, C. As concepções médicas do século XVIII e a atuação da

administração sobre a higiene pública nas cidades no início do século XIX. **Cadernos PPG-AU/UFBA**, v.7, n.1, p.31-44. 2009.

GOMES, E. M. **Evolução Urbana de Ponta Grossa - PR: uma análise entre as décadas de 1960 e 2000**. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

GONZÁLES, H. Pandemias en la Historia: la peste negra y la gripe española, covid-19 y crisis capitalista. **Revista Chakiñan**. Riobamba, n.14, p.130-145. 2020.

GONZALEZ, V. V. **A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro, 2014.

GROSTEIN, M. D. MetrÓpole e a expansão urbana: a persistência de processos "insustentáveis". **São Paulo em Perspectiva**, v.15, n.1, 2001.

GURGEL, C. B. F. M; ROSA; C. A. P. A varíola no Brasil colonial. **Revista de Patologia Tropical**. v.41, n.4, p.387-399. 2012

HARDT, C; HARDT, L; HARDT, M. Cidades e pandemia: uma história sem fim? **Revista Políticas Públicas & Cidades**. Boletim Semanal: Cidade e Pandemia, 2020.

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

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **Lancet**. v.397, p.874. 2020.

HUBERMAN, L. **História da Riqueza do Homem**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 1986.

INSTITUTO Butantan. **Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia**. 2023. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-o-que-e-uma-pandemia-e-as-diferencas-entre-surto-epidemia-e-endemia#:~:text=Quem%20define%20quando%20uma%20doen%C3%A7a,escala%20da%20dissemina%C3%A7%C3%A3o%20da%20doen%C3%A7a>> Acesso em: 04 de ago. de 2023.

IBGE. **Atlas do Censo Demográfico 2010**. 2010a. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/209_213_Glossario_ATLASDEMO%202010.pdf> Acesso em: 19 de set. de 2023.

IBGE. **Cadastro de Localidades Selecionadas**. 2010b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/27385-localidades.html>> Acesso em: 19 de set. de 2023.

IBGE. **Cidades e Estados**. 2023. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>> Acesso em: 09 de jan. de 2024.

IBGE. **Desemprego recua na maioria dos estados na média anual para 2021**. 2022a. Disponível em Acesso em: 16 de out. de 2022.

IBGE. **Nota Metodológica N. 01 - Sobre a mudança de Aglomerados Subnormais para Favelas e Comunidades Urbanas**. 2024. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102062.pdf>> Acesso em: 06 de mar. de 2024.

IBGE. **Regiões de Influência das Cidades 2018**. 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101728>> Acesso em: 13 de nov. de 2023.

IBGE. **SIDRA: Banco de Tabelas e Estatísticas**. 2010. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/home/ipca/brasil>> Acesso em: 09 de fev. de 2024.

IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: IPEA. 2014.

IRIART, C; et al. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.12, n.2, p.128-136. 2002.

KOHLRAUSCH, A. J. F. **Introdução à História da Arquitetura de Ponta Grossa/PR: As casas de madeira - 1920 a 1950**. Orientadora: Marlene Yurgel. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) - Faculdade de Arquitetura. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**. n.2, p.7-25. 1982.

LEITE, C. M. A; SCHEFFER, S. M; PAULA, D. Os impactos do zoneamento urbano na disseminação da covid-19 no município de Ponta Grossa. **Brazilian Journal of Development**, v.8, n.11, p.76627-76640. 2022.

LIMONAD, E. Novidades na urbanização brasileira? In: ELIAS, D; PEQUENO, R (org.). **Tendências da urbanização brasileira: novas dinâmicas da estruturação urbano-regional**. 1. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital. 2018.

LOURENÇO, L. F. L; et al. A historicidade filosófica do Conceito de Saúde. **Centro de memória da enfermagem brasileira, associação brasileira de enfermagem**, 2012.

MAGALHÃES, M. V; KLEINKE, M. L. U. Projeção da População do Paraná: tendências e desafios. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, n.98, p.27-43. 2000.

- MALHO, L. B; et al. A Ocupação Irregular da Bacia do Arroio da Ronda, em Ponta Grossa - PR, como Fator de Influência nas suas Características Ambientais. In: III Simpósio Nacional de Geografia Agrária - II Simpósio Internacional de Geografia Agrária. Presidente Prudente. **Anais Eletrônicos...** Presidente Prudente: Unesp. 2005. Disponível em:
<<https://www2.fct.unesp.br/nera/publicacoes/singa2005/Trabalhos/Artigos/Lucas%20Bonatelli%20Malho.pdf>> Acesso em: 10 de fev. de 2024.
- MARICATO, E. Urbanização na periferia do mundo globalizado. **São Paulo em Perspectiva**, v.14, n.4, 2000.
- MARTINUCI, O. S; et al. Dispersão da Covid-19 no estado do Paraná. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p.251-262. 2020.
- MATIAS, L. F; NASCIMENTO, E. Geoprocessamento Aplicado ao Mapeamento das Áreas de Ocupação Irregular na Cidade de Ponta Grossa (PR). **Geografia**, v.31, n.2, p.317-330. 2006.
- MEDEIROS, G. L. P; COSTA, E. B; DANTAS, R. A. M. Relações Históricas Entre Epidemias e o Ambiente Urbano no Brasil: Síntese Introdutória. **Revista Projetar**, v.6, n.2, 2021.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, v. 9, p. 237-248, 1993.
- MOURA, R. Paraná: meio século de urbanização. **Revista RA'EGA**, n.8, p.33-44. 2004.
- MUNFORD, L. **A cidade na história: suas origens, transformações e perspectivas**. São Paulo: Editora Martins Fontes. 2004.
- NASCIMENTO, E; MATIAS, L. F. Expansão urbana e desigualdade socioespacial: uma análise da cidade de Ponta Grossa (PR). **Revista Raega - O Espaço Geográfico em Análise**. n.23, p.65-97. 2011.
- NASCIMENTO, E; MATIAS, L. F. O processo de favelização na cidade de Ponta Grossa (PR): notas sobre a dinâmica recente (1989-2004). In: Simpósio Nacional o Rural e o Urbano no Brasil. 2006. São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: USP. 2006. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/308898175_O_PROCESSO_DE_FAVELIZACAO_NA_CIDADE_DE_PONTA_GROSSA_PR_NOTAS_SOBRE_A_DINAMICA_RECENTE_1989-2004> Acesso em: 03 de mar. de 2022.
- NETO, V. C; et al. Desenvolvimento e Integração de Mapas Dinâmicos Georreferenciados para o Gerenciamento e Vigilância em Saúde. **Journal of Health Informatics**, v. 6, n.1, p.3-9. 2014.
- NOGUEIRA, R. **Vulnerabilidade Social e Risco Socioambiental no Território: uma análise a partir dos Centros de Referência de Assistência Social em Ponta Grossa/PR**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade

Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa. 2021.

OLIVEIRA, A. C. R; SAHR, C. L. L. Induções nas transformações do uso e ocupação do solo urbano em Ponta Grossa – PR. **Revista Terra Plural**. v.6, n,1, p.109-123. 2012.

OLIVEIRA, A. C. Análise da Valor Imobiliário no Espaço Urbano de Ponta Grossa - PR. **Revista Espaço Acadêmico**. v.11, n.130, p.119-126. 2012.

OLIVEIRA, J. C. M. A Peste Antonina: a experiência e o impacto de uma pandemia na antiguidade. **Revista Phoênix**. Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.168-183. 2022.

OMS. **Brazil contingency plan to confront an influenza pandemic**. 2005.

Disponível em:

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Nipp_brasill_english.pdf> Acesso em: 04 de ago. de 2023.

OMS. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the Gap in a Generation**. 2008. Disponível em:

<<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>> Acesso em 30 de jan. de 2024.

OMS. **Constitution of the World Health Organization**. 1946. Disponível em:

<<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>> Acesso em: 15 de set. de 2023.

OPAS. **Folha informativa sobre a COVID-19**. 2023. Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/covid19>> Acesso em: 31 de ago. de 2023.

OPAS. **Gendered Health Analysis: Covid-19 in the Americas**. 2021a. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55432/PAHOEGCCOVID-19210006_eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y> Acesso em: 12 de fev. de 2024.

OPAS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 04 de fev. de 2022.

OPAS. **Roteiro para melhorar e garantir a boa ventilação de ambientes fechados no contexto da doença causada pelo novo coronavírus, COVID-19**.

2021b. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53938>> Acesso em: 14 de fev. de 2024.

ORTIZ, R. G. P. La plaga de Justiniano (541-542). **Revista Medicina**. Bogotá, v.42, n.2, p.182-195. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico COVID-19**. 2022.

Disponível em:

<https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-0> Acesso em: 10 de jun. de 2022.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico COVID-19**. 2023. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>> Acesso em: 07 de nov. de 2023.

PINHEIRO, O. M. **Plano Diretor e Gestão Urbana**. 3ª ed. Florianópolis. 2014.

PINTO, M. B; CERQUEIRA, A. S. Reflexões sobre a pandemia da COVID-19 e o capitalismo. Juiz de Fora, **Revista Libertas**, v.20, n.1, p.38-52. 2020.

PLHIS. **Plano Local de Habitação de Interesse Social**. 2011.

PONTA GROSSA. **Coronavírus: Paciente já recuperada é confirmada como 1º caso de transmissão comunitária em Ponta Grossa**. 2020b. Disponível em: Acesso em: 04 de mar. de 2023

PONTA GROSSA. **Coronavírus: Prefeitura divulga primeiro caso da doença em Ponta Grossa**. 2020a. Disponível em: Acesso em: 04 de mar. de 2023.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Boletim Covid Oficial**. 2023. Disponível em: <<https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/boletim-covid/>> Acesso em: 06 de nov. de 2023.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Mapa Território**. 2022. Disponível em: <<https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/mapa-territorio/>> Acesso em: 06 de fev. de 2024.

PONTA GROSSA. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Ponta Grossa. **Plano Diretor Participativo**. 2018. Disponível em: <<https://iplan.pontagrossa.pr.gov.br/plano-diretor-participativo>> Acesso em: 26 de fev. de 2022.

PONTA GROSSA. **Lei municipal nº 6329, de 16 de dezembro de 1999**. Consolida e atualiza a legislação que dispõe sobre o zoneamento de uso e ocupação do solo das áreas urbanas do município de Ponta Grossa. Ponta Grossa, Câmara Municipal, 1999. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/1999/632/6329/lei-ordinaria-n-6329-1999-consolida-e-atualiza-a-legislacao-que-dispoe-sobre-o-zoneamento-de-uso-e-ocupacao-do-solo-das-areas-urbanas-do-municipio-de-ponta-grossa>. Acesso em: 25 de fev. 2022.

PONTA GROSSA. **Revisão do Plano Diretor Participativo**. 2022a

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. 2022b.

PONTES, H. S; PONTES, F. S; MASSUQUETO, L. L. A Covid-19 em Ponta Grossa (Paraná): uma análise da legislação municipal frente à evolução epidemiológica e à segurança sanitária. **Publicatio UEPG**, Ponta Grossa, v.29, p.1-20. 2020.

RAMOS, M. P. Métodos quantitativos e pesquisa em ciências sociais: lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais.

Mediações: revista de ciências sociais. v.18, n.1, p. 55-65. 2013.

REIS, A. C. R. **Habitabilidade Urbana: instrumentos da NBR 15.575 aplicados à cidade.** Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Planejamento Territorial) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, Goiás. 2020.

RIBEIRO, L. C. Q; SANTOS JUNIOR, O. A. Democracia e segregação urbana: reflexões sobre a relação entre cidade e cidadania na sociedade brasileira. **Revista eure,** v.29, n.88, p.79-95. 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, L. S. L; et al. A Atenção Primária do Município de Ponta Grossa no Enfrentamento da Covid-19. In: X Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2021. **Anais eletrônicos...** UFMA. 2021. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/images/trabalhos/trabalho_submissao_id_633_63361244c4aefdcf.pdf> Acesso em: 14 de fev. de 2024.

ROLNIK, R. **O que é a cidade.** São Paulo: Editora Brasiliense. 1995.

SÁ, N. N; SZYLIT, R. Cisheteronormatividade e Luto na Experiência Familiar da Pessoa Não-Cisgênero. **Phatos: Revista Brasileira de Práticas Públicas e Psicopatologia.** v.7, n.1, p.45-72. 2021.

SÁEZ, A. La peste Antonina: una peste global en el siglo II d.C. **Revista Chilena de Infectología.** Santiago, v.33, n.2, p.218-221. 2016.

SANCHEZ-DAVID, C. E. La muerte negra. “El avance de la Peste”. **Revista Med.** Bogotá, v.16, n.1, p.133-135. 2008.

SANTANA, R. B. **Análise dos indicadores de déficit habitacional e inadequação de domicílios.** Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Tecnologia de Produção do Ambiente Construído, Universidade de Brasília, Brasília, DF. 2020.

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus.** Coimbra: Editora Almedina. 2020.

SANTOS, L. A. C. Um Século de Cólera: itinerário do medo. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.79-110. 1994.

SANTOS, M. **Por uma Economia Política da Cidade: o caso de São Paulo.** São Paulo: Editora Hucitec. 1994.

SANTOS, M. **Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico-científico informacional.** 4ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 1998.

SANTOS, M. H. S; TOLEDO, R. A. Cidades Brasileiras e o Capital: segregação e espoliação urbanas e vulnerabilidade. **Revista de Estudios Brasileños**, v.7, n.14. 2020.

SANTOS, M. J. B, et al. Segregação Espacial: Habitação como Determinante Social em Saúde. **Journal of Medicine and Health Promotion**, v.5, n.3, p.213-227. 2020.

SCHATZMAYR, H. G. A varíola, uma antiga inimiga. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1525-1530. 2001.

SCHEFFER, S. M. Cidades: características e política. In: **Políticas Públicas e Sociais: a cidade e a habitação em questão**. 1ª ed. Curitiba: Editora Intersaberes. 2017.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41. 2007.

SEGRE, M; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n.5, p.537-542. 1997.

SENE, T. S; et al. Política urbana da cidade de Ponta Grossa-PR: a ordenação do solo urbano e a sua relação com os recursos hídricos. **Serviço Social em Revista**. v.23, n.1, p.160-177. 2020.

SILVA, E. C. M; NETO, B. M. L. A Praga de Cipriano de Cartago (C.249-270 d.C.): uma resposta política e social à pandemia. **Revista Phoênix**. Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.157-187. 2020.

SILVA, F. B. **Novos Desafios à Gestão Local: limites, avanços e perspectivas nos marcos das políticas habitacionais nos municípios da RMBH a partir do Estatuto da Cidade**. Orientadora: Flávia de Paula Duque Brasil. 2013. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Administração Pública, Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: Acesso em: 22 de mar. de 2023.

SILVA, J. L. P. A peste em Atenas: lições para os tempos de pandemia de Covid-19. **Revista Internacional de Filosofia**. Santa Maria, v.11, p.1-11. 2020.

SILVA, L. B; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. V. C; SILVA, L. B; MACHADO, T. O. (Orgs.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula. 2022.

SILVA, M. H. A; PROCÓPIO, I. M. A fragilidade do sistema de saúde brasileiro e a vulnerabilidade social diante da COVID-19. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 33, p.1-12. 2020.

SOLAR, O; IRWIN, A. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. WHO - World Health Organization. 2010.

- SOURNIA, J. C; RUFFIE, J. **As epidemias na história do homem**. Lisboa: Edições 70. 1984.
- SOUSA, M. E. A. Efeitos da Pandemia de Covid-19 Sobre as Mulheres em Situação de Pobreza. **Publicatio UEPG: Ciências Sociais Aplicadas**. v.29, p.1-17. 2021.
- SOUZA, P. R. R; et al. Pandemias pelo Mundo. **ANALECTA - Centro Universitário Academia**. Juiz de Fora, v.8, n.1, p.1-22. 2022.
- SPOSITO, M. E. B. **Capitalismo e urbanização**. 14ª ed. São Paulo: Contexto. 2004.
- SPOSITO, M. E. B. Formas Espaciais e Papéis Urbanos: as novas qualidades da cidade e do urbano. **CIDADES**. Chapecó, v.7, n.11, p.123-147. 2010.
- STAMOULIS, K. V. G; MADALOZZO, N. Expansão Urbana em Ponta Grossa: uma análise sobre seus processos e suas consequências. **Revista Ciência Geográfica**, v.XXVI, n.4, p. 2715-2739. 2023.
- STARON, G; GADOWSKI, M. A. **Equipamentos Urbanos em Ponta Grossa - PR: uma análise da distribuição na região da Chapada**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia Civil). Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa. 2023.
- TOLEDO JR, A. C. C. História da varíola. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v.15, n.1, p.58-65. 2005.
- VASCONCELOS, L. Urbanização - Metrôpoles em movimento. **Revista Desafios do Desenvolvimento**. IPEA. v.3, n.22, s/p. 2006.
- VIANNA, L. A. C. **Processo Saúde-Doença**. 2011. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/332141/mod_resource/content/1/Vianna%20-%20Processo%20sa%C3%BAde%20doen%C3%A7a.pdf> Acesso em: 16 de set. de 2023.
- VILLAÇA, F. São Paulo: segregação urbana e desigualdade. **Estudos Avançados**, v.25, n.71, 2011.
- WERNECK, G. L; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.3, p. 1-4. 2020.
- WILKINSON, R.; MARMOT, M. (Eds.). Social determinants of health: the solid facts. 2. ed. Copenhagen: WHO, 2003. Disponível em:<https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf> Acesso em: 29 de jan. de 2024.
- ZAMPIETRO, J. M. Uma praga sui generis: novos caminhos para o estudo da mortalidade da Praga de Justiniano (541-750). **Revista Ensaios de História**. Franca, v.20, n.1-2, p.1-19. 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa tem por título: A dispersão da covid-19 no município de Ponta Grossa-PR: uma análise das vulnerabilidades socioeconômicas e de risco à saúde e está sendo desenvolvida por Charon Mahrara de Araújo, aluna de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Sandra Maria Scheffer.

A covid-19 afetou toda a população, no entanto de modo distinto entre as classes sociais, em especial nas condições de habitação e enfrentamento da doença. Os determinantes sociais de saúde, que abarcam fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e comportamentais, assim o contexto social, o modo de produção, organização do mercado, relações de trabalho devem ser levados em conta na análise do processo saúde-doença. Assim como o planejamento urbano, para esta pesquisa principalmente condições de moradia e mobilidade urbana, também são fundamentais para a compreensão da dispersão do vírus. Portanto esta pesquisa tem como objetivo identificar como ocorreu a dispersão da covid-19 no município de Ponta Grossa-PR de março de 2020 a março de 2022, com ênfase nos determinantes sociais de saúde e situação de moradia.

Assim solicitamos a sua colaboração para o preenchimento de questionário, com tempo médio de duração de 5 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em Dissertação, eventos da área, e em publicação em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. O risco que se apresenta para o desenvolvimento da presente pesquisa trata-se dos sentimentos diante da doença dos sujeitos ao responderem o questionário.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da pesquisadora responsável

Considerando que eu _____, com a função de _____ fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Ponta Grossa, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Contato com a pesquisadora responsável: caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para Charon Mahrara no telefone: (42) 99980-8675.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPG - Universidade Estadual de Ponta Grossa: Av. Carlos Cavalcanti, 4748 – Uvaranas, Bloco da Reitoria - Sala 22, Campus Uvaranas, CEP: 84030- 900, Ponta Grossa – PR. E-mail: propespsecretaria@uepg.br Telefone: (42) 3220-3282

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE/HABITABILIDADE

1. Identificação

1.1. Entrevistado ____: () Aglomerados subnormais
() ZR2

1.2. Endereço:

1.3. Foi infectado pela covid-19 entre março de 2020 e março de 2022?

- () Sim
() Outra pessoa da residência

2. Determinantes sociais de saúde: Idade, gênero e fatores hereditários

2.1. Idade:

2.2. Gênero: () Mulher cisgênero

() Mulher transgênero

() Homem cisgênero

() Homem transgênero

() Outro: _____

() Prefiro não responder

2.3. Você se autodeclara: () Preto/Negro

() Branco

() Amarelo

() Indígena

() Pardo

3. Covid-19

3.1. Quantas vezes foi infectado? _____

3.2. A(s) pessoa(s) infectada(s) possui(em) alguma doença crônica?

Sim () Não ()

3.3. Se sim, qual? _____

3.4. Quantas pessoas que moram com você foram infectadas? _____

3.5. Quais foram os principais sintomas?

3.6. Forma de contágio: _____

3.7. Houve necessidade de hospitalização por parte da(s) pessoa(s) infectada(s)? Sim () Não ()

3.8. Processo de recuperação: () Totalmente recuperado

() Com alguma sequela

() Óbito

4. Determinantes sociais de saúde e habitabilidade - ambiência: Redes sociais e comunitárias

4.1. Participa ou já participou de alguma atividade na comunidade?

Sim () Não ()

4.2. Se sim, qual? _____

4.3. Quando esteve infectado pela covid-19, teve colaboração de algum órgão da comunidade? Sim () Não ()

4.4. Se sim, de qual órgão e de que modo? _____

4.5. Durante o período em que esteve infectado utilizou alguma forma de transporte? Sim () Não ()

4.6. Se sim, qual? _____

5. Determinantes sociais de saúde: Condições de vida e trabalho

5.1 Trabalho

5.1.1. Nível de escolaridade: () Ensino fundamental completo

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino superior

5.1.2. Ocupação: _____

5.1.3. Durante o período em que esteve infectado, possuía vínculo empregatício (com registro em carteira de trabalho)?

Sim () Não ()

5.1.4. Renda familiar: _____

5.2. Condições de vida

5.2.1. Durante o período em que esteve infectado, possuía acesso à internet?

Sim () Não ()

5.2.2. Durante o período em que esteve infectado, teve acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS)? Sim () Não ()

5.2.3. Durante o período em que esteve infectado, em caso de necessidade, teve acesso à Unidade de Pronto Atendimento (UPA)? Sim () Não ()

5.2.4. Durante o período em que esteve infectado, em caso de necessidade, teve atendimento hospitalar? Sim () Não ()

5.2.5. Durante o período em que esteve infectado, encontrou alguma das dificuldades para acessar os equipamentos de saúde?

() Tempo de deslocamento

() Dificuldade financeira

() Distância

() Outras: _____

6. Habitabilidade: condições de habitação

6.1. Material de construção da habitação: _____

6.2. Material do telhado da habitação: _____

6.3. Número de moradores: _____

6.4. Dos moradores, quantos são pessoas idosas? _____

6.5. Dos moradores, quantos possuem doenças crônicas? Cite quais.

6.6. Cite o número de cômodos da habitação (ex: 1 banheiro, 2 quartos, 1 sala, 1cozinha)

6.7. Os cômodos da habitação possuem janelas voltadas para a área exterior?

Todos os cômodos possuem ()

Não possuem ()

Alguns cômodos (): _____

6.8. A habitação possui rede de esgoto? Sim () Não ()

6.9. A habitação possui água encanada por rede oficial (Sanepar)?

Sim () Não ()

6.10. O registro de água é individual ou compartilhado com demais habitações?

6.11. A habitação possui coleta de lixo por rede oficial? Sim () Não ()

6.12. A habitação possui iluminação por rede oficial (Copel)? Sim () Não ()

6.13. Levando em consideração a habitação, foi possível realizar o isolamento da pessoa infectada? Sim () Não ()

6.14. Descreva de que modo se deu o isolamento da(s) pessoa(s) infectada(s) (se ficou todo o processo de isolamento em um quarto separado, se utilizou banheiro separado dos demais moradores, se precisou utilizar algum cômodo em comum com os demais moradores, etc.)

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A DISPERSÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA-PR: UMA ANÁLISE DAS VULNERABILIDADES SOCIOECONÔMICAS E DE RISCO À SAÚDE

Pesquisador: CHARON MAHRARA DE ARAUJO LEITE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70319623.4.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.106.928

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

A DISPERSÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA-PR: UMA ANÁLISE DAS VULNERABILIDADES SOCIOECONÔMICAS E DE RISCO À SAÚDE. A população residente dos aglomerados subnormais foram afetados de forma mais intensa pela covid-19, enfrentando maiores iniquidades de saúde e visto possuir piores condições de habitação e de determinantes sociais de saúde do que os residentes da Zona Residencial 2.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar como ocorreu a dispersão da covid-19 no município de Ponta Grossa-PR de março de 2020 a março de 2022, com ênfase nos determinantes sociais de saúde e situação de moradia.

Objetivo Secundário:

Analisar a distribuição dos casos confirmados de Covid-19 no zoneamento urbano do município de Ponta Grossa; Comparar a distribuição dos casos confirmados da covid-19 em Ponta Grossa nos aglomerados subnormais e na Zona Residencial 2; Compreender os determinantes sociais de saúde

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.106.928

e condições de habitação no município de Ponta Grossa com base em indicadores de saúde e do planejamento urbano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Compreende-se que o principal risco que se apresenta para o desenvolvimento da presente pesquisa trata-se dos sentimentos diante da doença dos sujeitos ao responderem o questionário.

Benefícios:

Destaca-se o conhecimento a respeito da dispersão da covid-19 de acordo com o zoneamento urbano, bem como dos determinantes de saúde no município de Ponta Grossa, possibilitando a prevenção e mitigação de novas epidemias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Covid-19 encontrou no Brasil um cenário de vulnerabilidade socioeconômica com altas taxas de desemprego e cortes em políticas sociais. Afetou toda a população, no entanto de modo distinto entre as classes sociais, em especial nas condições de habitação e enfrentamento da doença. Os determinantes sociais de saúde abarcam fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais e comportamentais, assim o contexto social, o modo de produção, organização do mercado, relações de trabalho devem ser levados em conta na análise do processo saúde-doença. Estudos apontam para a relação entre a covid-19 e determinantes sociais de saúde, assim, entende-se que localidades com maior desigualdade na distribuição da renda, podem ser mais afetadas, tendo maiores taxas de letalidade e mortalidade. As ações de prevenção não foram economicamente acessíveis a todos, sendo os grupos vulneráveis mais propensos ao contágio. Fatores como condições de moradia, crescimento desordenado das cidades e socioeconômicos também podem influenciar a proliferação do vírus. Deste modo, o presente projeto de pesquisa tem por objetivo identificar como ocorreu a dispersão da covid-19 no município de Ponta Grossa-PR de março de 2020 a março de 2022, com ênfase nos determinantes sociais de saúde e situação de moradia. Para que seja possível, serão utilizadas como metodologia a pesquisa quali-quantitativa, pesquisa bibliográfica e documental, entrevistas com aplicação de questionário com o intuito de

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 6.106.928

identificar de que forma ocorreu a dispersão da Covid-19 nos aglomerados subnormais do município de Ponta Grossa, além da Zona Residencial 2, buscando tecer um comparativo da dispersão/enfrentamento perante classes sociais distintas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatório estão corretamente preenchidos e anexados na Plataforma. Em anexo e de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Enviar o relatório final ao término do projeto de pesquisa por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto foi aprovado sem restrições, após avaliação documental. O projeto se encontra dentro dos princípios éticos e metodológicos, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 e 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2121126.pdf	29/05/2023 14:10:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Charon_rev.pdf	29/05/2023 14:09:40	CHARON MAHRARA DE ARAUJO LEITE	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_Charon.pdf	02/05/2023 12:52:48	CHARON MAHRARA DE ARAUJO LEITE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_DE_MESTRADO.pdf	27/04/2023 22:52:43	CHARON MAHRARA DE ARAUJO LEITE	Aceito

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 6.106.928

Investigador	PROJETO_DE_MESTRADO.pdf	27/04/2023 22:52:43	CHARON MAHRARA DE ARAUJO LEITE	Aceito
Outros	Questionario.pdf	27/04/2023 22:28:12	CHARON MAHRARA DE ARAUJO LEITE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 07 de Junho de 2023

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** propespsecretaria@uepg.br