

Coronavírus e o território: disseminação regional e desigualdades



Palavras-chave

Território, desigualdades, disseminação regional, cidade-região, COVID-19.

Desde os primeiros momentos da disseminação do novo coronavírus, Sars-Cov2, no Brasil, surgiram questões a respeito de como o vírus se disseminaria no território e de como afetaria uma população com características sociodemográficas distintas daquelas observadas nos países em que o vírus começou a circular antes. Em outras palavras, seria possível, a partir da experiência chinesa, italiana e espanhola, ou mesmo da experiência norte-americana, traçar condicionantes de disseminação do vírus e gravidade da COVID-19, sua doença, no Brasil?

Um primeiro fato que chama atenção é a diferença entre a forma que o vírus se dissemina e o tipo de dado produzido, especialmente com relação ao território. Em todos os países, a maior parte dos dados são disponibilizados de forma agregada, por exemplo, quantidade de infectados e mortos por país. Contudo, o vírus apresenta um padrão bastante regionalizado. Assim, não é toda a China que apresenta uma taxa alta de infecção por coronavírus, mas especialmente a província de Wuhan. Na Itália, sua região norte, Milão e Lombardia. Na Espanha, Madri e Catalunha. O começo do surto em outros países do Sul Global, como Índia e Indonésia, com datas próximas às do Brasil, parece confirmar essa observação, o padrão de disseminação é regional, profundamente conectado com a urbanização, de forma geral, e com as grandes cidades, de forma específica.

Em que pese a imensa incerteza

na coleta e disponibilização dos dados entre países, que dificulta enormemente a comparação entre eles ou mesmo um entendimento mais robusto dos contornos da doença, realizar a análise dentro da cada país, comparando dados nacionais e regionais parece possível, ainda que possa haver também distinção nesses dados, como se observa no Brasil.

Na Índia, em 19 de abril, havia 16.365 pessoas com infecções confirmadas e 521 mortes; Maharashtra, o Estado cuja capital é Mumbai, apresentava 3.651 casos e 211 mortes, localizados principalmente nessa cidade e em cidades que compõem a sua região metropolitana ou são importantes pólos industriais e comerciais nas suas proximidades, como Thane e Pune¹. Na Indonésia, foram confirmados, na mesma data, 6.575 casos e 582 mortes, concentrados fortemente na Ilha de Java, onde fica Jacarta, que reúne aproximadamente metade das mortes e dos casos, com 3.032 casos e 287 mortes. Outras regiões afetadas na ilha são Java Central, Leste e Oeste e Banten³.

1 - JOHN HOPKINS. Covid-19 Map, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

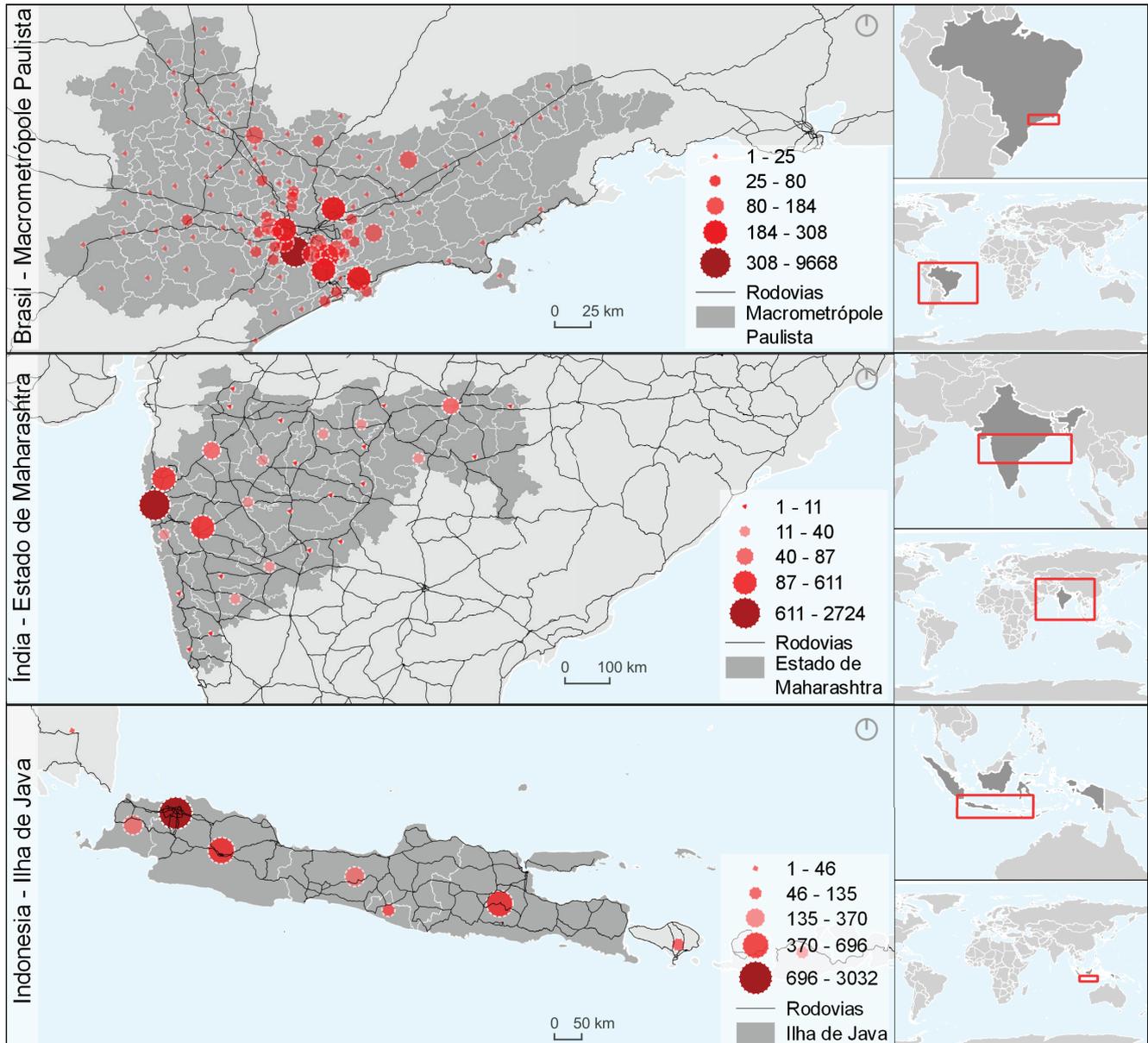
2 - PUBLIC HEALTH DEPARTMENT/GOVERNMENT OF MAHARASHTRA. COVID-19 Monitoring Dashboard, 2020. Disponível em: <<https://phdmah.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/2cc0055832264c5296890745e9ea415c>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

3 - GUGUS TUGAS PERCEPATAN PENANGANAN COVID-19 - Republik Indonesia. InaCovid-19, 2020. Disponível em: <<http://covid19.bnbp.go.id/>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

LUCIANA TRAVASSOS **1**
Professora adjunta da Universidade Federal do ABC (UFABC), no Bacharelado em Planejamento Territorial e na Pós-graduação em Planejamento e Gestão do território. É arquiteta urbanista e doutora em Ciência Ambiental (PRO-CAM-USP). Trabalha com a relação entre a produção do espaço e a natureza, com base na justiça ambiental e foco em dinâmicas territoriais e políticas públicas. Professora colaboradora do Projeto GovernAgua - SARAS Institute - Inter-American Institute for Global Change Research (IAI).

BRUNA DE SOUZA FERNANDES **2**
Bacharel em Ciências e Humanidades (UFABC) e bacharelada em Planejamento Territorial pela mesma universidade. Pesquisadora no projeto temático "Governança Ambiental na Macrometrópole Paulista face à variabilidade climática", com experiência em GIS e produção audiovisual.

Figura 1: Casos confirmados de COVID-19 na Macrometrópole Paulista (Brasil), no Estado de Maharashtra (Índia) e na Ilha de Java (Indonésia).



Fontes: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SSESP) (2020)⁴; Public Health Department/Government of Maharashtra (2020)²; Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 - Republik Indonesia (2020)³, Esri World Roads (2020)⁵. Elaboração: LaPlan-UFABC/2020.

No Brasil o padrão de regionalização é semelhante, embora os números oficiais sejam muito maiores, com 36.925 casos confirmados e 2.372 mortes, segundo dados de 19 de abril. Entre esses, 13.894 casos e 991 óbitos se encontram no Estado de São Paulo. Dos 645 municípios que compõem o estado, 174 fazem parte da Macrometrópole Paulista, região que apresentou um total de 13.182 casos confirmados e 937 óbitos, ou seja, 95% da totalidade dos casos do estado acontece na região^{4 6}.

A partir daí, também é importante verificar as diferentes formas de disseminação intrarregionais do vírus, considerando

aspectos territoriais, como densidade, e diferenças sociodemográficas de cada lugar. Até o momento, a indisponibilidade de dados como renda e local de moradia de infectados e mortos, coloca uma série de limitações às análises comparativas apresentadas aqui de forma geral. Contudo, uma questão importante relacionada aos óbitos pode ser destacada e servir como um primeiro aspecto a diferenciar a COVID-19 em países do Norte e Sul Global, ou ainda diferenciar os efeitos da doença em países mais desiguais: a distribuição etária e étnico racial dos óbitos.

Os primeiros dados existentes para os países do Norte Global sobre a faixa etária

e grupo de risco indica grande concentração de mortes acima de 60 anos. Na Itália e Espanha esse percentual é de 95 e 95,5% respectivamente, enquanto no Brasil e na Índia os valores são, por enquanto, de 73 e 75,3%. Mesmo no Estado de São Paulo, o mais rico do país, 78,7% das mortes se encontra na faixa acima de 60 anos, valor bastante inferior aos dos países europeus citados. A longevidade desses países e as razões que as sustentam possivelmente possuem um papel fundamental nessa diferença, ao lado de outras razões, como a presença de doenças crônicas^{7,8}. Fato é que não parece que pirâmides etárias com maior presença de adultos será necessariamente uma vantagem, caso não seja possível atender os casos mais graves.

Com relação às diferenças étnico-raciais, intimamente vinculadas à desigualdade social e, assim, também ao território, as primeiras informações dos EUA e do Brasil apontam uma maior incidência nos óbitos entre a população negra; na Califórnia, por exemplo, com uma população de 6% de afrodescendentes, 12% das mortes estão nessa população. No país como um todo, 30% das mortes se concentram na população afrodescendente que são somente 16% do total^{9,10}. No Brasil, apesar da ausência de dados oficiais com recorte de gênero e raça – objeto inclusive

de pedido da Coalizão Negra por Direitos, com base na Lei de Acesso à Informação –, reportagem da Folha de São Paulo¹¹ informou que, embora haja menor proporção de infectados na população negra, ela perfaz 1 de cada 4 internados e 1 de cada 3 mortos. Como o território se organiza de forma a segregar essa população na periferia, alguns dados recentes dos óbitos por COVID-19, no município de São Paulo já indicam os impactos de sua chegada às periferias e favelas do município: dentre os distritos da capital, Brasilândia e Sapopemba apresentam o maior número de mortos.

Com esse conjunto de observações, é possível levantar algumas hipóteses de pesquisa sobre o padrão de regionalização do vírus e seus efeitos sobre as desigualdades intrarregionais. Nessas duas dimensões, embora seja possível comparar a dispersão regional com países do Norte Global e com a China, os impactos intrarregionais são muito diversos, assemelhando-se àqueles que começam a ser observados em países do Sul Global. As respostas desses governos, considerando sua capacidade institucional e seu papel na geopolítica do vírus – com os desafios que têm sido a compra de insumos e equipamentos – também influenciarão grandemente o resultado da pandemia no Sul Global.

4 – SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (SSESP). Situação Epidemiológica, 2020. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus-covid-19/situacao-epidemiologica>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

5 – ESRI; Garmin Internacional Inc. World Roads. Layer package, 2011, atualizado em 11 fev 2020. Disponível em: <https://www.arcgis.com/home/item.html?id=83535020ce154bd5a-498957c159e3a99>. Acesso em: 19 de abril de 2020.

6 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. BOLETINS EPIDEMIOLÓGICOS, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/profissional-gestor#boletins>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

7 – INDIA TODAY WEB DESK. Coronavirus: 75% cases of deaths in patients aged 60 yrs and above, 83% have co-morbidities. India Today, 2020. Disponível em: <<https://www.indiatoday.in/india/story/coronavirus-india-health-ministry-pc-deaths-co-morbidities-percentage-total-cases-1668391-2020-04-18>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

8 – PODER 360. Conheça a faixa etária dos mortos por covid-19 no Brasil, Itália e Espanha. 18.abr.2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/conheca-a-faixa-etaria-dos-mortos-por-covid-19-no-brasil-italia-e-espanha/>. Acesso em: 19 de abril de 2020.

9 – CALIFORNIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH (CDPH). Covid-19 Updates, 2020. Disponível em: <<https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/Pages/Immunization/ncov2019.aspx>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

10 – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Cases of Coronavirus Disease (COVID-19) in the U.S., 2020. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>>. Acesso em 19 de abril de 2020.

11 – MENA, Fernanda. Entre casos identificados, Covid-19 se mostra mais mortífera entre negros no Brasil, apontam dados. Folha de São Paulo, 10.abr.2020.