

PANDEMIA, HIGIENISMO E SANEAMENTO BÁSICO: UMA LEITURA DA POLÍTICA URBANA EM TEMPOS DE COVID-19**PANDEMIC, HYGIENISM AND BASIC SANITATION: A READING OF URBAN POLICY IN TIMES OF COVID-19**

Pedro Henrique Ramos Prado Vasques¹
Angela Moulin Simões Penalva Santos²

RESUMO

O trabalho objetiva destacar a relação entre pandemia, higienismo e planejamento urbano focalizando a política de saneamento básico. Concentra seus esforços em analisar as peculiaridades do discurso higienista contemporâneo a fim de aventar possíveis impactos no planejamento urbano de grandes metrópoles, tomando a cidade do Rio de Janeiro por referência. Para fazê-lo, inicialmente, situa o saneamento básico como uma dimensão da política urbana e, em seguida, recupera de forma sintética as práticas higienistas na aurora do planejamento urbano. Ambos estágios são executados a partir de pesquisa bibliográfica. No terceiro momento, a partir de dados públicos disponíveis, dedica-se ao estudo da incidência da Covid-19 na metrópole carioca comparando-a com São Paulo e Brasília. Por meio das interpretações desenvolvidas, passa, então, a discutir possíveis impactos na abordagem higienista para lidar com a atual pandemia. O trabalho conclui sustentando que a versão

¹ Pós-doutorando pelo INCT-INEU. Doutor em Ciência Política na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Doutorando em Direito da Cidade na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Direito da Cidade na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Graduado em Direito na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Especialista em Direito Ambiental Brasileiro na PUC-Rio. Atuou no setor de Direito Ambiental como advogado associado de grandes escritórios nacionais e chefiou o Serviço de Regularização Fundiária do Instituto Estadual do Ambiente no Rio de Janeiro (SERF/INEA). UNICAMP/INCT-INEU – Brasil. ORCID Id: <http://orcid.org/0000-0003-4032-3245> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4818289781780847> E-mail: pedrohvasques@gmail.com

² Possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1977), mestrado em Engenharia da Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1980), doutorado (1990) e pós-doutorado (2009) em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2019). Tem experiência na área de Planejamento Urbano e Regional, com ênfase em Aspectos Econômicos do Planejamento Urbano e Regional, atuando principalmente nos seguintes temas: descentralização e pacto federativo, desenvolvimento econômico, cidades médias, rio de janeiro e desenvolvimento regional. É bolsista de produtividade em pesquisa do CNPQ desde 2002 e do Programa PROCIENCIA/UERJ desde 1996. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Brasil. ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-9632-9622> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9927400503969971> E-mail: penalvasantosangela@gmail.com

contemporânea do higienismo – ao menos diante da atual conjuntura – não necessariamente espelha as antigas práticas de transformação do território a partir de intervenções diretas sobre ele. Ao contrário, concentra-se em legitimar e estimular novas estratégias de controle da circulação e permanência dos indivíduos na cidade, suscitando impactos e críticas peculiares em relação aqueles associados às antigas intervenções higienistas.

Palavras-chave: Pandemia, Higienismo, Saneamento básico, Planejamento urbano, Rio de Janeiro

ABSTRACT

The work aims to highlight the relationship between the pandemic, hygienism and urban planning, focusing on basic sanitation policy. It centers its efforts on analyzing the peculiarities of contemporary hygienist discourse in order to come up with possible impacts on the urban planning of large metropolises, taking the city of Rio de Janeiro as a reference. To do so, initially, it situates basic sanitation as a dimension of urban policy and, afterwards, it synthetically recovers hygienist practices at the dawn of urban planning. Both stages are performed based on bibliographic research. In the third moment, based on available public data, it analyzes the incidence of Covid-19 in the metropolis of Rio de Janeiro, comparing it with São Paulo and Brasília. Through the interpretations developed, it then goes on to discuss possible impacts on the hygienist approach to deal with the current pandemic. The paper concludes by arguing that the contemporary version of hygienism – at least given the current situation – does not necessarily reflect former practices of transforming the territory through direct interventions. On the contrary, it focuses on legitimizing and stimulating new strategies to control the circulation and permanence of individuals in the city, giving rise to specific impacts and criticisms in relation to those associated with former hygienist interventions.

Keywords: Pandemic, Hygienism, Basic Sanitation, Urban Planning, Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O higienismo está associado à emergência do Planejamento Urbano, sendo utilizado como argumento técnico contra as “patologias urbanas” que o adensamento das cidades experimentava desde meados do século XIX. Sob essa abordagem, em regra, foi largamente empregado para escamotear interesses empresariais na apropriação das cidades, impactadas pelo processo de industrialização, que as tornava, pela primeira vez na história, produtivas. O rápido processo de

urbanização brasileiro não foi acompanhado de políticas públicas que proporcionassem à população acesso à infraestrutura urbana, nem mesmo à moradia ou ao saneamento básico. Parcela significativa dos urbanitas foi levada, assim, a autoconstrução ou aos loteadores irregulares, em regra, à margem da legislação. O resultado foi uma “urbanização periférica” expandindo o território, mas sem levar a cidade (redes de infraestrutura) às franjas urbanas.

No Rio de Janeiro do início do século XX, as doenças infectocontagiosas, como varíola e febre amarela, foram combatidas com reformas urbanas em que técnicas higienistas seriam experimentadas para melhorar as condições de circulação do ar e das águas na cidade. Mas a diminuição da densidade nas áreas reformadas não foi acompanhada de políticas habitacionais para realocar as populações que foram desalojadas pelas obras, o que suscitou outros problemas. Neste início de terceira década do século XXI, os cariocas – e o resto do mundo – experimentam uma epidemia de uma doença causada por um vírus novo, a Covid-19, cujo enfrentamento está suscitando nova abordagem de corte higienista do planejamento urbano. Desta vez, contudo, a elevada densidade demográfica conjuga-se à falta de acesso de saneamento básico, num contexto em que as principais orientações médicas referem-se ao isolamento social e higienização das mãos frequentemente.

Neste artigo, vamos destacar a relação entre pandemia, higienismo e planejamento urbano focalizando a política de saneamento básico, cujo novo marco regulatório acaba de ser aprovado. O objetivo é analisar o que há de novo no argumento higienista contemporâneo para aventar possíveis impactos no planejamento urbano de grandes metrópoles, tomando a cidade do Rio de Janeiro por referência. O artigo está estruturado em 6 seções, sendo esta, introdutória, a primeira delas. Na segunda, situamos o saneamento como uma das dimensões da política urbana, enquanto que, na terceira, sintetizamos o argumento higienista na aurora do Planejamento Urbano. A quarta seção é dedicada à análise espacial da incidência da Covid-19 na metrópole carioca, comparando-a com as outras duas metrópoles situadas no ápice da rede urbana brasileira, São Paulo e Brasília. Estes números serão utilizados para discutir possíveis impactos na abordagem higienista empregada na atual pandemia, objeto da quinta seção. Na sexta e última, serão feitos comentários conclusivos.

1. SANEAMENTO COMO UMA DAS DIMENSÕES DA POLÍTICA URBANA

A política urbana no Brasil foi instituída normativamente quando o processo de industrialização já estava em curso, intensificando o índice de urbanização de sua população. Foi um

processo muito acelerado, alimentado pelas migrações rural-urbanas e formação de extensas áreas metropolitanas. A década de 1960 foi o período em que houve a institucionalização da política urbana, tendo sido criado o Serviço Federal de Habitação e Urbanismo (SERFHAU), em 1964. Ao longo das décadas de 1960 e 1970, o governo federal instituiu políticas de controle do território por meio da construção de um conjunto de redes de infraestrutura (viária, elétrica, comunicacional), mas também cuidou de introduzir políticas urbanas e metropolitanas, em face da crescente polarização espacial da população nas grandes cidades (Becker e Egler, 1993; Santos, 2017b). A política habitacional recebeu tratamento prioritário, num contexto de déficit habitacional frente à aceleração das migrações internas. O Banco Nacional de Habitação, criado junto do SERFHAU, em 1964, financiaria a crescente produção imobiliária urbana, mas logo passaria a também centralizar o financiamento da política de saneamento, prevista pelo PLANASA em 1969 (Santos & Santos, 2014).

Durante o regime militar (1964-85), houve grande avanço nas políticas territoriais, seja de articulação do espaço nacional e regional, mas também local, isto é, de âmbito municipal, principalmente em áreas metropolitanas e cidades de médio porte (Andrade & Serra, 2001). Foram políticas produzidas sob um viés autoritário, e que se caracterizaram por sua centralização em torno dos planos nacionais controlados pela União. Em tal cenário, o planejamento urbano estava identificado com as necessidades de estruturação do território pelo setor industrial (Monte-Mór, 2005), o que resultou na organização das cidades para o uso do automóvel (Santos, 2003). As reformas urbanas então realizadas estavam muito identificadas com obras públicas e expulsão dos pobres das áreas mais bem servidas de infraestrutura urbanística. A elitização socioeconômica destes territórios foi sendo acompanhada por crescimento extensivo das cidades num processo de autoconstrução nas franjas urbanas, informal e a despeito da legislação em vigor. Mas essa informalidade se traduzia em preços baixos da terra urbana, acessíveis àquela população economicamente vulnerável. Em tais condições, a expansão das cidades passou a se traduzir em crescentes irregularidades urbanísticas e fundiárias, ampliando o passivo social ao qual o poder público passou a ser cobrado na redemocratização do país (Holston, 2013; Santos & Cruz, 2018).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um novo pacto social, ampliando direitos e criando a expectativa de que a “urbanização periférica” característica da experiência brasileira seria superada pela formulação de políticas sociais, aí incluída a política urbana (Maricato, 2011). A evidência de que mais de 80% da população vive em cidades, sendo que aproximadamente 55% em regiões metropolitanas, suscitou a percepção de que a reforma urbana se tornara uma premissa para mitigar aquele passivo social acumulado ao longo do século XX (Santos, 2017a; 2017b). Esta nova abordagem

de reforma urbana estava em linha com a agenda da Agência Habitat/ONU. Se em sua primeira Conferência (Vancouver, Canadá, em 1976), havia ainda grande expectativa de que o Estado era forte o suficiente para controlar os efeitos do acelerado processo de urbanização da população mundial, na segunda conferência (Istambul, Turquia, em 1996), a política urbana era vista como uma das dimensões das políticas sociais. A ONU assumia, então, a defesa de instrumentos jurídicos e urbanísticos para estimular o acesso à moradia adequada, entendida como aquela regularizada urbanisticamente, isto é, provida de infraestrutura urbana³. A partir desse período, o saneamento básico passou a ser entendido como parte da infraestrutura que permitia que uma moradia pudesse ser considerada adequada, tornando o investimento no setor uma premissa para a regularização urbanística. Com a eclosão, em 2020, da pandemia de Covid-19, o acesso aos serviços de saneamento básico tornou-se um fundamento ainda mais urgente da política urbana no Brasil.

2. A COVID-19 REMETE PARA A ESTRATÉGIA DO PLANEJAMENTO URBANO DA PERSPECTIVA HIGIENISTA

O planejamento urbano tem uma dimensão regulatória que é anterior à Revolução Industrial, mas se tornou mais relevante com a transformação da cidade em *lócus* da industrialização, suscitando a crescente polarização espacial da população e das atividades econômicas. Esta dinâmica, por sua vez, elevou a responsabilidade dos governos na realização de investimentos em bens públicos, caso das infraestruturas urbanísticas as quais toda a população deve aceder. Muitas delas, inclusive, tornaram-se direitos sociais recepcionados pelas constituições de países, como é o caso brasileiro. Se a regulação do uso do solo depende apenas de legislação, o investimento implica em disputa por alocação orçamentária que, por sua vez, envolve fontes de financiamento. Neste cenário, o planejamento urbano enfrentou uma mutação ao longo do tempo, mas partiu de discursos higienistas para enfrentar doenças infectocontagiosas que a elevação da densidade demográfica suscitava. Nesta seção, vamos focalizar o sentido do higienismo com base no paradigma francês para depois situar seu impacto no Brasil.

³ Em 2016, houve uma terceira cúpula da Agência Habitat, em Quito, Equador, quando foi aprovada a Nova Política Urbana que passou a estimular articulações regionais para prestação de serviços públicos e atuação conjunta do poder público com o empresariado, sob regulação do Estado

2.1. Higienismo na aurora da regulação urbanística

O higienismo estuda a influência que o meio exerce sobre as pessoas, podendo provocar alterações significativas no cotidiano desses indivíduos e na forma das cidades. Nesta abordagem, a ordem pública passa a ser percebida a partir da necessidade de reordenação do espaço público. De acordo com o médico e escritor Moacyr Scliar (Folha de SP, 24/9/1995)⁴,

(...) as doenças infecciosas acompanham o ser humano desde seu surgimento; até mesmo as múmias de faraós egípcios mostram marcas de varíola (...) a lepra ocupa um bom espaço do Antigo Testamento, a malária apressou o fim do Império Romano, a peste aterrorizou a Idade Média, a sífilis acabou com a euforia renascentista, a tuberculose inspirou os românticos – e os liquidou também. Mas a causa de tais pestilências continuava um mistério.

Quem o decifrou foi Louis Pasteur, dando início à revolução bacteriologista. Assim, ainda segundo Scliar, “pela primeira vez na história da Medicina identificava-se, com certeza, a causa de doenças. Mais do que isso, era possível produzir agentes imunizantes capazes de evita-las”. No site da FIOCRUZ, ao buscar o termo “revolução pasteuriana”, encontramos que “a ciência dos micróbios” proporcionou à Medicina meios muito mais eficientes para enfrentar o flagelo das epidemias, intensificado com a expansão das aglomerações urbanas e do comércio mundial”⁵.

A associação entre capitalismo industrial e expansão urbana a partir do século XIX levou ao surgimento de cidades insalubres. Na Inglaterra, país da industrialização originária, esta questão iria dar origem à legislação urbanística, suscitando preocupação entre uma ordem liberal na economia e o controle sobre o ordenamento urbano em benefício do interesse público (Benévolo, 1963). Esse conflito marcou também a França, onde a reforma de Paris, empreendida por Haussmann durante o II Império (décadas de 1850 e 1860), transformou todo o centro da cidade, adaptando-a à dinâmica do capitalismo industrial (Pinkney, 1958, Harvey, 2015). Foi nessa ocasião que o higienismo foi empregado para justificar aquela intervenção radical na capital francesa. Segundo Virginie Chasles (2016),

(...) num primeiro momento isso vai se materializar essencialmente através da melhoria da circulação das águas (canalização das águas servidas) e dos ares (alargamento das ruas), tendo em vista a liberação da cidade de seus miasmas, tornando-a mais salubre. Os grandes trabalhos de saneamento empreendidos em Paris por Haussmann entre 1853 e 1869 são bastante ilustrativos. Na época, os médicos vão defender o isolamento ou o afastamento das populações urbanas das atividades nefastas para a saúde (indústria).

⁴ <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1995/9/24/mais!/17.html> (último acesso em 18.09.2020).

⁵ <https://portal.fiocruz.br/> (último acesso em 18.09.2020)

Conter atividades poluidoras através do zoneamento, alargar ruas, multiplicar e aumentar praças, favorecer a circulação do ar e destruir os bairros demasiado densos passou a ser o objetivo dos urbanistas. Os engenheiros tornam-se, então, os atores principais da cidade e começam a realizar grandes trabalhos de saneamento.

A revolução pasteuriana transformou ao mesmo tempo a medicina e o urbanismo. Segundo ainda Chasles (p.70), “agora são os microrganismos (germes, micróbios e bactérias) que são identificados como únicas e verdadeiras causas das infecções, e que vão ser perseguidos”. A assepsia dos espaços é necessária para matar o germe, desinfetando e esterilizando em meio medicinal e introduzindo a luz e o sol na cidade e nas habitações. Interessante destacar que as grandes obras públicas não foram realizadas por todo o território urbano, mas foram concentradas no centro da capital. Vale dizer, o discurso higienista justificava a limpeza de áreas, mas não de forma homogênea no território densamente ocupado.

Em seu livro “Paris, capital da modernidade”, David Harvey (2015) analisa a reforma urbana que teria feito emergir uma nova sociabilidade na capital francesa. Neste livro, o autor visa discutir como as grandes obras realizadas no II Império estavam relacionadas com o avanço do capitalismo industrial na França, o que teria levado a que os excedentes de capital fossem canalizados, via sistema financeiro, para Paris, onde também convergiam os excedentes populacionais, que se intensificaram com os avanços na Medicina, aumentando a expectativa de vida da população. A revolução de 1848 teria permitido emergir uma ordem burguesa, responsável pela quebra da ordem monástica para proclamar a república, elegendo Luís Napoleão presidente, mas que se transformaria no Imperador Napoleão III em 1851. Durante seu governo, a Reforma Haussmann teria sido o escoadouro dos excedentes de capital e mão de obra, mas teria gerado uma crise social que eclodiria com a Comuna de Paris, em 1871, logo após a queda do II Império e da derrota na guerra franco-prussiana.

Segundo este autor, compreender as transformações urbanas na Reforma Haussmann envolve articular três temas – capital financeiro, interesse imobiliário e Estado – e de como eles estão vinculados, como parte da distribuição do excedente social em juros, alugueis e impostos.

Os excedentes de capital e força de trabalho, tão flagrantes em 1848, seriam absorvidos em longo prazo mediante um programa de investimentos maciço no meio ambiente construído que focava na melhoria das relações espaciais (...) o que talvez tenha sido a primeira grande crise do capitalismo fora superada, ao que parecia, por meio de investimentos de longo prazo dos excedentes de

capital e de trabalho na reorganização do sistema de transporte e comunicações. (Harvey, 2015)

Para realizar a reforma urbana, Haussmann utilizou-se de legislação que permitia efetuar desapropriações de áreas mais extensas do que as necessárias para as obras. Ao fim dos trabalhos, as áreas adjacentes eram vendidas pelo preço mais elevado da área renovada. A diferença entre o que o poder público pagava aos proprietários desapropriados e os valores pelos quais vendia os terrenos valorizados pelas obras públicas gerava uma renda diferencial que o Estado se apropriava para financiar as reformas (Pinkney, 1958). Essa estratégia, aceita nos anos 1850, passaria a ser atacada na década seguinte até a queda do prefeito, em 1869. Mas, “quando Haussmann foi demitido, o processo de transformação urbana posto por ele em andamento já tinha assumido tal dimensão que era quase impossível detê-lo” (Harvey, 2015).

A reforma urbana de Paris se tornaria um paradigma no planejamento urbano, submetendo os paroquialismos individuais à visão de evolução racional e ordeira das relações espaciais da cidade. Mas Harvey (2015) considera que “foi a amplitude da escala e a abrangência do plano e da concepção que asseguraram o lugar de Haussmann como uma das figuras precursoras do planejamento urbano modernista”. E ainda, “as novas relações espaciais tiveram efeitos poderosos na economia, na política e na cultura parisienses, e seus efeitos sobre a sensibilidade dos moradores da cidade foram inúmeros” (...) Haussmann defendia que a cidade cumpriria melhor seu dever proporcionando empregos, não assistência social”. E finaliza, “a importância dada à saúde, à higiene e à revitalização do corpo e da psique humanos também foi contemplada por Haussmann mediante o acesso aos poderes curativos da natureza “pura”, que estava por trás de uma série de propostas feitas pelos “higienistas” da década de 1830”.

Na seção a seguir, vamos discutir como essa visão higienista da cidade impactou na reforma urbana do Rio de Janeiro, a capital da República, cuja ordem colonial deveria ser superada para fazer nascer uma cidade modernista num país que se modernizava.

2.2. Higienismo e a Reforma Pereira Passos

O higienismo associado à reforma urbana chegou ao Brasil no início do século XX, quando o Presidente Rodrigues Alves escolheu o engenheiro Francisco Pereira Passos para governar o então Distrito Federal, a cidade do Rio de Janeiro. Indicou ainda Oswaldo Cruz como Diretor-geral da Saúde Pública, um embrião de Ministério da Saúde, então inexistente. Modernizar a capital da República

recém proclamada e livrá-la de doenças infectocontagiosas como a varíola, febre amarela, cólera e tuberculose eram tratados como prioridades governamentais.

Como no caso francês, também aqui “os cientistas da Higiene formularam políticas públicas voltadas para a promoção de melhorias nas condições de salubridade vigentes na Corte e no país em geral (...) Naturalmente, escolheram priorizar algumas doenças em detrimento de outras” (...) Tratava-se de combater as doenças hostis à população branca, e esperar que a miscigenação – promovida num quadro demográfico modificado pela imigração europeia – e as moléstias reconhecidamente graves entre os negros lograssem o embranquecimento da população, eliminando gradualmente a herança africana da sociedade brasileira” (Chaloub, 1996).

Esse enfrentamento desigual às moléstias que assolavam o país, e sua capital, em particular, foi analisado por Sidney Chaloub para quem a derrubada do cortiço Cabeça de Porco (1893) delimita uma forma do poder público lidar com a desigualdade social numa cidade em intenso crescimento demográfico, seja por conta da imigração, seja devido à libertação dos escravos, muitos dos quais vivendo “sobre si” desde antes da Lei Áurea (1888). Segundo este autor, dois pontos são fundamentais: o primeiro refere-se à ideia de que “classes pobres” sejam consideradas equivalentes à de “classes perigosas”; o segundo, é a percepção de que uma cidade pode ser apenas administrada, vale dizer, de acordo com critérios unicamente técnicos. Neste contexto, os médicos se tornaram a fonte única do saber que justificava a intervenção no território urbano pela ação dos engenheiros.

A partir da década de 1870, a disseminação da febre amarela estará relacionada aos “meios de vida”. O chefe da Junta de Higiene “achava que podia determinar com precisão que os primeiros casos de febre amarela no surto de 1873 haviam ocorrido em quarteirões onde os esgotos andavam entupidos e as condições de habitação eram mais precárias”. E prossegue o historiador, afirmando que “a identificação dos cortiços como os focos geradores dos germes de febre amarela foi fato de enorme significado simbólico e político”.

Para entender a prioridade no combate à febre amarela em detrimento de outras doenças infectocontagiosas, que atingiam mais os negros (cólera e tuberculose), é preciso recorrer às relações de trabalho. Imigrantes eram necessários num contexto de “fome de braços” para a lavoura cafeeira (Furtado, 1971). Ademais, era parte da política de embranquecimento da população desde o II Império, quando foi estimulada a imigração europeia também para ocupar a região Sul do país (Furtado, 1971; Becker & Egler, 1993). Era preciso, assim, proteger esses trabalhadores imigrantes da contaminação da doença. A proteção só se efetivaria com a vacinação da população, o que ocorreria no final da primeira década do século XX, depois da resistência à obrigatoriedade da vacina instituída por Oswaldo

Cruz. A Revolta da Vacina, maior movimento social urbano ocorrido no país em novembro de 1904, apresentou um saldo de “23 mortos, dezenas de feridos, quase mil presos, sendo que centenas destes enfrentariam um breve “estágio” na Ilha das Cobras e, em seguida, uma viagem sem regresso para o Acre”, conforme Chaloub (1996) apurou nos jornais da época.

Para Chaloub (1996), a revolta da vacina deve ser entendida num contexto em que se disseminou a desconfiança da população sobre a sua eficácia, desenvolvida em meados do século XIX. De acordo com o historiador, a experiência do serviço de saúde pública gerou uma “vacinofobia”, suscitando a resistência da população em aceitar sua obrigatoriedade. Mas tal narrativa deve ser conjugada com duas outras elaboradas por outros dois importantes historiadores. Para Nicolau Sevcenko (1984), a revolta deve ser entendida como uma resistência dos pobres que sofreriam as dores da “civilização” que a Reforma Pereira Passos estava lhes infligindo. Segundo Chaloub, os artigos na imprensa do escritor Lima Barreto ilustrariam essa contrariedade. Por outro lado, para José Murilo de Carvalho (1987), o que ocorreu em 1904 teria sido uma “revolta fragmentada de uma sociedade fragmentada”. De acordo com Chaloub, “Carvalho procura especificar os motivos que teriam levado ao protesto, enfatizando menos o sentido mais geral de resistência no processo de aburguesamento salientado por Sevcenko”, mas sim numa visão moralista, de invasão do lar e da ofensa ao chefe de família que era obrigado a aceitar a entrada do agente de saúde dentro de casa para aplicar a vacina. Vale dizer, salientando a separação entre as esferas pública e privada, tão cara à visão do Estado liberal. Os discursos de vários políticos, como Barbosa Lima, ilustrariam essa abordagem.

Ocorrida num momento em que a República ainda se afirmava e tinha que lutar contra a ordem monárquica, o positivismo dominante entre os militares defendia um Estado mais forte, mas num contexto de expansão das atividades de base urbano-industrial, de corte liberal na economia. Assim, discutir sobre a contagiosidade ou não de uma doença girava sempre em torno de seu corolário fundamental: as quarentenas. Estas implicavam à época, como também hoje, uma fonte de prejuízos econômicos e uma arma de controle burocrático, conforme enfatiza Chaloub (1996). A abordagem infeccionista, derivada da revolução pasteuriana, por outro lado, permitiu evitar os prejuízos das quarentenas com reformas urbanas dos engenheiros, o que interessava a uma nova classe empreendedora que lucrava com a mercantilização da terra urbana. Assim, o higienismo avançou tanto no controle das doenças como na expansão das oportunidades de negócios nas cidades. E a reforma Pereira Passos na capital brasileira no início do século XX emulou a reforma Haussmann, na Paris de meados do século XIX.

O período que se estende de 1870 a 1902 representa, para a história do Rio de Janeiro, não só a primeira etapa de grande expansão de sua malha urbana como também a primeira fase em que tal ampliação foi determinada pela dinâmica da cidade capitalista. O adensamento urbano trouxe, no entanto, novos desafios à gestão da cidade. Desde os tempos de colônia, e mais ainda na primeira metade do século XIX, o Rio de Janeiro foi uma cidade insalubre.

O debate sobre saúde pública ganhou fôlego a partir da década de 1870, quando a febre amarela voltou a fustigar o Rio. Deste resultou o primeiro plano urbanístico da cidade, sendo que Pereira Passos fez parte da Comissão de Melhoramentos da Cidade do Rio de Janeiro, órgão encarregado pela elaboração do documento. O enfrentamento dos interesses dos proprietários imobiliários no centro da cidade, entretanto, inviabilizaria a realização de uma cirurgia urbana no coração da capital imperial.

Durante a década de 1890, houve o agravamento das condições de vida da população trabalhadora, que se expandiu muito com as migrações, internas e externas. A crise de superprodução de café, principal produto da agro exportação, refletiu-se na diminuição do preço internacional do produto, impactando na taxa de câmbio, que se desvalorizou. Se para os exportadores, o impacto foi a sustentação de receitas em moeda nacional, para a população urbana gerou uma carestia, derivada do aumento do custo dos produtos industrializados, todos importados (Furtado, 1971).

O ano de 1891 foi particularmente crítico devido ao aumento da mortalidade causado por, principalmente, quatro moléstias: a febre amarela, a varíola, a malária e a influenza. Os locais mais atingidos coincidiram com aqueles onde era maior a densidade de cortiços e habitações coletivas. O Rio de Janeiro tornou-se uma cidade estigmatizada pelas constantes epidemias que tantos prejuízos traziam às suas relações comerciais. Nesse contexto, a remodelação e o saneamento da capital federal, ao lado da modernização do porto, constituíram-se os principais pontos da agenda do Presidente Rodrigues Alves, que nomeou Pereira Passos como Prefeito encarregado de enfrentar esses desafios.

Por Reforma Pereira Passos entende-se um grande número de obras públicas que redefiniram de modo radical a estrutura urbana da Cidade do Rio de Janeiro. Houve uma verdadeira reconstrução do centro da cidade, rompendo com as características de cidade colonial e fazendo emergir novos traçados mais compatíveis com o uso de trens e bondes, em vez de animais e carruagens (Abreu, 1987). O plano da Prefeitura previa a abertura de alguns grandes eixos de circulação na cidade, como as avenidas Beira-Mar, Mem de Sá e Salvador de Sá. Além da canalização de todos os rios que corriam em Laranjeiras, Botafogo, Rio Comprido e Engenho Velho, substituídos por galerias subterrâneas, o projeto de melhoramentos da Prefeitura incluía o ajardinamento e arborização de praças e ruas, a

abertura de praças, a construção de três pequenos mercados, do Teatro Municipal e o Paço Municipal (Benchimol, 1992).

Cabe, no entanto, lembrar que a principal obra desta reforma não foi do então Distrito Federal, mas do governo federal: a abertura da Avenida Rio Branco, então Avenida Central, unindo o Rio de “mar a mar”, isto é, do porto, na Prainha, até a recém-construída Avenida Beira-Mar, também obra federal. Além dessas duas avenidas, o governo federal realizou obras de ampliação do Porto do Rio de Janeiro bem como abriu as avenidas Rodrigues Alves e Francisco Bicalho. Apesar disso, foi ao prefeito Pereira Passos que todo o conjunto de obras ficou associado; afinal, foi ele quem impôs novos usos e costumes aos municípios, como a proibição de cuspir na rua, tentando fazer emergir junto à cidade reconstruída, mais moderna, também usos mais modernos e civilizados na capital republicana. Não surpreende que ele tenha sido chamado de “Hausmann tropical” (Benchimol, 1992), pois além de emular o prefeito parisiense na realização de uma cirurgia urbana, negligenciou as consequências destas obras para a população pobre.

3. A INCIDÊNCIA NO ESPAÇO URBANO DA COVID-19

A pandemia de Covid-19 se disseminou em escala planetária, mas sua incidência em países que negaram seu alcance vem se dando de forma mais impactante, casos dos Estados Unidos e Brasil, suscitando questionamento sobre as formas locais de seu enfrentamento. Diferente do ocorrido nas reformas urbanas anteriormente discutidas, não se trata agora de usar a narrativa higienista para viabilizar a apropriação do espaço urbano por uma nova dinâmica capitalista industrial, mas de questionar o “paradoxo da globalização” (Rodrik, 2011) que levou inúmeros governos a promoverem políticas que fizeram recuar o papel do Estado na promoção de bem-estar da sua população, o que se reflete nos territórios urbanos, tornando-os crescentemente segregados.

O ano de 2020 ficará sempre associado à disseminação mundial de uma nova doença infectocontagiosa que está desafiando os governos a encontrarem novas formas de governança mais adequadas ao seu enfrentamento. Esse desafio é maior em caso de países federalistas em que os governos regionais gozam de autonomia política frente ao governo central. É ainda maior no caso daqueles em que os governos locais também são considerados entes federativos e responsáveis pelas políticas de interesse local, como é o caso brasileiro. Dado que a forma como o território está estruturado afeta a disseminação da doença, a organização do sistema sanitário (saúde e saneamento)

pode suscitar respostas distintas ao vírus. Nesta seção, vamos analisar a disseminação do contágio e das mortes por covid-19 nas três metrópoles nacionais, definidas pelo REGIC 2018 (IBGE, 2020), de modo a situar o caso da cidade do Rio de Janeiro em perspectiva relativamente a São Paulo e Brasília.

A eclosão da pandemia na China e sua disseminação pelos demais países suscitou uma pluralidade de abordagens entre aqueles que foram afetados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) teve seu protagonismo marginalizado tendo suas orientações impugnadas por diversos líderes mundiais. Se por um lado, tais questionamentos eram percebidos como plausíveis ante as inúmeras incertezas, por outro, o risco do desconhecido implicava na adoção de protocolos de ação orientados por um guia já muito conhecido nas ciências naturais, qual seja, o princípio da precaução. Ocorre que, a alternativa de administrar a crise sanitária com cautela não foi acolhida positivamente por inúmeros governos haja vista os impactos econômicos e políticos derivados da implementação dessa estratégia.

No caso brasileiro, a chegada da Covid-19 foi precedida por sua disseminação nos demais continentes, conferindo ao país importante lapso temporal para que ações preparatórias fossem empregadas quando da chegada do vírus. Entretanto, ainda que logo no início a administração federal tenha oscilado na direção de seguir as orientações da OMS, em linhas gerais, as ações e discursos adotados foram no sentido de diminuir a relevância da questão, estimulando a população a se opor às medidas sanitárias emergenciais que aos poucos eram constituídas por Estados e Municípios. Tidos como opositores dos interesses nacionais, os entes federativos que objetavam a orientação da União passaram a ser atacados, diminuindo drasticamente as possibilidades de coordenação federativa. A ausência ou a rarefação de suporte técnico, financeiro e institucional do governo federal – ao menos para aqueles que se constituíam como contrários à política promovida pela União – acentuou a elevada desigualdade entre os Estados e Municípios brasileiros no âmbito do enfrentamento à pandemia.

Essa é a situação, por exemplo, do Estado do Rio de Janeiro. Ainda que tenha se posicionado em convergência com o presidente Bolsonaro durante o período eleitoral, o governador Wilson Witzel não aderiu à política federal de menosprezar a relevância da pandemia no país. No início da crise, havia a expectativa de que a administração federal cederia à pressão dos governadores ante os desdobramentos negativos provocados pelo vírus, o que não ocorreu. Tal circunstância expôs o território fluminense a uma situação extremamente delicada, uma vez que sua economia ainda vinha sofrendo os efeitos da crise político-financeira eclodida nos anos anteriores (Sobral, 2017; Santos e Nazareth, 2017). Nesse sentido, a quase inexistente disponibilidade orçamentária para lidar com a Covid-19 e a ausência de suporte federal colocaram as contas públicas estaduais em numa situação ainda mais crítica. Conjuntura essa que se pôs de forma ainda mais complicada após as denúncias de

que a cúpula do executivo fluminense teria praticado crimes de corrupção envolvendo recursos emergenciais destinados ao combate à pandemia, o que culminou com o afastamento do secretário de saúde⁶ e, em seguida, do próprio governador Wilson Witzel, pelo Superior Tribunal de Justiça⁷.

A administração municipal, por outro lado, trilhou um caminho próprio no curso da pandemia. Ainda que, inicialmente, tenha aderido à atitude opositora de Witzel, a percepção de que a alta popularidade dos governadores não duraria muito e que o governo federal não cederia às demandas estaduais fizeram com que o Prefeito Marcelo Crivella recuasse e passasse a agir em contrariedade à gestão estadual, sem que, com isso, tal estratégia de ação se refletisse em maior apoio da União para a metrópole carioca. Ou seja, no âmbito da cidade do Rio de Janeiro, a configuração de um cenário político conflitivo e a manutenção de uma economia depauperada caracterizaram o ambiente institucional vigente no auge da crise sanitária. E isso numa cidade que já foi chamada de “partida”, dada a forte desigualdade prevalente, e na qual 22% dos seus habitantes foram identificados como favelados no Censo Demográfico de 2010.

Considerando a conjuntura apresentada, passamos a analisar os dados de contaminação e óbitos acumulados na cidade do Rio de Janeiro até a terceira semana de agosto de 2020. Importante ressaltar que a avaliação em questão, assim como aquela realizada nas demais metrópoles (São Paulo e Brasília), não tem por objetivo traçar um diagnóstico sanitário sobre a pandemia. Ao contrário, visa-se observar em que medidas elementos conjunturais (como as crises político e econômica) e estruturais (vide a ausência de políticas urbanas, dentre elas, de saneamento básico) se relacionam com a disseminação do vírus nos respectivos territórios. Sem dúvida é preciso levar em consideração, ainda, os limites das informações e dos diagnósticos disponíveis, dada as estratégias sanitárias adotadas nessas cidades.

Ao olharmos para a primeira imagem da Figura 1, o número de contaminados no Município do Rio de Janeiro parece se dar de modo desigual ainda que não seja possível, em princípio, relacionar a fatores como diferença de renda entre os territórios – i.e., os bairros com maior número de casos confirmados são, respectivamente, Copacabana, Barra da Tijuca, Tijuca e Campo Grande. Mesmo em regiões de média e alta renda, ou seja, que poderiam ter aderido às medidas de isolamento social com

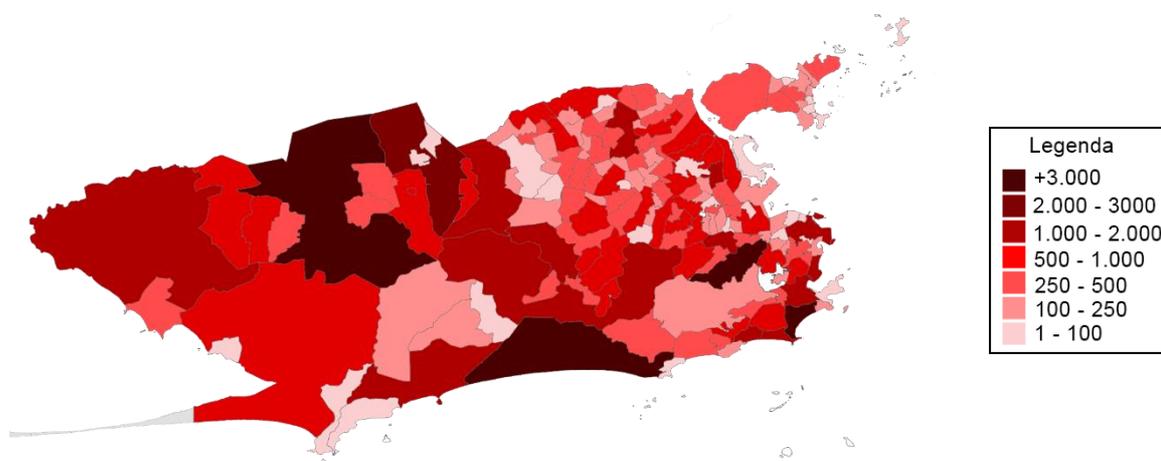
⁶ <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,secretario-de-saude-do-rio-e-afastado-do-cargo-em-meio-a-denuncias-de-fraude,70003305983> (último acesso em 16.09.2020)

⁷ <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/09/02/stj-atinge-quorum-para-manter-witzel-afastado-do-cargo-de-governador-julgamento-continua.ghtml> (último acesso em 16.09.2020)

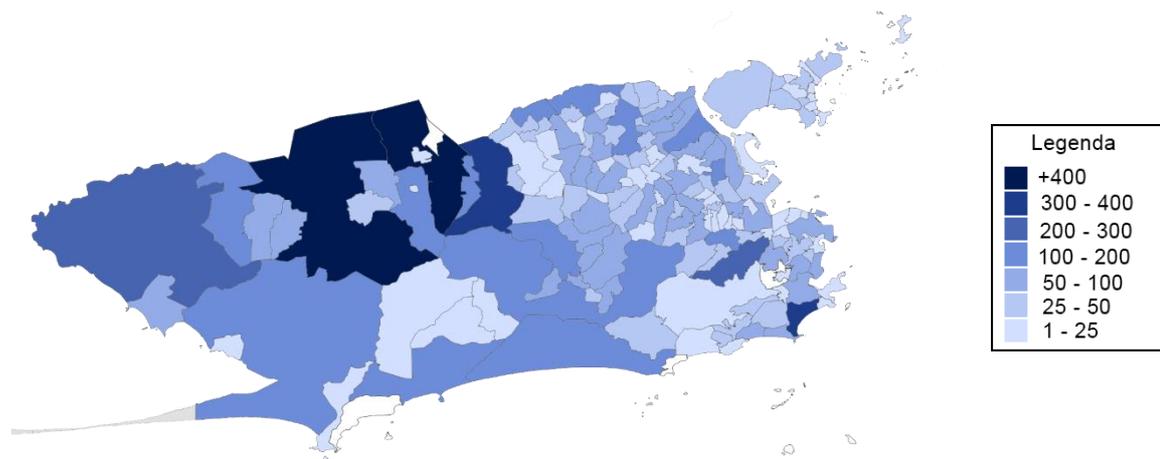
menos perdas às suas economias familiares, há elevada incidência do vírus⁸. Sem dúvida, a chegada do vírus pelos aeroportos se constituiu como um indicador importante para a avaliação desses resultados, entretanto, não pode ser tomado com exclusividade para explicitar sua dinâmica de espraiamento na cidade.

Por outro lado, a segunda imagem da Figura 1 – referente ao número acumulado de óbitos – explicita dinâmica diferente daquela observada para as contaminações. Isto é, os bairros que concentram o maior número de mortes não necessariamente são aqueles com mais casos. Esses mais numerosos, por sua vez, tendem a se localizar na periferia do município (e.g., Campo Grande, Bangu, Realengo, Santa Cruz), em espaços em que há menor infraestrutura urbana e onde a renda é menor. Mesmo aqueles que não estão nas franjas mais pobres na cidade (e.g., Copacabana e Tijuca) também apresentam dinâmica próprias, seja pela alta densidade demográfica, seja pelo perfil etário de seus moradores.

Figura 1: Número de contaminados e óbitos acumulados, respectivamente, no Município do Rio de Janeiro até o dia 20 de agosto de 2020.



⁸ As análises sobre renda e infraestrutura urbana no Município do Rio de Janeiro foram realizadas tendo por base os dados disponibilizados pelo aplicativo Bairros Cariocas, desenvolvido pelo Instituto Pereira Passos: <https://pcrj.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=7fe1b0d463e34b3b9ca2fafd50c3df76>.



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro

Interessante observar o diagnóstico elaborado pela Fiocruz sobre a incidência da Covid-19 nas favelas cariocas⁹. Levando em consideração o limitado número de testes realizados nesses grupos populacionais, os pesquisadores detectaram que as áreas sem ou com baixa concentração de favelas são aquelas com maiores taxas de incidência da doença (115,58 e 74,98 por 10.000 habitantes, respectivamente). Enquanto que, nos bairros com concentração altíssima de favelas, esse número chega apenas a 23,94 por 10.000 habitantes, bem abaixo da média do Município que é de 70,10 por 10.000 habitantes. O mesmo padrão foi observado para a taxa de mortalidade, ou seja, os bairros sem ou com baixa concentração de favelas registraram os maiores índices, 10,67 e 8,90 por 10.000 habitantes, respectivamente.

Os dados obtidos para a cidade do Rio de Janeiro sugerem que os moradores de favela continuaram sendo tratados de forma marginal, sequer sendo possível traçar um diagnóstico preciso sobre sua situação. Nessa direção, a elevada desigualdade social que caracteriza a cidade é marcada pelo alto número de óbitos nas periferias do Município. Isto é, se a baixa infraestrutura urbana (disponibilidade de água potável e esgotamento sanitário), são fundamentais, mas insuficientes para explicitar a dinâmica de contágio, a diferença de renda parece ser particularmente importante para determinar o número de óbitos. Dessa forma, territórios melhor servidos por políticas urbanas e com populações com melhor situação econômica, logo, com acesso à rede particular de saúde, registraram menores taxas de óbitos.

⁹ https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf (último acesso em 31.08.2020).

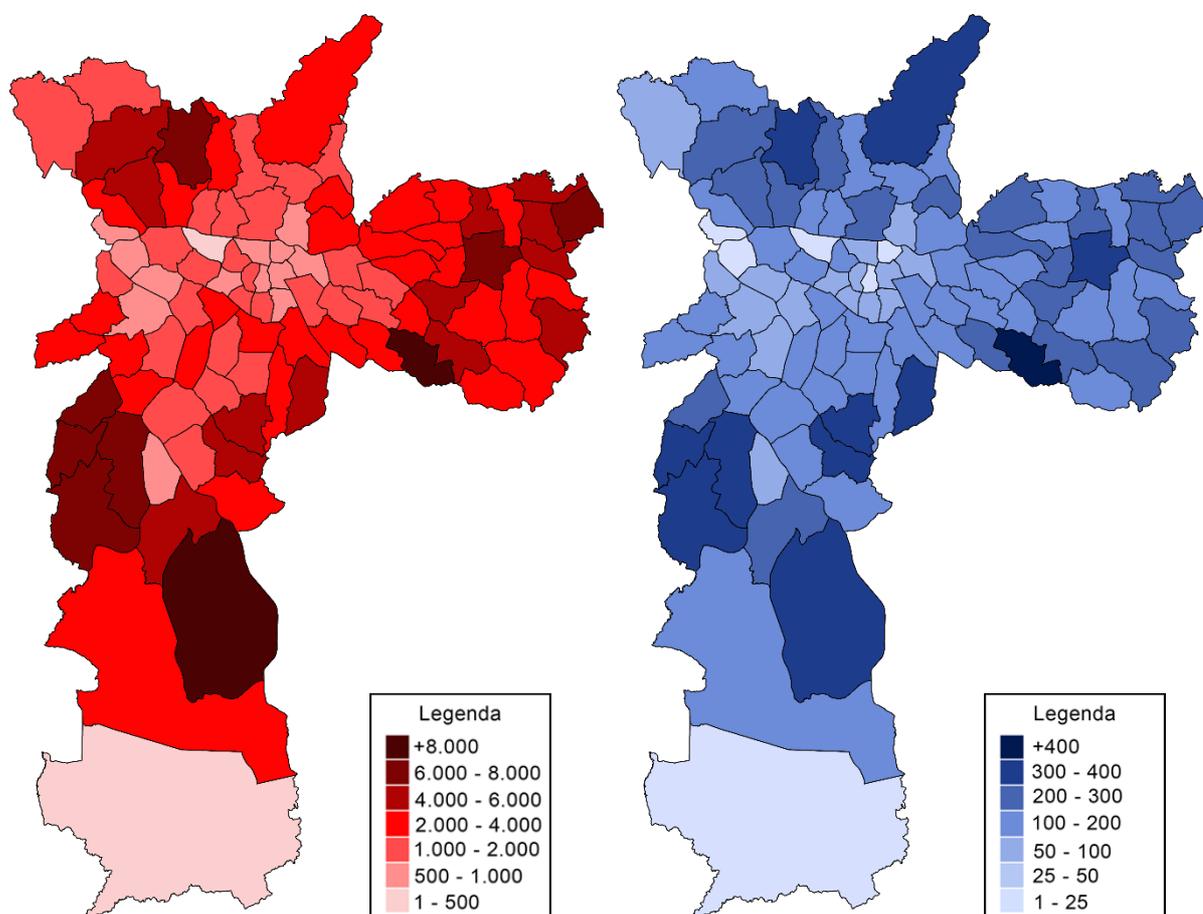
Em semelhança à administração fluminense, o governador de São Paulo, João Dória, que também havia se posicionado em convergência à candidatura presidencial de Bolsonaro, optou por romper com o executivo federal no tocante à gestão da pandemia. Diferentemente do Rio de Janeiro, o Estado de São Paulo vinha se recuperando da crise político-financeira de 2014 com mais vigor, apresentando sinais de uma retomada sólida de seu crescimento antes da pandemia. Sua oposição às orientações presidenciais não implicou em um estrangulamento das contas públicas estaduais, ainda que um melhor apoio federal pudesse ter proporcionado condições mais adequadas para o enfrentamento da crise sanitária.

No caso da cidade de São Paulo, ao contrário da prefeitura carioca – que passou a antagonizar com o governo estadual, flertando com a postura negacionista adotada pelo presidente Bolsonaro –, Bruno Covas, em regra, manteve-se alinhado às orientações do governador paulista. Em tese, tal sinergia teria permitido que a administração da crise sanitária fosse realizada institucionalmente de forma adequada. Entretanto, é preciso considerar que mesmo essa convergência regional continuou sendo politicamente pressionada pelos discursos contrários disseminados pela Presidência da República.

A Figura 2, abaixo, que também trata do número de contaminados e óbitos, desta vez, no Município de São Paulo, explicita uma dinâmica própria, ainda que similar àquela verificada na cidade do Rio de Janeiro. Em outras palavras, se no território carioca as clivagens sociais são mais difíceis de serem observadas a partir da sua divisão administrativa, o mesmo não pode ser dito em relação à capital paulista. Enquanto parte substantiva das favelas e comunidades coexiste em bairros nobres da zona sul no Rio de Janeiro, a desigualdade social é mais evidentemente explicitada no grande e horizontal território paulistano. No caso de São Paulo, suas áreas periféricas, em regra, correspondem àquelas mais pobres – onde estão localizadas grande parte das favelas e comunidades –, concentrando a população com maiores níveis de renda familiar na região mais central do município¹⁰.

¹⁰ As análises sobre renda e infraestrutura urbana no Município de São Paulo foram feitas com dados disponibilizados pelo aplicativo GeoSampa Mapa, desenvolvido pela Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Município de São Paulo (PRODAM): http://geosampa.prefeitura.sp.gov.br/PaginasPublicas/_SBC.aspx

Figura 2: Número de contaminados e óbitos acumulados, respectivamente, no Município de São Paulo até o dia 20 de agosto de 2020



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da Prefeitura Municipal de São Paulo

Nesse cenário, até a terceira semana de agosto de 2020, o número de contaminados acumulados concentrava-se nas regiões periféricas da cidade. Isto é, são distritos que, em linhas gerais, registraram mais de 6.000 casos em seus territórios. Dentre eles, é possível destacar áreas como Campo Limpo, Capão Redondo, Jardim Ângela, Jardim São Luís e Grajaú, na Zona Sul, caracterizadas por reunir grande número de favelas e aglomerados subnormais. O mesmo é possível ser dito em relação à Brasilândia na Zona Norte e à Sapopemba, Itaim Paulista e Itaquera na Zona Leste. Em todos esses territórios há grande número de famílias de baixa renda, isto é, significativamente inferior àquela verificada na região central da cidade. São também espaços em que há menor infraestrutura urbana, inclusive hospitalar.

Quando concentramos nossa observação na segunda imagem da Figura 2, ou seja, aquela em que estão dispostos os números de óbitos acumulados na cidade de São Paulo, até a terceira semana

de agosto de 2020, a dinâmica é muito similar àquela que foi registrada para o contingente de pessoas contaminadas. Ao concentrar mais de 300 óbitos, distritos da Zona Sul como Capão Redondo, Grajaú, Jardim Ângela e Jardim São Luís voltam a se repetir e outros nessa mesma região também se destacam, como é o caso de Sacomã, Jabaquara e Cidade Ademar. Isto é, territórios onde número igualmente elevado de favelas e comunidades é identificado. Na Zona Norte, em conjunto com Brasilândia, surge o distrito de Tremembé e na Leste repetem-se as duas áreas anteriormente mencionadas, Sapopemba e Itaquera.

Ainda que no início da pandemia os primeiros casos tenham sido identificados na região central da cidade, em linha com a narrativa de que o vírus teria sido introduzido no país a partir de viajantes vindos do exterior, houve rápida disseminação para o interior do município. No caso de São Paulo, a discrepância entre território e renda, e o número de casos de contaminação e óbitos é flagrante. Muito provavelmente, sua relação se dá tanto a partir da baixa disponibilidade de infraestrutura urbana, como do alto adensamento populacional e da necessidade de continuar circulando pela cidade para garantir o sustento familiar. Ao contrário do Rio de Janeiro, há um melhor diagnóstico das favelas e comunidades.

No caso do Distrito Federal, o governador Ibaneis Rocha adotou uma postura diferente daquela seguida pelas administrações estaduais de São Paulo e Rio de Janeiro, caracterizando-se por uma convergência limitada em relação ao governo federal. Ainda que tenha esboçado críticas às políticas de enfrentamento à pandemia da União, Rocha não aderiu à agenda conjunta dos governadores que se colocaram em oposição à estratégia negacionista de Bolsonaro. Ao contrário, marcou seus discursos públicos por um tom conciliatório, pedindo a manutenção do foco no combate à pandemia.

A posição adotada pelo governador do Distrito Federal não explicita uma necessária aderência à agenda da Presidência da República, mas a compreensão de que, historicamente, o sucesso das administrações distritais está diretamente relacionado à constituição de uma relação harmônica com a União. A alta dependência financeira e institucional do governo federal é um fator chave para entender a postura de Ibaneis Rocha e de sua aliança estratégica com Bolsonaro no período da pandemia. Opção essa que sequer foi considerada pelo governador do Estado do Rio de Janeiro, já que, meses após o início de seu mandato, em 2019, já anunciava publicamente seu interesse em disputar a presidência, em 2022.

O território do Distrito Federal se caracteriza por uma ocupação extremamente concentrada na região administrativa do Plano Piloto e seu entorno imediato¹¹. Por outro lado, há um aumento da densidade demográfica a medida em que se afasta da região central, atingindo os espaços periféricos de Brasília. É o caso, por exemplo, de Samambaia, Recanto das Emas e de Ceilândia, área na qual está localizada a comunidade Sol Nascente, uma das maiores favelas brasileiras, classificada pelo IBGE com um aglomerado subnormal que concentra mais de 25.000 mil habitações¹². A segunda maior favela de Brasília é Vila Estrutural, com quase 6.000 habitações, localizada na região administrativa SCIA/Estrutural, área central e vizinha do Plano Piloto. A terceira, denominada Condomínio Vitória, também com quase 6.000 domicílios, está inserida em São Sebastião, mais ao Sul do Distrito Federal.

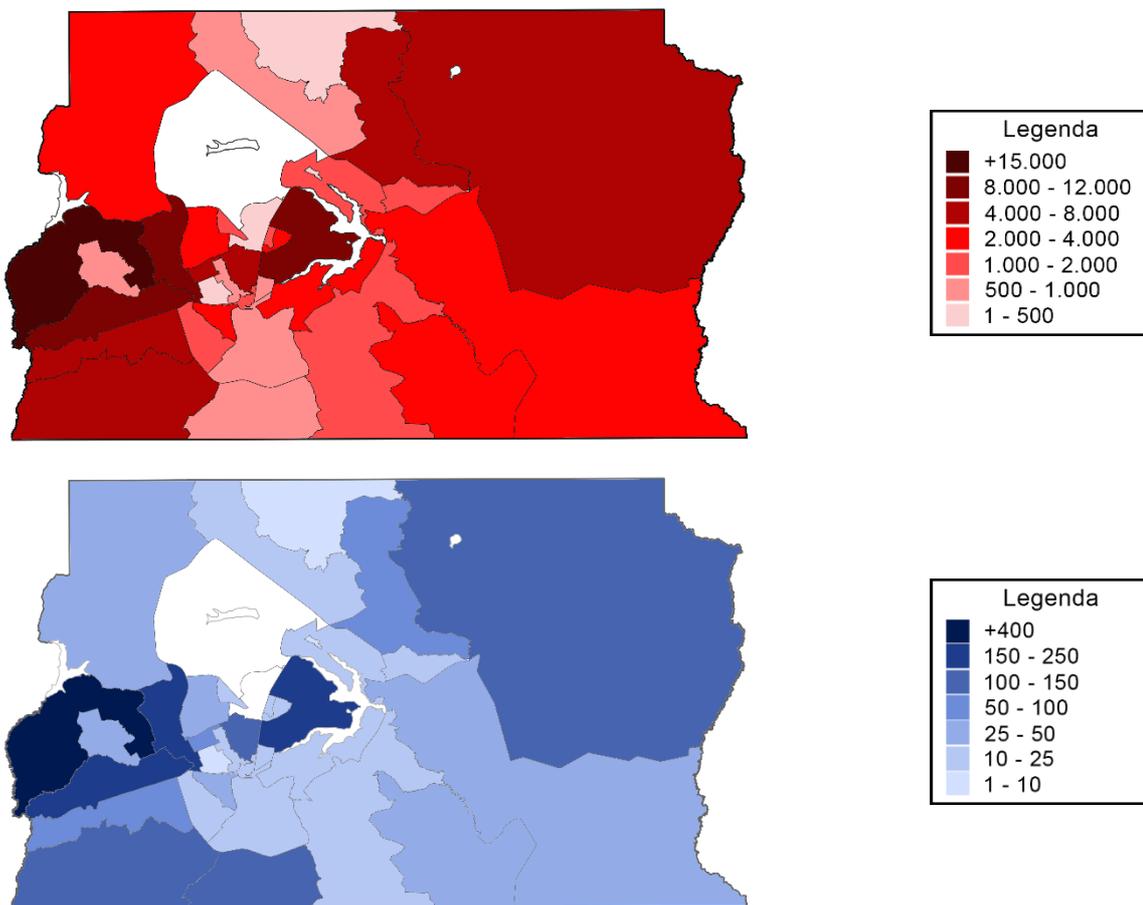
Em semelhança ao que se verificou na metrópole carioca, o número de contaminados explicitado pela Figura 3, abaixo, também atinge de forma significativa áreas centrais e ricas da cidade (e.g., Plano Piloto), como espaços periféricos e pobres (vide Samambaia e Ceilândia). Chama atenção o reduzido número de casos na comunidade do Sol Nascente, uma das maiores favelas brasileiras. Essa situação tanto pode estar relacionada a problemas no registro das ocorrências na região, como à baixa testagem da sua população, refletindo sua marginalização no âmbito da política de enfrentamento à pandemia – tal qual se verificou no Rio de Janeiro.

Nesse contexto, a segunda imagem da Figura 3 – que apresenta o número de óbitos acumulados até a terceira semana de agosto de 2020 no Distrito Federal – explicita uma dinâmica muito similar àquela verificada na imagem sobre o número de contaminações. Ou seja, em regra, as regiões com maior número de casos, indicaram o maior contingente de óbitos. Entretanto, é preciso ressaltar a diferença destacada pela Figura 3. Isto é, enquanto Ceilândia é o território com maior número de óbitos, ultrapassando 400 registros, o segundo lugar, Taguatinga, apresenta pouco menos que 230, seguido por Samambaia (188) e pelo Plano Piloto (158). Ainda que sejam áreas distintas da cidade, marcadas pela elevada desigualdade de renda, densidade demográfica e disponibilidade de infraestrutura urbana, são as regiões mais pobres e menos servidas de equipamentos públicos aquelas mais prejudicadas.

¹¹ As análises sobre renda e infraestrutura urbana no Distrito Federal foram feitas com base nos dados disponibilizados pelo Portal de Informações Estatísticas do Distrito Federal, desenvolvido pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal: <http://infodf.codeplan.df.gov.br/>

¹² Ver: <https://socecodem-ibgedgc.hub.arcgis.com/app/ac337eeee5164c0daa9c99f8689ad3f8> (último acesso em 31.08.2020).

Figura 3: Número de contaminados e óbitos acumulados, respectivamente, no Município de São Paulo até o dia 20 de agosto de 2020



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Governo do Distrito Federal

Em semelhança à São Paulo, a desigualdade social é explicitada de forma mais evidente na sua distribuição espacial. Nesse caso, ela se vê refletida nos altos índices de contaminação e óbitos por Covid-19. Mas, se por um lado, a alta densidade das favelas e comunidades, e os espaços com menor renda, registram índices elevados do vírus, esses parecem não ser os únicos fatores determinantes para a sua disseminação no Distrito Federal. O discurso negacionista, que menosprezou a importância da pandemia, produziu resultados negativos na região administrativa que sedia as principais instituições do governo federal.

Três metrópoles analisadas, três dinâmicas distintas. Em síntese, na cidade do Rio de Janeiro, a gestão da pandemia foi marcada pelo conflito federativo do governo estadual com o municipal e federal. Nesse contexto, e com a economia em declínio, os cariocas viram o número de contaminações se concentrar tanto em bairros nobres como periféricos. Entretanto, os maiores índices de óbitos

foram registrados em espaços mais pobres e menos servidos de infraestrutura urbana. Chama atenção o fato de que as favelas apresentaram baixas taxas de incidência, ao contrário das demais cidades analisadas, reforçando a tese de que tais espaços foram marginalizados na condução da política sanitária local.

No caso da metrópole paulistana, seu afastamento do governo federal foi mitigado pela atuação convergente entre prefeitura e governo estadual e, em especial, pela autonomia orçamentária de São Paulo, capaz de autofinanciar sua política sanitária. Ainda que o vírus tenha chegado pelos bairros mais ricos, sua rápida disseminação e concentração nos espaços periféricos reforça a hipótese de que variáveis como renda e infraestrutura urbana (e.g., saneamento básico), são elementos fundamentais na avaliação da dinâmica de contágio. Fica evidente como áreas com grande concentração de favelas indicaram altos índices de contaminação e óbitos, em detrimento dos espaços centrais e mais abastados da cidade, que puderam cumprir as medidas de isolamento social com menos impacto sobre suas vidas.

A capital nacional, por outro lado, adotou uma estratégia híbrida em relação ao governo federal, isto é, sem negá-lo, tampouco avalizá-lo, buscou um caminho conciliário. Tal opção, remete mais a dependência orçamentária e institucional do Distrito Federal em relação à União do que a uma adesão às orientações presidenciais. Nesse contexto, se as transferências financeiras eram fundamentais para conduzir a política de enfrentamento ao vírus nas regiões periféricas, no centro político do país, a adesão ao discurso do Presidente da República parece ter sido fator fundamental na disseminação do vírus nas regiões com renda mais elevada. Já as regiões mais periféricas, com menos infraestrutura e renda, despontaram não só no número de casos, mas também, no registro de óbitos, explicitando a desigualdade social brasileira.

Ao analisar a dinâmica de contágio da Covid-19 em três metrópoles brasileiras, observou-se que, em regra, três grandes fatores parecem ser importantes para sua compreensão. Primeiramente, a conjuntura político-institucional. Em outras palavras, a adesão ou oposição ao discurso politicamente polarizado sobre a pandemia – em especial, no sentido de negá-la – aponta para certa relevância na identificação da disseminação do vírus, notadamente, nas regiões com maior renda, que é o segundo fator relevante. A possibilidade de exercer atividades remotamente, ou a existência de uma relação de trabalho formal, expõe menos os indivíduos às situações de contágio, colocando aqueles com melhores remunerações, em regra, sob melhores condições de resistir ao vírus. Por fim, um elemento estrutural merece destaque, qual seja, a disponibilidade de infraestrutura urbana, principalmente, de saneamento básico. Territórios, notadamente, ocupados por aglomerados subnormais, são mais

vulneráveis à disseminação do vírus, seja por conta de sua alta densidade demográfica, seja pela impossibilidade econômica de seus habitantes cumprirem as medidas de isolamento social – sem suporte público. Nesse caso, as medidas de higiene representariam uma das últimas fronteiras de contágio, e sua impossibilidade de cumprimento – como o simples ato de lavar as mãos e os alimentos –, colocaria essa população em um grau ainda mais elevado de exposição ao vírus, suscitando – ao menos em parte – os resultados ora observados.

4. PÓS-PANDEMIA: PARA ALÉM DO HIGIENISMO DO SÉCULO XX

Questionado sobre quais lições deveríamos extrair desta crise sanitária, o economista Dani Rodrik¹³ respondeu que

(...) ela nos ensina como nossas prioridades estiveram equivocadas nas últimas quatro décadas. Quando trabalhamos para ter mais globalização econômica, como investimos pouco em assegurar os bens necessários para a saúde pública. Se tivéssemos dado a mesma importância à OMS que à OCDE ou ao FMI, teríamos nos saído melhor. A crise é um aviso de que a melhor globalização seria a que se construísse em torno de bens públicos, como evitar a mudança climática ou lidar com as pandemias no âmbito da saúde pública. E não ter dedicado tanto interesse a assuntos como liberalizar o comércio ou os fluxos internacionais de capital¹⁴.

Essa reflexão sintetiza um contexto da atual pandemia muito distinto daquele prevalente entre meados do século XIX e início do século XX. Naquele período, as instituições do capitalismo industrial estavam se estabelecendo, o que levou às transformações socioespaciais das grandes cidades, marcadas por cirurgias urbanas que demarcaram seus territórios entre aqueles reconfigurados para apropriação burguesa e os demais, negligenciados pelos governos. O enfrentamento das doenças infectocontagiosas (cólera, varíola, tuberculose ou febre amarela) suscitou a narrativa de que grandes obras públicas melhorariam a circulação das águas (canalização das águas servidas) e dos ares (alargamento das ruas), livrando a cidade de seus “miasmas”.

¹³ Importante economista turco Professor de Economia na John F. Kennedy School of Government da Universidade de Harvard, com muitas obras publicadas, com destaque para o livro *The Globalization Paradox. Democracy and the Future of the World Economy*.

¹⁴ <https://brasil.elpais.com/economia/2020-06-17/dani-rodrik-economista-esta-crise-nos-ensina-que-nossas-prioridades-estavam-equivocadas.html> (último acesso em 18.09.2020).

A atual pandemia de Covid-19 tem alimentado outro tipo de narrativa que, como sugerido por Rodrik, se articula com o “paradoxo da globalização” e o papel dos governos no enfrentamento do novo coronavírus. O recuo do Estado como promotor de políticas de bem-estar social levou à crescente mercantilização dos serviços sociais, comprometendo o acesso à população vulnerável. E isso num contexto de crescente vulnerabilidade dado o declínio da classe média. Segundo Guilluy (2020), das ruínas da classe média, emergiu o mundo das periferias que não são mais identificadas pelas elites como parte da sociedade. De acordo com este autor, “com a emergência do mundo das periferias, já não falamos somente das margens, dos operários ou agricultores, mas igualmente dos funcionários de escritórios, dos operários, dos burocratas de baixo escalão, dos jovens, dos aposentados, dos rurais, dos urbanos”. A falta de representatividade política os torna “invisíveis”, mas não menos reais. A pandemia deu visibilidade à população de tais periferias, não necessariamente físicas.

Uma das dimensões dessa vulnerabilidade crescente é o inadequado acesso à infraestrutura social e urbanística, dentre a qual destacamos o saneamento básico, dado que se trata do aspecto das políticas urbanas de menor alcance na população brasileira. E aquele que, junto à moradia, mais dialoga com os entitamentos necessários para que o cidadão possa estar livre da vulnerabilidade (Sen, 2000) diante da pandemia. Afinal, como atender aos conselhos dos epidemiologistas de lavar frequentemente as mãos e fazer o isolamento social?

No Brasil, segundo o último relatório produzido pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), referente ao ano de 2018¹⁵ e sintetizado na Tabela 1, abaixo, 83,6% da população é atendida por rede de abastecimento de água. Entretanto, apenas 46,3% de todo o esgoto gerado é tratado, mesmo que a coleta, sem tratamento, atinja 53,2% dos brasileiros. Esses dados preocupam ainda mais quando observamos a forte heterogeneidade regional destes serviços. Apesar de as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste concentrarem elevados percentuais de abastecimento de água (i.e., acima de 89%), é no Nordeste (com 74,2%) e, principalmente, no Norte (57,1%) que os piores índices são identificados. Essa mesma dinâmica é verificada quando se observa o índice de tratamento de esgotos gerados. Ou seja, as duas últimas regiões apresentam percentuais baixíssimos, muito inferiores à média nacional, respectivamente, 36,2% e 21,7%, e explicitam a alta desigualdade de infraestrutura urbanística em relação às demais regiões (i.e., no caso do Sudeste, 50,1%; Sul 45,4% e Centro-Oeste 53,9%).

¹⁵ Disponível em: http://www.snis.gov.br/downloads/diagnosticos/ae/2018/Diagnostico_AE2018.pdf (último acesso em 10.09.2020).

Tabela 1: Percentuais de atendimento de água e esgoto em 2018, segundo macrorregião geográfica, estados selecionados e Brasil

Macrorregião/ Capitais e Distrito Federal	Índice de atendimento com rede (%)				Índice de tratamento dos esgotos (%)	
	Água		Coleta de esgotos		Esgotos gerados	Esgotos coletados
	Total	Urbano	Total	Urbano	Total	Total
Norte	57,1	69,6	10,5	13,3	21,7	83,4
Nordeste	74,2	88,7	28,0	36,3	36,2	83,6
Sudeste	91,0	95,9	79,2	83,7	50,1	67,5
Rio de Janeiro	97,4	97,4	85,1	85,1	40,1	73,2
São Paulo	99,3	100,0	96,3	97	64,7	87,1
Sul	90,2	98,6	45,2	51,9	45,4	95,0
Centro-Oeste	89,0	96,0	52,9	58,2	53,9	93,8
Brasília	99,0	99,0	89,3	89,3	85,4	100,0
Brasil	83,6	92,8	53,2	60,9	46,3	74,5

Fonte: Elaboração própria a partir de informações do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (2018).

Quando observamos as capitais estudadas, verificamos que, para ambos os índices (água e esgotamento sanitário), o percentual se mostra razoavelmente elevado se comparado com os resultados médios observados para as macrorregiões as quais encontram-se inseridos. A exceção envolve exatamente o Município do Rio de Janeiro que trata apenas 40,1% do esgoto gerado, resultado inferior à região Sudeste (50,1%) e às cidades de São Paulo (64,7%) e Brasília (85,4%). De todo modo, mesmo apresentando altos índices, sua distribuição no interior dos respectivos territórios se dá de forma altamente desigual, onde as regiões mais pobres e periféricas das cidades costumam a ser os últimos espaços a serem contemplados pelos investimentos em infraestrutura urbana. No caso dos referidos municípios, tais áreas se confundem, em larga medida, com as regiões que concentram aglomerados subnormais.

Para a pandemia, a falta de saneamento básico representa um problema, em especial, no tocante à higienização dos corpos, roupas, alimentos e dos próprios ambientes públicos e privados de convívio e interação social. Ainda que o déficit histórico de implementação da política tenha sido mitigado nas primeiras décadas do século XXI por meio de grandes investimentos públicos, seu status atual continua sendo precário e, portanto, sendo mobilizado por diversos atores sociais com vistas a pressionar as várias instâncias governamentais a incidirem sobre essa questão. Com a eclosão da pandemia causada pela Covid-19 e sua relação direta com a necessidade de reforço das medidas de

higiene pessoal, conjunto específico de atores sociais, em regra, interessados na privatização dos serviços de saneamento básico, passou a instrumentalizar as questões sociais postas pelo déficit de implementação da política pública.

Nesse sentido, verificou-se a produção de discursos construídos sob a ideia de que, dada a crise financeira do estado brasileiro e a inviabilidade de se continuar financiando o saneamento com recursos públicos, a aprovação de um novo marco regulatório – cujos debates foram iniciados durante o governo Temer –, voltado a estimular investimentos privados, seria uma questão a ser priorizada pelo Congresso nacional. A comunicação sobre a importância dessa ação pelo legislativo federal, portanto, estaria alicerçada sob três eixos, o primeiro, calcado na necessidade de lidar com o déficit da política pública no país, o segundo, como mecanismo auxiliar para lidar com a pandemia e, o terceiro, como forma de estimular a economia após as inflexões negativas associadas às medidas sanitárias emergenciais adotadas para conter a disseminação do vírus. Tais argumentos foram largamente disseminados nos meios de comunicação, associando o novo marco regulatório à gestão da crise da Covid-19¹⁶.

Ocorre que, logo após a aprovação do novo marco regulatório, publicado na forma da Lei n. 14.026/2020, a pauta específica que relacionava saneamento e Covid-19 rapidamente deixou o noticiário, remanescendo como um debate marginal – apesar de sua importância para a administração da crise sanitária. A pandemia, nesse cenário, foi utilizada de forma instrumental para a aprovação do texto legal em um contexto excepcionalidade, ainda que estivesse claro que qualquer potencial efeito da norma sobre a política pública não seria perceptível tão cedo. Dessa forma, estima-se que as novas regras dificilmente trarão qualquer tipo de contribuição para a pandemia causada pela Covid-19, ainda que, a expansão dos serviços de saneamento seja relevante tendo em vista outros aspectos, para além da corrente situação de emergência. Ainda que não seja o objetivo deste trabalho avaliar o novo marco regulatório, tarefa essa já realizada por outros estudos (vide, por exemplo, Santos & Vasques, 2020), importante ressaltar que, ao direcionar suas preocupações para atrair o capital privado, a Lei n. 14.026/2020 destinou marginal atenção às questões atinentes à universalização dos serviços, bem como aos entraves de realiza-la em um país de dimensões continentais, marcado pela elevada desigualdade no interior de seus territórios. Além das novas limitações e possibilidades de flexibilização às metas definidas, o novo marco coloca as populações de aglomerados subnormais em situação de acentuada vulnerabilidade, principalmente, porque limita os investimentos federais

¹⁶ <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/06/novo-marco-do-saneamento-basico-pode-ser-votado-no-combate-ao-coronavirus> (último acesso em 11.09.2020).

nesses espaços apenas àqueles passíveis de regularização fundiária, condição essa muito pouco usual em tais contextos.

Estima-se que, mais do que fomentar investimentos, a nova legislação parece abrir flancos inéditos de insegurança jurídica, o que pode produzir efeitos contrários, afastando potenciais investidores. Nesse contexto, é preciso lembrar que tal cenário propenso à privatização se caracteriza pela necessidade de vultuosos investimentos nos próximos anos para lidar com a trágica situação atual que vivenciamos. Entretanto, considerando que a principal variável de ajuste no caso em questão é a tarifa e, tendo em vista que as áreas mais deficitárias tendem ser aquelas com menor capacidade contributiva (e.g., espaços rurais, periferias, favelas etc.) e nas quais os investimentos costumam ser elevados – dado os perfis de ocupação do solo urbano, em linhas gerais, caracterizados pela autoconstrução e rarefeita observância da legislação urbanística –, duas hipóteses emergem como possíveis.

Haja vista o limitado potencial de arrecadação nas áreas rurais e nos aglomerados subnormais, o primeiro cenário imaginado seria o da necessidade manter subsídios cruzados no âmbito da proposta colocada pelo novo marco regulatório, qual seja, de realizar a concessão dos serviços “por blocos”, e, assim, financiar a política nos territórios mais pobres. Nessa alternativa, restaria provavelmente necessário o aumento da tarifa em áreas já servidas pela política pública como forma de compensar o custo dos referidos investimentos. Contudo, ressalta-se que, o contexto de prolongadas e sucessivas crises políticas, financeiras e agora sanitária, que vem marcando o país nos últimos anos, oferece pouca margem para que os gestores públicos se valham da alternativa de aumentar o valor cobrado pelos serviços de saneamento sem que com isso tal decisão traga consigo impactos negativos significativos sobre suas respectivas agendas e administrações. Haja vista a referida dificuldade, remanesce a segunda hipótese, qual seja, que o financiamento das políticas públicas urbanas nos espaços periféricos continuará largamente atrelado ao poder público. Em um contexto de escassez de recursos públicos, estima-se que os próximos anos devem ser marcados por pouco ou nenhum avanço dos serviços de saneamento básico nos espaços mais pobres das cidades brasileiras, em especial, tendo em vista que a atual administração federal vem priorizando sua atuação e investimentos em outras políticas públicas.

Essa abordagem – i.e., que privilegia o aumento da participação privada no saneamento básico sem, contudo, estabelecer compromissos robustos em relação à universalização dos serviços nas áreas urbanas periféricas – parece caracterizar uma das facetas conjunturais do higienismo no século XXI. Isto é, em um momento de crise político-financeira, na qual o mercado imobiliário foi fortemente

atingido, e que, por sua vez, foi precedido por um período de significativas intervenções em diversos centros urbanos – dados os investimentos do governo federal, no caso do Rio de Janeiro, especialmente motivados pelos megaeventos –, atuações cirúrgicas sobre o território parecem não despertar os interesses da iniciativa privada, tampouco do setor público. Seria possível afirmar que esse baixo interesse estaria também motivado pela necessidade de se lidar com novas expectativas de cidadania e por um conjunto normativo mais complexo e protetivo – vide a própria Constituição Federal de 1988. Entretanto, apesar de sua inegável importância, tais elementos foram insuficientes para evitar o significativo contingente de remoções realizadas na cidade do Rio de Janeiro, no período daqueles investimentos, na administração de Eduardo Paes (Azevedo e Faulhaber, 2015).

Sob essa perspectiva de desinteresse circunstancial da iniciativa privada sobre os espaços periféricos – na direção de produzir novas reformas urbanas –, observa-se a emergência de outro tipo de discurso higienista. Isto é, que independe de incidências diretas sobre o território para sua concretização. Nessa abordagem, os objetivos sanitários preconizados não seriam atingidos reorganizando espaços marcados pela alta densidade demográfica em localizações específicas do território urbano – aproximação essa que, historicamente, contribuiu para produzir novas áreas densificadas, mas em pontos periféricos da urbe –, mas pelo controle da circulação dos habitantes desses referidos espaços no restante da cidade.

Essa administração dos usos e fluxos não se trata propriamente de uma novidade na gestão dos indivíduos nas cidades contemporâneas, ainda que possua contornos próprios em contextos de elevada desigualdade social – que podem ser observados, por exemplo, nas opções de investimentos de infraestrutura urbana, na definição dos serviços de mobilidade, até chegar às estratégias digitais, por meio do uso de câmeras, sensores, celulares etc. Mas, com a eclosão da pandemia, adicionou-se um novo elemento de caracterização dessa estratégia de gestão dos indivíduos, acentuando o uso desses dispositivos, discursos, estratégias e políticas públicas. Espera-se, mesmo com a eventual imunização por meio de vacinas, que tais abordagens sejam mantidas em alguma medida e que, eventualmente, a atual situação seja empregada no futuro a fim de justificar outras e inovadoras formas de governo dos corpos que se exerçam sobre os habitantes da cidade, estimulando a emergência de um higienismo 4.0.

Nesse contexto, e a despeito daqueles que aderiram aos discursos que diminuía a gravidade da pandemia, os que puderam, se confinaram em seus espaços privados, e o público, condenado à disseminação do vírus, foi mantido aberto para, além dos profissionais de saúde, aqueles mais precarizados, cujas possibilidades de cumprimento das medidas de isolamento não seriam possíveis

sem o apoio do poder público. Se por um lado essa inversão tornou-se factível ante o protagonismo do setor de serviços na economia e dada a existência de recursos tecnológicos que permitem a manutenção dessas atividades de forma remota, por outro, ela parece ter acentuado o impacto da pandemia sobre os mais pobres. Isso porque, ao serem obrigados a continuar circulando por essa cidade tornada insalubre pelo vírus a fim de garantir seu sustento, expõem os demais familiares ao risco da doença quando de seu retorno à casa, saturando os já precários serviços públicos de saúde, enquanto aqueles com melhores condições financeiras podem acessar a rede privada que, apenas no pico do contágio, apresentou sinais de esgotamento de sua capacidade de atendimento.

Como vimos, as medidas de gestão da crise sanitária (como o isolamento e a quarentena) já eram uma questão em situações similares vivenciadas no século XIX, na qual se avaliava os altos riscos desse tipo de política pública para a economia, em especial, em um contexto de crise. A coordenação dessa estratégia por um estado central, portanto, já se mostrava como indispensável para mitigar os seus efeitos, dar um tratamento adequado a questão e, principalmente, para evitar o acirramento da disputa por recursos entre os diversos territórios. Entretanto, essa lição histórica parece não ter sido levada em consideração pelo governo federal na atual crise, que caracterizou sua atuação pelo estímulo ao conflito e pela ausência de uma postura proativa voltada à coordenação dos demais entes federativos no enfrentamento do novo coronavírus. Esse comportamento, próprio da atual administração inclusive para seus demais campos de atuação, caracterizado como uma espécie de “federalismo de combate” vem suscitando a necessidade de que estados e municípios desenvolvam parcerias próprias (como vem se verificando no Nordeste) para conseguir lidar com a questão, explicitando de forma ainda mais evidente as desigualdades entre os entes federativos brasileiros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A acentuação do processo de metropolização do país se deu durante período autoritário. Naquele momento, foram criadas instituições para administrar o crescimento das cidades, buscando orientá-lo a partir das necessidades do setor industrial. Guiado pelo governo central, o planejamento urbano instituído produziu uma política pública de reforma urbana caracterizada por obras públicas e pela expulsão dos pobres das áreas com melhor infraestrutura. A elitização das cidades estimulada pela ativa intervenção do poder público contribuiu para o seu crescimento extensivo, em direção às periferias, onde o preço da terra era inferior e as normas urbanísticas incidiam de modo rarefeito,

permitindo que a população de baixa renda lá se instalasse a partir da autoconstrução e a despeito da legislação em vigor, produzindo como um de seus resultados uma “urbanização periférica”. Essa dinâmica não só se traduziu em crescentes irregularidades urbanísticas e fundiárias, mas também suscitou a necessidade de novos investimentos para ampliação das redes de infraestrutura até esses territórios distantes.

Os espaços produzidos em decorrência desse modelo de urbanização se caracterizaram, então, pela alta densidade habitacional e insalubridade. Tais particularidades, portanto, estão associadas tanto às limitações espaciais, geográficas e construtivas, como à precariedade de acesso a serviços públicos, como no caso do saneamento básico. Com a eclosão da pandemia provocada pela Covid-19, surgiu-se a necessidade de construir estratégias para lidar com a disseminação do vírus e os espaços periféricos, notadamente, os aglomerados urbanos subnormais, passaram a despertar especial preocupação, dadas suas peculiaridades urbanísticas. Uma das abordagens possíveis aventadas no Brasil para lidar com essa questão emergencial foi o higienismo. Entretanto, sob a conjuntura atual, seu emprego passou a ser revestido por características próprias, relacionadas tanto à conjuntura socioeconômica nacional, como às tecnologias e institucionalidades vigentes nesse período.

Para avaliarmos essa dimensão contemporânea do higienismo, voltamos ao século XIX, em especial, no território francês. A experiência histórica explicita o modo em que os avanços conquistados pela “ciência dos micróbios” foram instrumentalizados de modo a legitimar processos de intensa reconfiguração do espaço urbano. Ainda que determinadas intervenções estivessem lastreadas por fundamentos científicos, em larga medida, as reformas protagonizadas por Haussmann possuíam uma dimensão muito mais profunda e complexa do que sua relação com a insalubridade dos espaços urbanos. Como destacado por Harvey (2015), as transformações perpetradas encontravam-se articuladas com três temas distintos, quais sejam, capital financeiro, interesse imobiliário, e intervenção do Estado sobre o espaço. Estes, por sua vez, se relacionariam com a distribuição do excedente social em juros, aluguéis e impostos.

No Brasil, a política de saúde que é instituída no final do século XIX e início do XX é também uma política de morte das populações não-brancas que habitavam o território nacional. Ao priorizar o tratamento de doenças que eram mais hostis às populações brancas, esperava-se proteger os trabalhadores europeus que imigravam para o país, contribuindo para o desenvolvimento da política de “embranquecimento” da população. Nesse contexto, o direcionamento pretensamente técnico era dirigido para lidar com os pobres como “classe perigosa” e com os brancos como categoria de indivíduos a serem protegidos pelo Estado. Proteção essa que viria apenas no século XX com a chegada

da vacina. Ainda que a Revolta de 1904 suscite múltiplas interpretações, tal como trabalhado no texto, importante lembrar que, em conjunto com a reforma conduzida por Pereira Passos, tais remédios técnico-científicos auxiliaram evitar a necessidade de sucessivas quarentenas – e seus potenciais prejuízos econômicos – em um período sensível para as instituições republicanas que lutavam para se firmar ante à ordem monárquica. Contudo, se por um lado a abordagem infeccionista contribuiu para controlar a disseminação de doenças no espaço urbano, tal como na França, ela também serviu para expandir as oportunidades de negócios na cidade do Rio de Janeiro para determinados grupos sociais, enquanto afetava negativamente as populações mais pobres.

A disseminação do novo coronavírus em 2020 ocorre em um contexto sensivelmente distinto daquele em que as reformas urbanas calcadas no higienismo foram conduzidas. Forjadas no âmbito de uma racionalidade voltada para organizar o território de modo a contribuir para o fortalecimento da dinâmica capitalista industrial, as antigas reformas dão lugar a uma conjuntura marcada pela ascensão do setor de serviços e pela tecnologia digital, na qual os limites da globalização, do neoliberalismo e da conseqüente reorientação do papel do estado nessa dinâmica vêm sendo questionados. Em meio a esse cenário, que carrega consigo profundas incertezas sobre a resiliência das democracias liberais ocidentais, a emergência sanitária provocada pela Covid-19 passou a demandar esforços conjuntos em âmbito internacional e também a nível nacional, colocando países federalistas em um desafio ainda maior, haja vista a autonomia dos entes federativos frente ao governo central.

Mesmo tendo algum tempo para planejar sua estratégia para lidar com a pandemia, o governo federal brasileiro oscilou entre desempenhar o papel de coordenador da questão e minimizar os impactos do vírus sobre a sociedade. Ao optar pela segunda opção, abrindo mão do seu dever de protagonizar a gestão da crise sanitária, a União se omitiu legando aos estados e municípios a atribuição de produzirem suas próprias estratégias. Essa alternativa se notabilizou por produzir conflitos entre a população e os entes federativos, dados os múltiplos e divergentes caminhos trilhados pelos administradores locais e regionais, mas também explicitou a elevada desigualdade entre os entes federativos subnacionais. Com o objetivo de avaliar em que medida as estratégias adotadas para lidar com a disseminação do vírus se relacionam com o território, a infraestrutura urbana e uma nova abordagem higienista, observamos a dinâmica de contaminação e óbitos em grandes metrópoles brasileiras.

Mesmo considerando os limites e dificuldades de se mensurar a dinâmica de circulação do vírus, os dados obtidos nos forneceram pistas importantes para avaliar a relação entre pandemia,

infraestrutura urbana, desigualdade social e a emergência de uma nova abordagem higienista. Enquanto a conjuntura político-institucional parece desempenhar papel especial na definição das estratégias de gestão da crise sanitária, o elemento renda também surge como indispensável nessa relação, já que uma melhor situação econômica viabilizaria o cumprimento das medidas de isolamento social. Essa relação é complementada pelo protagonismo do setor de serviços na economia e a possibilidade de manutenção de parte dessas atividades de forma remota, por meio do uso de tecnologias digitais. Por último, os dados analisados ajudam a avaliar a importância da existência de infraestrutura urbana, em especial, do saneamento básico, como uma última fronteira de redução das possibilidades de contágio. Territórios periféricos, mais adensados e menos servidos tendem a possuir taxas de contágio elevadas. Fundamental ressaltar que, apesar dos baixos índices de contaminação nas favelas cariocas, o mesmo não ocorreu nas demais comunidades analisadas em São Paulo e Brasília, o que nos leva a crer que o déficit no diagnóstico realizado no Rio de Janeiro é potencialmente elevado, sendo insuficiente para traçar uma análise precisa daquilo que está ocorrendo com a população mais pobre da cidade.

Os dados analisados, portanto, reforçam a importância da infraestrutura social e urbanística para lidar com a crise sanitária. Entretanto, é preciso lembrar que essa avaliação se dá em um cenário marcado pela mercantilização dos serviços públicos e pelo declínio da classe média. Olhando especificamente para o saneamento no Brasil, verificamos que, apesar da cobertura de água e esgotos ser elevada nas capitais estudadas, sua distribuição no território se dá de forma altamente desigual. Com base nessas discrepâncias, que são também observadas nos mais diversos níveis de análise, a discussão sobre a universalização da política e a sua relação com a disseminação do vírus foram instrumentalizados de modo a facilitar a aprovação de uma nova regulação que privilegia investimentos privados, na contramão do que vem se observando em outros países que seguiram esse caminho décadas atrás. O uso discursivo dado à importância de implementação do saneamento foi marginalizado tão logo a legislação foi sancionada. Contudo, mesmo sabendo que intervenções sobre os serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário dificilmente produziram efeitos envolvendo a pandemia corrente, o déficit de implementação da referida política pública permanece uma questão indispensável para se avaliar o que precisa ser feito nesse momento, assim como no futuro.

Nesse contexto, considerando as dificuldades econômicas, políticas e sociais de o estado intervir diretamente no território, bem como o desinteresse conjuntural do setor privado em promover esse tipo de agenda, emerge uma abordagem higienista alternativa no país. Isto é, que se

notabiliza não por incidir remodelando a urbe, mas controlando os fluxos no espaço urbano através de diversos dispositivos, ferramentas, políticas públicas e medidas indutoras. Fundamentado pela ciência e viabilizado por tecnologias de administração e digitais, é possível observar na pandemia a emergência de uma espécie de higienismo 4.0, no qual novas formas de segregação social são mobilizadas, ampliando desigualdades, e justificando possíveis e futuras estratégias de gestão dos indivíduos na cidade.

Sob essa dimensão de ausência de intervenção na urbe, o espaço público é aquele tornado insalubre pelo vírus, enquanto que o privado opera como local seguro, onde se deseja estar. Submetem-se ao risco de circular por determinados espaços da cidade apenas os mais pobres, aqueles que não possuem outros meios para garantir seu sustento. Suas altas taxas de contágio viabilizadas pela contínua exposição e déficit de infraestrutura urbanística saturam os sistemas públicos de saúde precarizados pela retração do estado na função de promotor do bem-estar social. No cenário brasileiro, essa situação é acentuada pela falta de coordenação federativa, colocando estados e municípios mais precários em situação de ainda maior fragilidade, o que não deve se modificar uma vez arrefecida a crise sanitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. **Evolução Urbana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1987.

ANDRADE, T. A., SERRA, R.V. **Cidades Médias Brasileiras**. Brasília, IPEA, 2001.

AZEVEDO, Lena; FAULHABER, Lucas. **SMH 2016: Remoções no Rio de Janeiro Olímpico**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2015.

BENCHIMOL, J. L. **Pereira Passos, um Haussmann Tropical: a renovação urbana na Cidade do Rio de Janeiro**. Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1992.

BENÉVOLO, L. **As origens da urbanística moderna**. Lisboa: editorial Presença, 1963.

BECKER, B., Egler, C. **Brasil: uma nova potência regional na economia-mundo**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1993.

BRASIL. **Lei Federal n. 14.026 (2020)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L14026.htm. Último acesso em 27 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento** (2003-2018). Disponível em: <http://www.snis.gov.br/>. Último acesso em 27 de junho de 2020.

CARVALHO, J. M. **Os bestializados**: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CHALOUB, S. **Cidade Febril**. Cortiços e Epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHASLES, V. Saúde urbana e higienismo, o exemplo da França. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**. n. 64, ago., 2016. p. 65-74.

FURTADO, C. **Formação Econômica do Brasil**. São Paulo: Companhia Editora Nacional. 1971.

GUILLOY, C. **O fim da classe média**. A fragmentação das elites e o esgotamento de um modelo que já não constrói sociedades. Rio de Janeiro: Editora Record, 2020.

HARVEY, D. Paris. **Capital da Modernidade**. São Paulo: Editora Boitempo, 2015.

HOLSTON, J. **Cidadania Insurgente**: disjunções da democracia e da modernidade no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Regiões de Influência das Cidades – REGIC/IBGE**, 2018.

MARICATO, E. **O impasse da política urbana no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MONTE-MÓR, R. A questão urbana e o planejamento urbano-regional no Brasil. In DINIZ, C.C., LEMOS, M (org.). **Economia e Território**. Belo Horizonte: UFMG, 2005, p. 426-46.

PINKNEY, D. **Napoleon III and the Rebuilding of Paris**. Princeton Legacy Library, 1958.

RODRIK, D. **The Globalization Paradox. Democracy and the Future of the World Economy**. New York, W.W. Norton, 2011.

SANTOS, A. P. **Economia, Espaço e Sociedade no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

SANTOS, A. P. **Município, Descentralização e Território**. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

SANTOS, A. P. Post-Constitutional Urban Policy: the experience of the Municipality of Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais (ANPUR)**, v. 19, p. 48-63, 2017.

SANTOS, A. P. **Política urbana no contexto federativo brasileiro**. Aspectos institucionais e financeiros. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2017.

SANTOS, A. P., CRUZ, C. E. Regularização Fundiária: de avanço institucional à reprodução crescente do problema que a originou. CORREIA, A. F. (org.). **Direito da Regularização Fundiária Urbana Sustentável**. Juiz de Fora: Editora Editar, 2018, p.35-52.

SANTOS, A. P., NAZARETH, P. A. Crise fiscal e seus impactos nas relações interfederativas: o caso dos municípios fluminenses. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 1-33, 2017.

SANTOS, A. P., SANTOS, J. Saneamento Básico no Estado do Rio de Janeiro: longo percurso rumo à regulação. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, n. 5, 2014.

SANTOS, A. P., VASQUES, P.H. Política urbana no contexto federativo brasileiro: um avanço normativo na gestão de aglomerados urbanos. **Revista de Direito da Cidade**, v. 7, n. 4, 2015.

SANTOS, A. P., VASQUES, P. H. A política urbana no contexto federativo: o desafio do saneamento básico. **Regulação do Espaço Urbano**, 2020. No prelo.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SEN, A. **Desenvolvimento como Liberdade**. Ed. Companhia das Letras, 2000.

SOBRAL, B. L. B. A crise no Estado do Rio de Janeiro entendida não apenas como uma questão financeira. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 34-63, 2017.

Trabalho enviado em 22 de setembro de 2020

Aceito em 20 de março de 2021