

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

BRUNA FLIGERI

**Hospitais de campanha na cidade de São Paulo durante a pandemia da
covid-19.**

São Paulo

2024

BRUNA FLIGERI

Hospitais de campanha na cidade de São Paulo durante a pandemia da covid-19.

Trabalho de Graduação Individual (TGI) apresentado ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Área de Concentração: Geografia Humana

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Mendes Antas Junior

São Paulo

2024

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, declaro minha profunda gratidão e admiração ao meu orientador e professor Ricardo Mendes Antas Junior, pelos ensinamentos, paciência e compreensão ao longo desses anos de graduação, na qual desenvolvi esta pesquisa.

Aos integrantes que compõem a banca avaliadora: Prof^a Dr^a Mait Bertollo e Prof. Dr. Fábio Contel, os quais tenho grande apreço por suas pesquisas que enriquecem cada vez mais a geografia.

Aos presentes que a geografia me deu: Sara Helena, Igor Gomes e Lucas Lima. A amizade e parceria de vocês trouxeram leveza durante o percurso da graduação e sou grata por esse companheirismo ter ultrapassado os muros da USP. Estendo meus agradecimentos às amigas Caroline Correa, Mayara Zhou, Myllena Calado e Naomi Waragaya.

Por fim, agradeço aos meus familiares por serem meu suporte diário, em especial aos meus pais Sandra e Emilio e aos meus irmãos Evelyn e Emiliano. O apoio de vocês ao longo da minha vida, fez com que eu pudesse alcançar muitos objetivos, inclusive a conclusão desta etapa universitária.

*“A globalização mata a noção de solidariedade,
devolve o homem à condição primitiva de cada
um por si e, como se voltássemos a ser animais
da selva, reduz as noções de moralidade pública
e particular a um quase nada.”*

Milton Santos

RESUMO

FLIGERI, Bruna. Hospitais de campanha na cidade de São Paulo durante a pandemia da covid-19. 2024. 36 f. Trabalho de Graduação Individual (TGI) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

Durante a pandemia da covid-19 (Sars-CoV-2), que teve início em 2020, o Governo do Estado de São Paulo e a Prefeitura de São Paulo, em uma tentativa de dar assistência médica aos contaminados por esse vírus, implantaram hospitais de campanha para suportar a demanda de pacientes. Diante disto, esta pesquisa buscará tratar da relação entre os hospitais de campanha, os hospitais de catástrofe e as fragilidades dos serviços de saúde na cidade de São Paulo, isto é, abordar que em tempos de pandemia, a população mais pobre esteve mais propensa à contaminação e a ter menos acesso aos serviços de atendimento, visto que os hospitais de campanha não estavam localizados em regiões periféricas. Assim, tomadas em conjunto e somadas às refuncionalizações espaciais e à modernização do sistema de saúde resultam naquilo que Singer *et al* (1978) denominou como o controle social por meio dos serviços de saúde, ou seja, a medicina como forma de reprodução da estrutura social.

Palavras-chave: Hospitais de Campanha. Hospitais de Catástrofe. Arco da Paulista.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Unidade cirúrgica na sala de curativos do hospital da Cruz Vermelha Russa	15
Figura 2 - Hospital de Campanha - Pacaembu.....	17
Figura 3 - Hospital de Campanha - Anhembi.....	18
Figura 4 - Hospital de Campanha – Ibirapuera.....	19
Figura 5 - Hospital de Campanha - Heliópolis.....	19

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - N° de leitos de UTI para Covid-19, em hospitais públicos, privados e HCamp ..	22
Gráfico 2 - N° de leitos de UTI nos HCamp	23
Gráfico 3 - N° de leitos de suporte ventilatório para covid-19, em hospitais públicos, privados e HCamp	23
Gráfico 4 - N° de leitos de suporte ventilatório pulmonar para covid-19 nos HCamp	24

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - IDH-M por subprefeitura de São Paulo	20
Mapa 2 - Mapa da cidade de São Paulo com a localização dos HCamp	21
Mapa 3 - Mapa da cidade de São Paulo com a localização dos hospitais de catástrofe	26
Mapa 4 - O “arco da saúde” e a distribuição de leitos hospitalares da região	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Localização dos HCamp na cidade de São Paulo, com suas respectivas prefeituras regionais e IDH-M	21
Tabela 2 - Localização dos hospitais de catástrofe na cidade de São Paulo, com suas respectivas prefeituras regionais e IDH-M	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FSP	Faculdade de Saúde Pública
HCAMP	Hospital de Campanha
HMCAMP	Hospital Municipal de Campanha
IABAS	Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
SBIBAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Capítulo 1. A pandemia de covid-19, um fenômeno global.....	13
1.1 A pandemia, a cognoscibilidade planetária e a convergência dos momentos.....	14
1.2 Os hospitais de campanha como reflexo da unicidade de técnicas de saúde.....	14
Capítulo 2. Os hospitais de campanha e os hospitais de catástrofe na cidade de SP.....	17
2.1 Hospitais de campanha, as unidades: Pacaembu, Anhembi, Ibirapuera e Heliópolis.....	17
2.2 Os hospitais de campanha e a relação com o Índice de Desenvolvimento Municipal.....	20
2.3 Leitos nos hospitais de campanha.....	22
2.4 Os hospitais de catástrofe.....	24
Capítulo 3. A distribuição da rede hospitalar.....	28
3.1 A rede hospitalar paulistana e o controle social por meio dos serviços de saúde.....	28
Considerações finais.....	33
Referências bibliográficas.....	34

INTRODUÇÃO

No início do ano de 2020, o mundo foi surpreendido por uma pandemia de um novo vírus, a covid-19 (Sars-CoV-2). Pela sua alta contagiosidade e, até então, a inexistência da vacina para a imunização, governos de muitos países tomaram medidas rápidas a fim de diminuir a transmissão e dar assistência aos contaminados. Os métodos adotados no mundo para o controle da contaminação foram o *Lockdown* (bloqueio à população para o uso de espaços públicos, comerciais e institucionais) e o isolamento dos indivíduos para evitar contatos diretos (exceção apenas para os serviços essenciais em funcionamento).

Muitos determinantes sociais fizeram com que esse contágio fosse mais rápido e trouxeram consigo o agravamento dos casos. Famílias que viviam em aglomerados subnormais correram o maior risco de transmissão viral devido aos espaços de convivência, a falta de informações sobre prevenção e o acesso escasso às instalações de serviços de saúde e de testes da covid-19. (ABRAMS, E. M; SZEFLER, S. J, 2020).

No Brasil, um dos países mais afetados pela pandemia, os primeiros casos foram registrados em bairros centrais e de maiores rendas da cidade de São Paulo, de acordo com dados da prefeitura. Depois, a epidemia passou a aumentar rapidamente nos bairros mais pobres e se alastrou para outras cidades. Porém, a mortalidade por covid-19 foi maior nas áreas de menor renda e escolaridade das zonas Leste e Norte (BARROZO, 2020).

Algumas poucas cidades brasileiras adotaram o *lockdown*, a maioria optou pelo distanciamento social, o que fez com que o número de casos aumentasse vertiginosamente, evidenciando cada vez mais a fragilidade na prestação de serviços à população e a falta de políticas públicas. Com a estimativa de uma grande quantidade de casos, as instituições competentes acabaram por montar hospitais de campanha, a fim de dar suporte aos contaminados.

A decisão por instalar hospitais de campanha deu-se através das autoridades estaduais e municipais por estarem cientes da precariedade dos serviços públicos de saúde da capital paulista e à previsão do aumento exponencial do número de casos. Na cidade de São Paulo, os quatro hospitais de campanha construídos tiveram o objetivo de aliviar os leitos em hospitais públicos, deixando estes apenas para casos mais graves, no qual os pacientes necessitavam da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Após alguns meses de funcionamento, os hospitais de campanha foram desativados, mas o atendimento aos contaminados deveria prevalecer, por isso, alguns hospitais públicos da

capital paulista foram selecionados como “hospitais de catástrofe”, que exerceriam a função de terem seus leitos reservados para atender apenas pacientes contaminados pela covid-19.

Ao comparar a localização dos hospitais de campanha com os hospitais de catástrofe e as áreas com os maiores índices de contágio pela doença, nota-se uma discrepância espacial entre esses elementos, que evidenciou a falta de cuidados médicos e serviços de saúde para a população mais pobre.

Diante disso, a proposta deste trabalho é estudar os hospitais de campanha (HCamp) construídos na cidade de São Paulo durante a pandemia da covid-19, levando em conta os locais de instalação, os custos operacionais, a quantidade de leitos disponíveis e de serviços de saúde na cidade (públicos e privados). Diante desses aspectos, busca-se refletir sobre os fatores que tenham exercido influência (positiva ou negativa) no processo de instalação dos hospitais de campanha na capital paulista: os fatores de influência, facilitadores e obstáculos. Além disso, se discutirá sobre a relação entre os hospitais de campanha, os hospitais de catástrofe e as fragilidades dos serviços de saúde na cidade de São Paulo.

Para tanto, no primeiro capítulo, apresentar-se-á o fenômeno da pandemia de covid-19, atrelada aos conceitos propostos por Milton Santos: Período técnico-científico-informacional, cognoscibilidade planetária, convergência dos momentos e unicidade técnica.

No segundo capítulo, o papel dos hospitais de campanha e dos hospitais de catástrofe na capital paulista, acompanhados de dados e análises sobre a localização, custos e números de leitos disponíveis para tratar aqueles que foram acometidos pelo vírus.

E, por fim, no último capítulo, discorrer sobre a organização da rede hospitalar paulistana e sua relação com o controle social por meio dos serviços de saúde (Singer *et al*, 1978).

Em suma, este trabalho busca analisar a relação entre a pandemia de covid-19 com o fenômeno da globalização e com as desigualdades socioespaciais vinculadas aos serviços de saúde na cidade de São Paulo.

CAPÍTULO 1. A PANDEMIA DE COVID-19, UM FENÔMENO GLOBAL

A pandemia da covid-19 (SARS-CoV-2), que teve início no final de 2019, em Wuhan, na China, acabou por se espalhar por todo o mundo.

Esta foi a primeira pandemia no período que o geógrafo brasileiro Milton Santos denomina de período técnico-científico-informacional. Este conceito está ligado às transformações do meio geográfico, pós 2ª Guerra Mundial, por meio da técnica¹, da ciência e da informação, que foram amplamente difundidos através do processo de globalização. Desta forma, o autor esclarece que

O terceiro período começa praticamente após a segunda guerra mundial, e sua afirmação, incluindo os países de terceiro mundo, vai realmente dar-se nos anos 70. É a fase a que R. Richta (1968) chamou de período técnico-científico, e que se distingue dos anteriores pelo fato da profunda interação da ciência e da técnica, a tal ponto que certos autores preferem falar de tecnociência para realçar a inseparabilidade atual dos dois conceitos e das duas práticas. [...] Neste período, os objetos técnicos tendem a ser ao mesmo tempo técnicos e informacionais, já que, graças à extrema intencionalidade de sua produção e de sua localização, eles já surgem como informação; e, na verdade, a energia principal de seu funcionamento é também a informação. Já hoje, quando nos referimos às manifestações geográficas decorrentes dos novos progressos, não é mais de meio técnico que se trata. Estamos diante da produção de algo novo, a que estamos chamando de meio técnico-científico-informacional. (SANTOS, [1996] 2017, p. 238)

A globalização é o ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista (SANTOS, 2000). Este período tem início no final do século XX, em decorrência dos avanços científicos, das técnicas e, principalmente, da informação, diante disso, o autor reforça a ideia

No fim do século XX e graças ao avanço da ciência, produziu-se um sistema de técnicas presidido pelas técnicas da informação, que passaram a exercer um papel de elo entre as demais, unindo-as e assegurando ao novo sistema técnico uma presença planetária. Só que a globalização não é apenas a existência desse novo sistema de técnicas. Ela é também o resultado das ações que asseguram a emergência de um mercado dito global, responsável pelo essencial dos processos políticos atualmente eficazes. (SANTOS, 2000, p.23)

O entendimento do período de globalização, conforme proposto por Milton Santos, permite compreender o modo como se deu e desenvolveu a pandemia de covid-19. A

¹ Na obra “A natureza do espaço” ([1996] 2017), a técnica é o elo entre o homem e a natureza, já que esta é um conjunto de meios instrumentais e sociais que (re)criam o espaço.

globalização, caracterizada pelos intensos fluxos de pessoas, bens e informações em escala global, desempenhou um papel fundamental na rápida propagação do vírus, atingindo inicialmente os centros econômicos e, posteriormente, as periferias. A hiperconexão entre os países, facilitada pelos deslocamentos aéreos e marítimos, contribuiu para a disseminação acelerada da doença, evidenciando o contraste entre a contaminação com a desigualdade no acesso à cura e prevenção.

1.1.A PANDEMIA, A COGNOSCIBILIDADE PLANETÁRIA E A CONVERGÊNCIA DOS MOMENTOS

O termo "cognoscibilidade planetária", também elaborado pelo geógrafo Milton Santos, se refere à possibilidade de conhecer o planeta Terra de forma mais profunda e extensiva do que nunca antes. O desenvolvimento da ciência e da técnica permite não só conhecer o funcionamento do planeta em detalhes, mas também conceber e criar novas técnicas (SANTOS, 2000).

A cognoscibilidade planetária dentro de um contexto pandêmico, neste caso, da covid-19, evidenciou a interconexão e interdependência global, bem como as desigualdades no acesso a recursos e no enfrentamento da crise em diferentes regiões do mundo.

Por sua vez, a convergência dos momentos é uma das bases técnicas que sustentam a economia globalizada, ela age como um elo entre a unicidade das técnicas e do tempo, resultando em uma espécie de tempos vividos (SANTOS, 2000). Em linhas gerais, refere-se à ideia de que, apesar da diversidade de tempos históricos, a globalização tende a criar uma homogeneização do tempo, impondo uma lógica temporal única.

A relação da pandemia da covid-19 com a unicidade de tempos, pode ser observada na forma como a crise afetou simultaneamente diferentes regiões do mundo, impondo desafios e impactos semelhantes, e na resposta global coordenada para o enfrentamento da pandemia.

1.2. OS HOSPITAIS DE CAMPANHA COMO REFLEXO DA UNICIDADE DAS TÉCNICAS DE SAÚDE

A unicidade técnica, conceito proposto também por Milton Santos, refere-se à capacidade de instalar, em qualquer lugar, uma técnica que seja única e dominante em um determinado momento. Segundo o autor,

Na história da humanidade é a primeira vez que tal conjunto de técnicas

envolve o planeta como um todo e faz sentir, instantaneamente, sua presença. Isso, aliás, contamina a forma de existência de outras técnicas. As técnicas características do nosso tempo, presentes que sejam em um só ponto do território, têm uma influência marcante sobre o resto do país, o que é bem diferente das situações anteriores. (SANTOS, 2000, p.25)

Em relação aos hospitais de campanha, a noção de unicidade técnica pode ser associada à capacidade de implementar rapidamente uma estrutura hospitalar temporária e padronizada em resposta às emergências, como a pandemia de covid-19.

Os hospitais de campanha são infraestruturas móveis aptas para atendimentos de emergência em regiões de anormalidade, como: guerras, desastres naturais e epidemias. Nestes dois primeiros exemplos, o hospital não deve ser personalizado de acordo com a possível atividade prevista, mas preparado para tratar todos os diferentes tipos de condições patológicas (BAR-ON; ABARGEL; PELEG; KREISS, 2013). Já em situações epidemiológicas, buscam aperfeiçoar o atendimento de acordo com a doença vigente, a fim de tratar os principais sintomas.

Ao traçar um panorama histórico sobre o uso dessas estruturas, há alguns achados arqueológicos que datam às guerras romanas, às bizantinas e às cruzadas. No entanto, as duas grandes guerras mundiais foram os acontecimentos que resultaram no cerne da importância dos hospitais de campanha, já que havia a relação diretamente proporcional entre o aumento do poderio bélico dos exércitos e a necessidade de cuidar de soldados feridos (BAR-ON; ABARGEL; PELEG; KREISS, 2013).

Figura 1: A unidade cirúrgica na sala de curativos do hospital da Cruz Vermelha Russa. Transbaikal, Rússia, 1916



Fonte: CICV – Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/content/150-anos-de-acao-humanitaria-primeira-guerra-mundial>

Fora dos campos de batalha, os hospitais de campanha também tiveram uma participação significativa em situações de desastres naturais, tais como o tsunami que ocorreu em Sumatra, na Indonésia, em 2004, e o terremoto que atingiu Porto Príncipe, capital do Haiti, em 2010. Já em cenários epidemiológicos, os HCamp também marcaram presença: em 1918, ano da pandemia da influenza, mais conhecida como “Gripe Espanhola” e no surto de Ebola, em 2010, no continente Africano (BAR-ON; ABARGEL; PELEG; KREISS, 2013).

Com a propagação do vírus Sars-CoV-2, popularmente chamado de covid-19 e por ser uma doença de alta contagiosidade, muitos países como o Brasil, China, Estados Unidos, França e Itália, decidiram instalar hospitais de campanha para dar assistência àqueles que foram contaminados, sem sobrecarregar o sistema de saúde.

O retrato da pandemia da Covid-19, fez com que os hospitais de campanha tivessem as características para atender crise epidemiológica, ou seja, foram construídos para receber as pessoas contaminadas e com atendimentos de suporte ao principal sintoma da doença, a insuficiência respiratória.

CAPÍTULO 2. OS HOSPITAIS DE CAMPANHA E OS HOSPITAIS DE CATÁSTROFE NA CIDADE DE SÃO PAULO

2.1. HOSPITAIS DE CAMPANHA, AS UNIDADES: PACAEMBU, ANHEMBI, IBIRAPUERA E HELIÓPOLIS

Na cidade de São Paulo, durante a chamada “primeira onda” de contágio, foram construídos quatro hospitais de campanha, dois deles sendo administrados pelo Governo Municipal (Pacaembu e Anhembi) e outros dois geridos pelo Governo do Estado (Ibirapuera e Heliópolis).

O primeiro hospital a ser construído na cidade de São Paulo durante a pandemia, foi o Hospital Municipal de Campanha (HMCamp) do Pacaembu, construído no Estádio Municipal Paulo Machado de Carvalho, que foi chefiado pela Prefeitura de São Paulo. Contou com 200 leitos, regulados pela Secretaria Municipal de Saúde e entrou em funcionamento no dia 06 de abril de 2020 e desativado no dia 29 de junho de 2020, o que nos fez questionar as razões dessa desativação, visto que os casos de contaminação cresciam; nestes quase três meses de operação, atendeu cerca de 1.500 pessoas. Esta unidade recebeu, exclusivamente, pacientes de baixa e média complexidade, transferidos de hospitais, pronto socorros e unidades de pronto atendimento (UPA). A Organização Social de Saúde (OSS) da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBAE) foi a responsável pela administração dos serviços no HMCamp do Pacaembu. O custo total aos cofres do município foi R\$23 milhões, no entanto, todos os equipamentos utilizados foram doados pela Organização Social de saúde (OSS) aos hospitais das regiões de Itaquera, Cidade Tiradentes e São Miguel, resultando em uma doação de R\$ 7 milhões.

Figura 2: Hospital de Campanha - Pacaembu



Fonte: Prefeitura de São Paulo – Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/se/noticias/?p=104178>

O Hospital Municipal de Campanha (HMCamp) do Anhembi, o segundo a ser montado, foi o maior da cidade, totalizando 1.800 leitos para pessoas com Covid-19 em estágios de baixa e média complexidade da doença, recebendo pacientes transferidos de outros hospitais do município. Sob administração da Organização Social de Saúde da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e do Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS), com um custo de R\$ 28 milhões, esteve em funcionamento de 11 de abril de 2020 até 8 de setembro de 2020. Nesse período, atendeu cerca de 6.400 pacientes. Vale ressaltar que, em primeiro de agosto de 2020, o até então prefeito da cidade de São Paulo, Bruno Covas (PSDB), anunciou o fechamento de uma ala do HMCamp do Anhembi, que contava com 561 leitos.

Figura 3 – Hospital de Campanha - Anhembi



Fonte: Prefeitura de São Paulo – Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=295643>

A terceira unidade temporária da capital foi o Hospital de Campanha do Complexo Esportivo do Ibirapuera, que funcionou do dia 1º de maio de 2020 até 30 de setembro de 2020, contou com 268 leitos que atendeu pacientes de baixa complexidade da Covid-19, tendo um custo de R\$ 12 milhões. A maioria dos atendimentos foram encaminhamentos de outros hospitais da região metropolitana de São Paulo, de algumas cidades do interior, principalmente Campinas e Piracicaba e também da própria capital paulista, atendendo cerca de 3.200 no total. Esse hospital foi gerenciado pelo Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (Seconci-SP), organização social de saúde parceira da Secretaria de Estado da Saúde.

Figura 4: Hospital de Campanha – Ibirapuera



Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/governo-de-sao-paulo-apresenta-informacoes-sobre-o-combate-ao-coronavirus-13/>

O quarto hospital temporário, que esteve em funcionamento do dia 20 de maio de 2020 até 20 de setembro de 2020, localizado em Heliópolis, contou com 200 leitos implantados no terceiro andar e no estacionamento do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Barradas, atendendo cerca de 1.000 pacientes. O gerenciamento do AME ocorreu por meio de contrato com o Seconci-SP que também administrou o HCamp do Ibirapuera e outros equipamentos de saúde no Estado. Quando a cidade de São Paulo atingiu a “segunda onda” de contaminação, em janeiro de 2021, o HCamp foi reativado e operou até julho de 2021 com 44 leitos.

Figura 5: Hospital de Campanha - Heliópolis



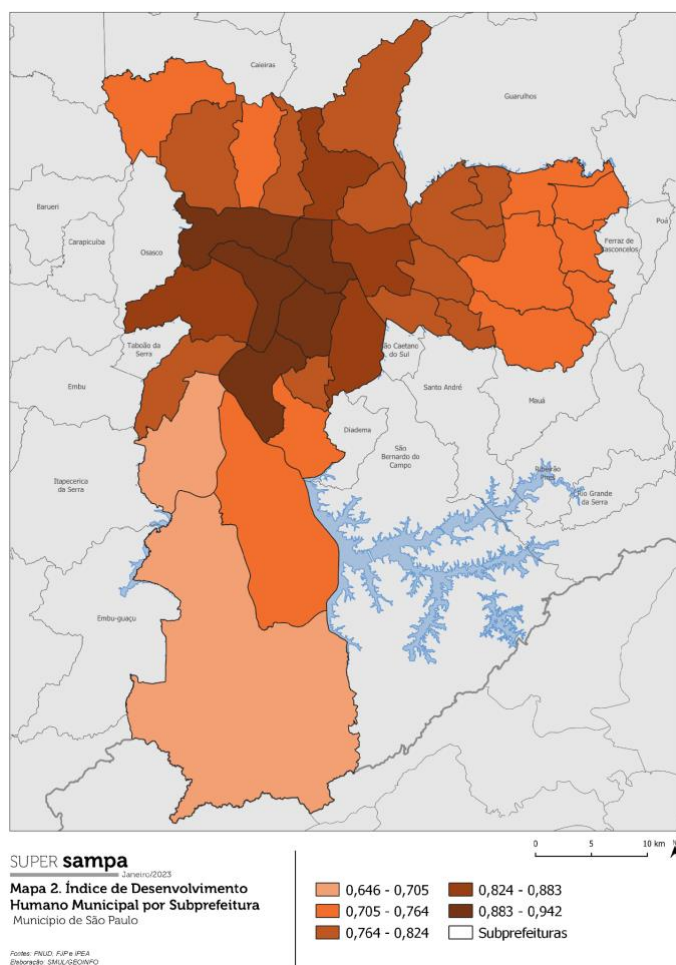
Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=409259>

2.2 OS HOSPITAIS DE CAMPANHA E A RELAÇÃO COM O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL (IDH-M)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é um dado composto por três fatores de desenvolvimento humano, sendo eles: longevidade, educação e renda. Estes três elementos têm o mesmo peso, calculados por médias geométricas, e as faixas de desenvolvimento humano são fixas, sendo:

- Baixo: menor que 0,550
- Médio: entre 0,550 e 0,699
- Alto: entre 0,700 e 0,799
- Muito alto: acima de 0,800

Mapa 1: Mapa de IDH-M por subprefeitura de São Paulo



Fonte: Prefeitura de São Paulo. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/licenciamento/desenvolvimento_urbano/dados_estatisticos/index.php?p=344658

Segundo os dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) do ano de 2017, fornecidos pela Prefeitura de São Paulo, foi possível identificar que os hospitais de campanha estão localizados em regiões classificadas com desenvolvimento “muito alto”:

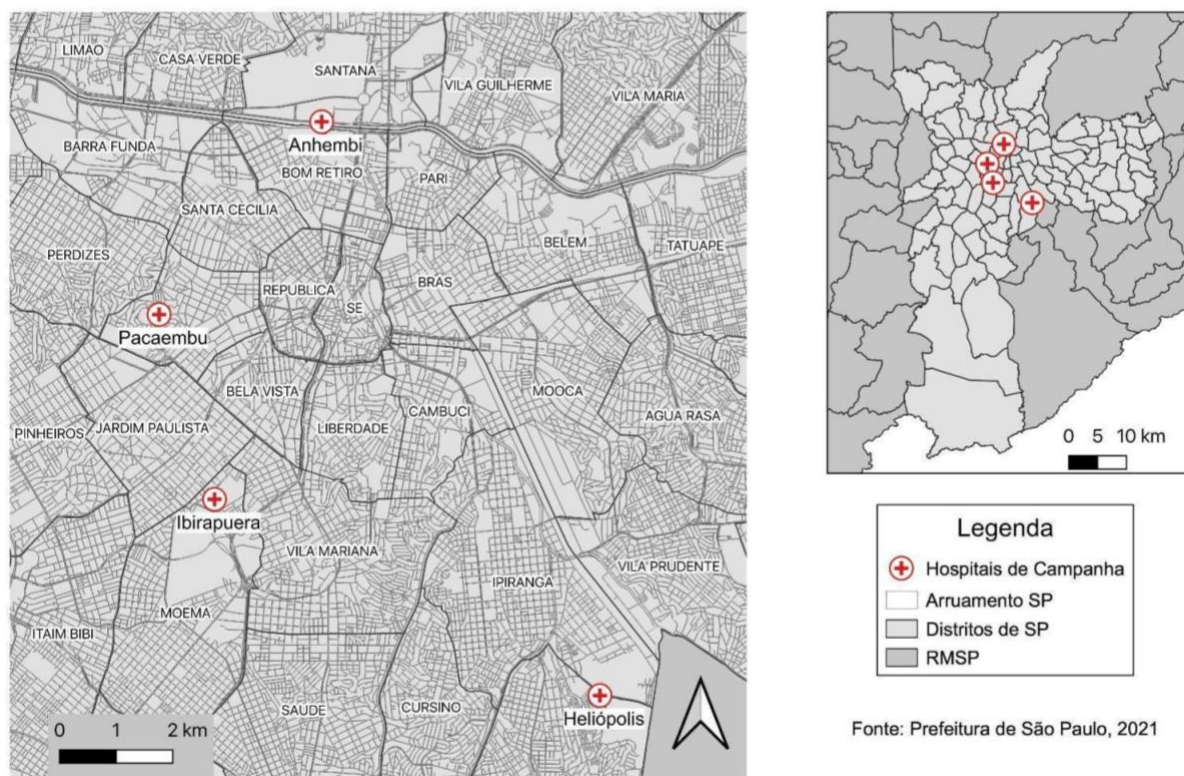
Tabela 1 – Localização dos HCamp na cidade de São Paulo, com suas respectivas prefeituras regionais e IDH-M

Hospital de Campanha	Localização	IDH- M
Anhembi	Prefeitura regional de Santana	0,869
Pacaembu	Prefeitura regional da Sé	0,889
Ibirapuera	Prefeitura regional da Vila Mariana	0,938
Heliópolis	Prefeitura regional do Ipiranga	0,824

Elaborado por Bruna Fligeri, 2022

Mapa 2 - Mapa da cidade de São Paulo com a localização dos hospitais de campanha.

Localização dos Hospitais de Campanha em São Paulo



Fonte: Prefeitura de São Paulo, 2021

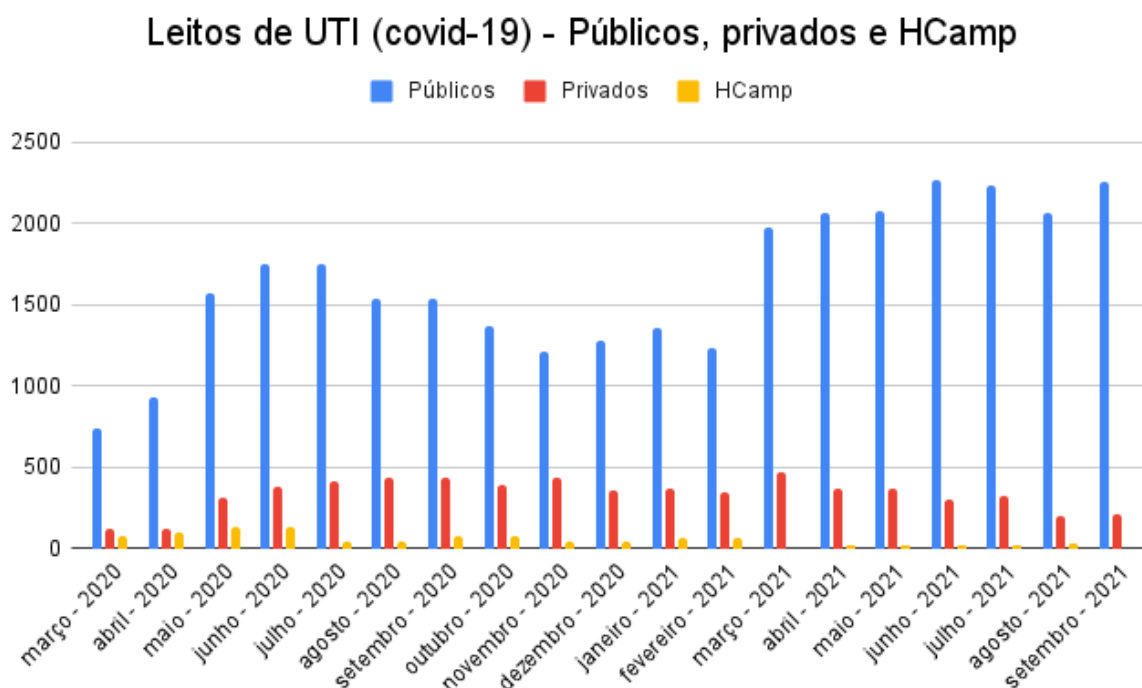
Elaborado por Bruna Fligeri, 2022

2.3 LEITOS NOS HOSPITAIS DE CAMPANHA

Para que se compreenda melhor o impacto dos hospitais de campanha construídos na cidade de São Paulo tem-se, como ponto inicial de investigação, o número de leitos públicos e privados, destinados a covid-19.

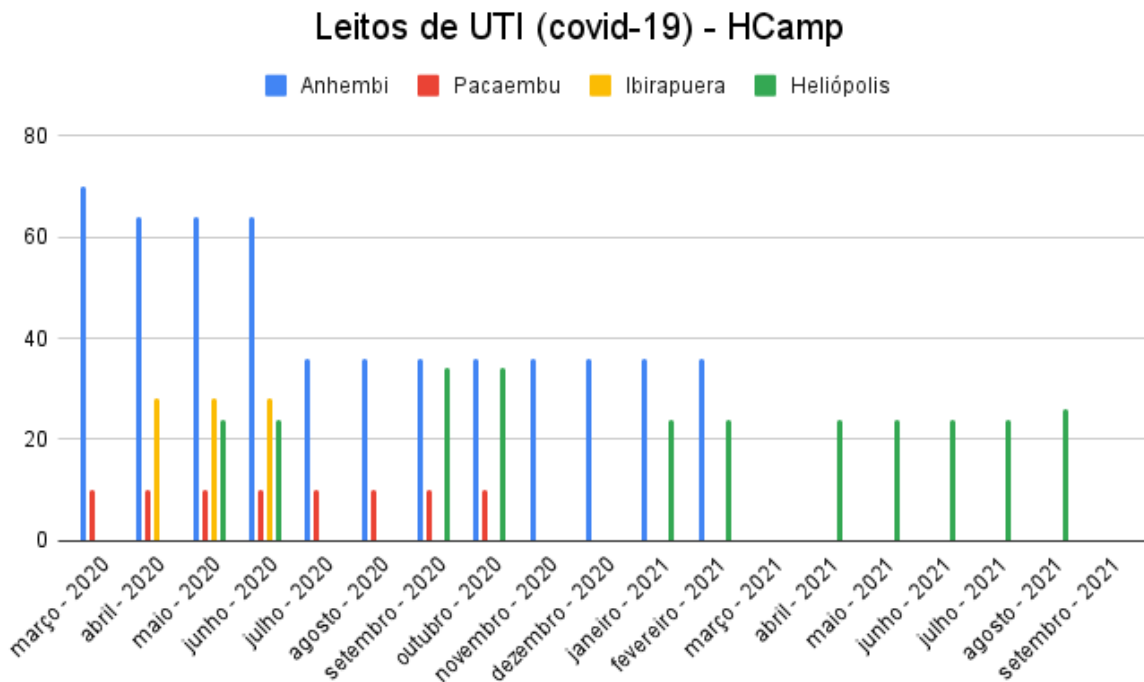
Os gráficos foram elaborados a partir de dados coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Neles, podem ser vistos a quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis de março de 2020 até setembro de 2021 e de leitos de suporte ventilatório pulmonar, disponíveis de julho de 2020 até setembro de 2021, todos esses sendo da rede pública, particular e dos hospitais de campanha.

Gráfico 1 - Número de leitos de UTI para covid-19, em hospitais públicos, privados e hospitais de campanha.



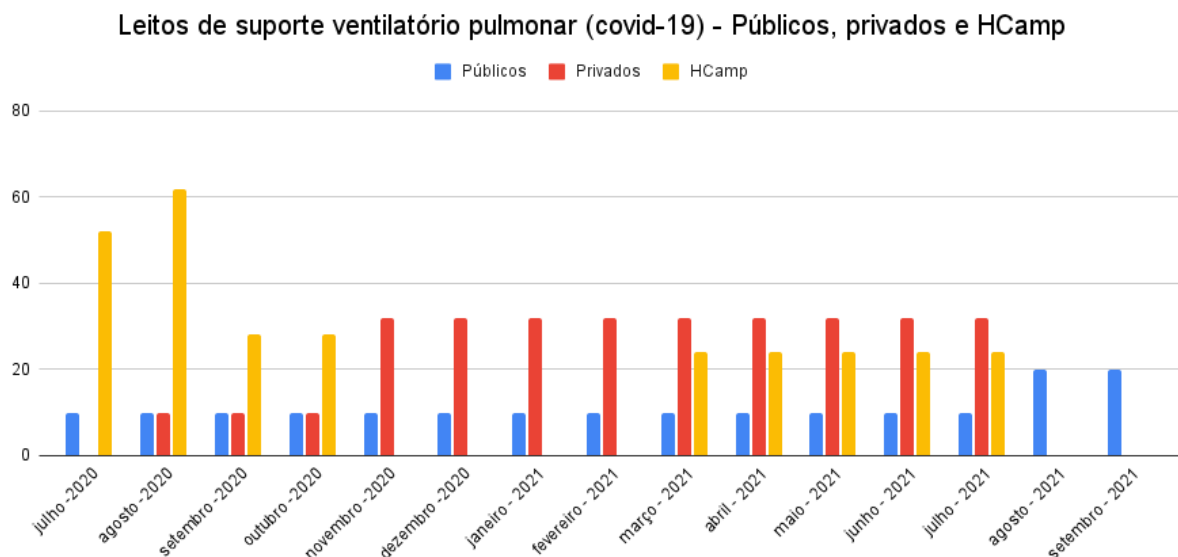
Elaborado por Bruna Fligeri, 2022

Gráfico 2 - Número de leitos de UTI nos hospitais de campanha



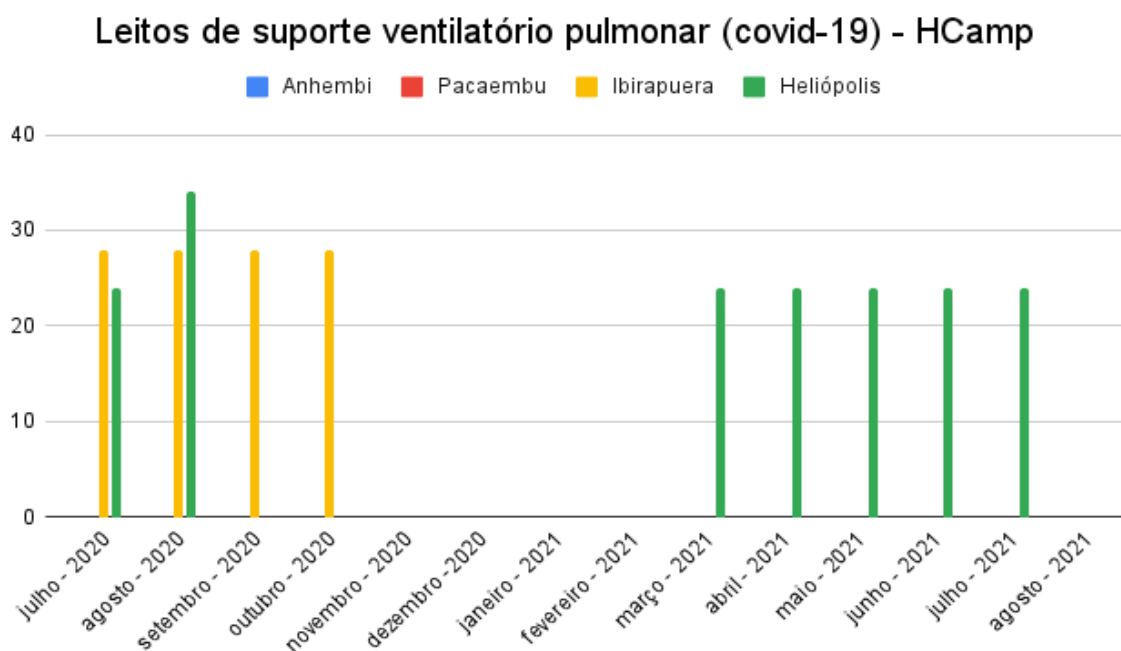
Elaborado por Bruna Fligeri, 2022

Gráfico 3 - Número de leitos de suporte ventilatório para covid-19, em hospitais públicos, privados e hospitais de campanha



Elaborado por Bruna Fligeri, 2022

Gráfico 4 - Número de leitos de suporte ventilatório pulmonar para Covid-19 nos hospitais de campanha



Elaborado por Bruna Fligeri, 2022

Na análise dos gráficos, nota-se que, a partir do mês de março de 2021, há o aumento do número de leitos públicos e a diminuição de leitos nos hospitais de campanha. Neste período, o Brasil passava pela “segunda onda” de contágios, na qual o vírus ficou mais transmissível e agressivo. Por isso, para garantir o suporte às pessoas acometidas pela doença, três hospitais públicos da capital paulista foram utilizados como “hospitais de catástrofe”, ou seja, hospitais que cederiam seus leitos para atender, exclusivamente, casos de Covid-19.

2.4 OS HOSPITAIS DE CATÁSTROFE

Em março de 2021, o até então secretário de saúde de São Paulo, Edson Aparecido, declarou que, para suprir a demanda de casos mais graves, alguns hospitais da capital teriam seus leitos reservados para este fim.

Para isso, três hospitais municipais da cidade de São Paulo foram selecionados: Hospital Municipal Doutor Arthur Ribeiro de Saboya, Hospital Municipal Professor Waldomiro de Paula e o Hospital Municipal Vereador José Storopoli.

O Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, também conhecido como Hospital do Jabaquara, construído no bairro do Jabaquara, em 1981, foi um dos selecionados para receber,

exclusivamente, casos de covid-19, tendo 360 leitos reservados (100 de UTI e 260 de enfermaria).

O Hospital Municipal Professor Waldomiro de Paula, construído em 1985, em Itaquera, teve 180 leitos (130 de UTI e 50 de enfermaria) para atender os acometidos pelo vírus.

O Hospital Municipal Vereador José Storopoli, conhecido como “Vermelhinho”, localizado na Vila Maria e construído em 1989, teve 100 leitos disponíveis para os contaminados.

Quando observado o IDH-M de cada prefeitura regional que abriga cada um desses hospitais de catástrofes, nota-se que esses estão localizados em regiões classificadas com desenvolvimento “alto”.

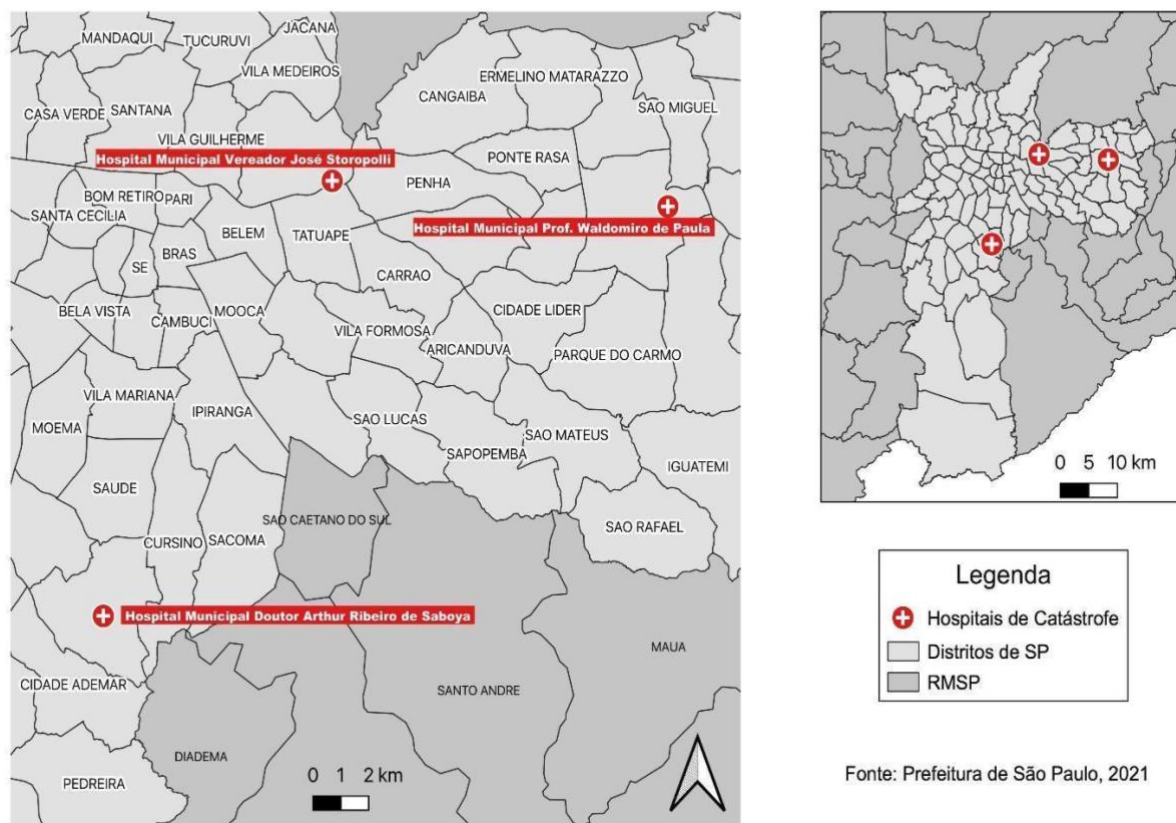
Tabela 2 - Localização dos hospitais de catástrofe na cidade de São Paulo, com suas respectivas prefeituras regionais e IDH-M.

Hospitais de Catástrofe	Localização	IDH-M
Hospital Doutor Arthur Ribeiro de Saboya	Prefeitura regional do Jabaquara	0,816
Hospital Waldomiro de Paula	Prefeitura regional de Itaquera	0,758
Hospital Vereador José Storopoli	Prefeitura regional da Vila Maria	0,793

Elaborado por Bruna Fligeri, 2022

Mapa 3 - Mapa da cidade de São Paulo com a localização dos hospitais de catástrofe.

Localização dos Hospitais de Catástrofe em São Paulo



Elaborado por Bruna Fligeri, 2022

Ao agrupar as informações sobre os dados de IDH-M por distrito e a localização dos hospitais de campanha e os hospitais de catástrofe, nota-se que nenhum desses hospitais foram instalados nas regiões de IDH-M baixo, ou seja, nas periferias, que tiveram o maior índice de contaminados e mortos pela covid-19.

Quando se observa a localização dos HCamp, há um ponto comum entre eles: todos foram construídos próximos às grandes avenidas e vias da cidade de São Paulo, o que leva a pensar que isso se deu pela facilidade de transferir os pacientes para hospitais e receber insumos para abastecer os hospitais de campanha.

Por sua vez, os hospitais de catástrofe estavam mais próximos das regiões periféricas, e tiveram maior número de leitos de UTI em relação aos HCamp, o que sinalizou um possível aceno à necessidade de auxiliar a população mais pobre, já que esta estava mais suscetível à contaminação.

No entanto, a criação desses hospitais, com centenas de novas vagas, reflete a

dificuldade da rede hospitalar em atender a demanda crescente, evidenciando a fragilidade do sistema diante da pandemia, na qual as áreas mais desenvolvidas da cidade, ou seja, as áreas centrais, tiveram um amparo do sistema de saúde, diferentemente das bordas da cidade que abriga o contingente populacional mais desfavorecido.

Por isso, a grande cidade, mais do que antes, é um pólo da pobreza (a periferia no pólo...) o lugar com mais força e capacidade de atrair e manter gente pobre, ainda que muitas vezes em condições sub-humanas. A grande cidade se torna o lugar de todos os capitais e de todos os que trabalham, isto é, o teatro de numerosas atividades "marginais" do ponto de vista tecnológico, organizacional, financeiro, previdenciário e fiscal. Um gasto público crescentemente orientado à renovação e à reabilitação urbana e que sobretudo interessa aos agentes socioeconômicos hegemônicos, engendra a crise fiscal da cidade; e o fato de que a população não tem acesso aos empregos necessários, nem aos bens e serviços essenciais, fomenta a expansão da crise urbana. Algumas atividades continuam a crescer, ao passo que a população se empobrece e observa a degradação de suas condições de existência. (SANTOS, 1993, p.10)

Este ambiente urbano promove uma dinâmica espacial e demográfica, que concentra em áreas privilegiadas recursos e infraestruturas, enquanto simultaneamente incorpora comunidades de baixa renda, carente de habitação, emprego, serviços de saúde e educação. Tal configuração intensifica os problemas sociais e perpetua a escassez de recursos entre aqueles menos favorecidos, mantendo-os presos num ciclo de pobreza.

CAPÍTULO 3. A DISTRIBUIÇÃO DA REDE HOSPITALAR

3.1 A REDE HOSPITALAR PAULISTANA E O CONTROLE SOCIAL POR MEIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo o estudo “São Paulo diversa: uma análise a partir de regiões da cidade”, realizado em janeiro de 2020, pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), constatou-se algumas fragilidades de cada região do município, por exemplo, a alta incidência de trabalho informal, a baixa renda domiciliar e dificuldades no deslocamento das pessoas no espaço urbano. Com isto, o levantamento mostra como essas adversidades são fatores que possibilitam a transmissão viral com maior rapidez. Segundo o levantamento, foi identificado que:

- 54,9% da Zona Leste e 53% da Zona Norte possuem a maior percentagem dos domicílios com renda proveniente apenas do trabalho.
- A escassez em equipamentos de saúde é maior na região Norte, seguida da região Leste e Sul.

A prática do distanciamento social acaba por explicitar que grande parte da população que reside nestas regiões periféricas é a que mais necessita trabalhar para garantir a sobrevivência, expondo-se mais ao vírus e, somado a isso, é o segmento da população com maior dificuldade ao acesso de serviços de saúde, caso sejam infectadas.

Diante disto, nota-se que a sociedade capitalista rege o modo de vida da população e as mudanças espaciais, resultando naquilo que Paul Singer denomina como “serviços de controle”. Segundo Singer (Singer *et al*, 1978), os serviços institucionalmente estabelecidos definem seu campo de atividade baseado nos diferentes interesses das classes sociais, no qual os serviços de saúde estão inseridos neste contexto, visto que são produzidos por este processo, que está intrinsecamente ligado às alterações do espaço urbano.

O espaço urbano é formado por um dinamismo que expressa as estruturas da formação socioespacial que está em constante transformação, visto que a todo momento acolhe novas funções econômicas.

A cidade grande é um enorme espaço banal, o mais significativo dos lugares. Todos os capitais, todos os trabalhos, todas as técnicas e formas de organização podem aí se instalar, conviver, prosperar. Nos tempos de hoje, a cidade grande é o espaço onde os fracos podem subsistir. (SANTOS, 2017, p.322).

Segundo Milton Santos, a forma, o tempo e os objetos são elementos que regem a história do urbano no território, trazendo uma articulação e, conseqüentemente, uma atualização do espaço, como a modernização e a inserção de serviços que atendam as necessidades sociais, ao mesmo tempo em que estabelecem uma lógica hegemônica, mas que na maioria das vezes acaba por proporcionar uma divisão social.

A rede hospitalar paulistana é de grande complexidade, pois nela existem hospitais públicos tanto gerais como especializados, evidenciando o porte, a diversidade da rede de prestação de serviços de saúde e o volume de atendimentos. Conforme se dá a modernização e especialização destes serviços, notamos que acabam por se concentrar em determinada região da capital paulista, o chamado Arco da Paulista (ANTAS JR., 2014).

A conformação dessas áreas da cidade especializadas na oferta de serviços e bens voltados à saúde é fruto de um processo mais ou menos longo, dependendo da variável que elegemos: os hospitais-escola e as universidades pertencem aos de cursos mais morosos e longos, e aí também podemos incluir alguns tipos de laboratório. Já a grande concentração de consultórios, companhias de seguro-saúde, redes de laboratórios de diagnósticos e determinadas plantas industriais são decorrentes de processos mais recentes e implementados de modo mais acelerado.

No chamado Arco da Paulista, pode-se notar o processo mais intenso de refuncionalização do espaço urbano, pelo qual bairros de alto padrão como Paraíso, Jardim Paulista, Cerqueira César (Jardins e Baixo Augusta), Bela Vista e Consolação, chegando até os bairros de Vila Mariana, Ana Rosa e Vila Clementino, cederam lugar, durante todo século XX, a hospitais, empresas públicas e privadas de serviços de saúde e também a laboratórios, inclusive com alguma produção industrial de fármacos e insumos hospitalares. Todas essas atividades lá se mantêm e se expandem até o presente momento. (ANTAS JR, 2014, p.126).

Segundo o estudo “Ciências da Vida Humana na Cidade de São Paulo”, realizado pela Fundação SEADE (2010, p.114), o Arco da Paulista é a região onde há o maior adensamento de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Uma de suas extremidades é o Quadrilátero da Saúde – composto pelo complexo do Hospital das Clínicas da USP, a Faculdade de Medicina (FMUSP), a Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP) – e sua outra extremidade é o Hospital São Paulo – ligado à Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

Mais uma vez, é possível notar que grande parte das prestações de serviços de saúde está concentrada em determinadas regiões, principalmente nas porções centrais da cidade, gerando desigualdades espaciais na prática destas atividades, sendo esta mais uma resultante das mudanças no espaço urbano.

um dos países mais afetados pela pandemia, os primeiros casos foram registrados em bairros centrais e de maiores rendas da cidade de São Paulo, de acordo com dados da prefeitura. Depois a epidemia passou a aumentar rapidamente nos bairros mais pobres e se alastrou para outras cidades. Porém, a mortalidade por covid-19 foi maior nas áreas de menor renda e escolaridade das zonas Leste e Norte (BARROZO, 2020). Ou seja, intensificar a rede de cuidados nas regiões periféricas foi e é fundamental para tratar daqueles que mais foram atingidos pela pandemia.

Diante disso, é possível perceber que, mesmo com os investimentos na área da saúde e a crescente institucionalização da medicina, a população mais abastada fica refém ao acesso aos serviços de saúde, o que nos remete a ideia de “controle social através dos serviços de saúde” (Singer *et al*, 1978)

[...] outra parte é dedicada a serviços que poderiam ser chamados de *controle*, cuja finalidade é evitar que contradições, seja no plano econômico, social ou mesmo natural, venham a perturbar a produção ou o consumo dos bens (materiais e imateriais) dentro da ordem constituída. Tais contradições podem provir do contato com o meio natural (como se originam muitas das enfermidades) ou do relacionamento dos homens entre si (que originam choques sociais, transgressão dos códigos de conduta, enfermidades mentais). Os Serviços de Controle atuam sobre essas contradições preventivamente – alterando o meio natural hostil ao homem, ajustando o indivíduo às normas do grupo – ou corretivamente – curando, punindo, reprimindo. Uma função importante dos Serviços de Controle em sociedades organizadas a partir da extensa e complexa divisão do trabalho é conciliar e compatibilizar as atividades de interesses dos indivíduos enquanto integrantes de unidades de produção e de consumo. Desempenham esta função, entre outros, os serviços financeiros, de fiscalização (da produção, trabalhista, sanitária etc.), os tribunais e também, em alguma medida, os serviços de saúde. (SINGER *et al*, 1978, p.13).

Em suma, o autor reforça que os serviços de saúde atuam como uma prática do controle social, ou seja, perpetua a reprodução da estrutura social e as condições de vida.

É importante ressaltar que malgrado os problemas nos serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel fundamental, visto que seu princípio é o acesso universal e igualitário aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. O SUS foi criado em 1988, juntamente com a promulgação da Constituição Federal, sendo esta a primeira vez que a saúde é julgada como direito de todo cidadão e dever do Estado.

Apenas depois de indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para o direito à saúde, a Constituição faz referência à garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Muitas dessas ações e serviços são responsabilidades intransferíveis do sistema de saúde, mas não é possível desconhecer o impacto das políticas econômicas e sociais sobre as condições de saúde da população. (PAIM, 2015, p.29).

Portanto é forçoso lembrar que todas as ações que os poderes públicos tomam em relação à saúde são custeadas pelo SUS, o que nem sempre fica claro para a população, sejam ações dos municípios, estados ou da União. Logo, como um patrimônio da seguridade social, o sistema público de saúde deve estar disponível e acessível à população como um todo, mormente para os segmentos mais desassistidos e vulneráveis.

O Sistema Único de Saúde desempenhou um papel fundamental no combate à pandemia da covid-19 no Brasil. Durante este período pandêmico, o SUS teve que se expandir rapidamente para fornecer assistência à população, incluindo a construção de hospitais de campanha, a ampliação da rede hospitalar e a vigilância epidemiológica e laboratorial ágil e eficaz. Além disso, também forneceu testes rápidos, atendimento hospitalar, assistência farmacêutica e ações de monitoramento e avaliação, demonstrando sua capacidade de dar respostas satisfatórias em tempos de crise. Outro ponto de destaque é a capilaridade do SUS, que está presente em todo o país.

Atualmente, o SUS está implantado em todos os estados e organizado em todos os municípios brasileiros que dispõem de secretarias e conselhos municipais de saúde. Portanto, um dos maiores avanços do SUS reside numa obra de gestão descentralizada para estados e municípios, num país com uma dimensão continental, com mais de 5.500 municípios, grandes desigualdades regionais e sociais, bem como uma complexa e específica federação. (PAIM, 2015, p.83).

Esta capilaridade facilitou a detecção de casos sintomáticos suspeitos, acompanhamento dos isolados domiciliares, a busca ativa de grupos de risco e as campanhas de vacinação, todas estas com a finalidade de minimizar os efeitos da pandemia e monitorar seus efeitos para além do pico da curva de casos.

A universalidade do SUS também foi evidenciada durante a pandemia, uma vez que a maioria da população brasileira dependeu destes serviços de saúde, o que salienta a necessidade de fortalecimento desse sistema, já que este foi destacado como crucial no enfrentamento da crise sanitária, com ênfase na necessidade de financiamento adequado e investimento em pesquisas e insumos nacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta da pesquisa foi estudar os hospitais de campanha (HCamp) construídos na cidade de São Paulo durante a pandemia da covid-19, levando em conta os locais de instalação, os custos operacionais, a quantidade de leitos disponíveis e de serviços de saúde na cidade (públicos e privados). A partir desses elementos, buscou-se analisar e refletir sobre o processo de instalação dos hospitais de campanha na capital paulista, principalmente, os fatores de influência, facilitadores e obstáculos.

Diante do que foi coletado e analisado, é perceptível a farta participação dos serviços públicos de saúde em relação aos serviços privados, o que reforça o papel fundamental do SUS, visto que seu princípio é o acesso universal e igualitário aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Infelizmente, como os recursos para a saúde costumam ser escassos, é importante que se faça um planejamento bem elaborado do número de leitos a serem instalados, para evitar o desperdício de recursos com leitos ociosos. Por isso, é notório o mau planejamento sobre a quantidade de leitos instalados nos hospitais de campanha, principalmente no HMCamp do Anhembi, visto que quase mil leitos ficaram vazios.

Sobre a localização dos HCamp, percebe-se um ponto em comum entre eles: todos foram construídos próximos à grandes avenidas e vias da cidade de São Paulo, o que podemos presumir que isso se deu pela facilidade para transferir os pacientes para hospitais e receber insumos para abastecer os hospitais de campanha, por serem locais de fácil acesso.

Por sua vez, na “segunda onda” de contaminação, há a desativação dos hospitais de campanha e a implantação dos hospitais de catástrofe, o que nos faz presumir que, com o aumento de casos e com o agravamento da doença, os hospitais teriam uma estrutura melhor do que os HCamp para atender aqueles que foram contaminados. Também, vale ressaltar que os hospitais de catástrofe estavam localizados próximos aos bairros periféricos, ou seja, nas regiões onde houve maior número de infectados e mortos pela doença.

A partir da teoria geográfica, foi possível analisar a relação entre a pandemia de covid-19 com o fenômeno da globalização e as desigualdades socioespaciais consequentes, além de utilizar estes elementos para formular políticas públicas para o enfrentamento de crises sanitárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, E. M; SZEFLER, S. J. COVID-19 and the impact of social determinants of health. The Lancet. 18. mai. 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanres/PIIS2213-2600\(20\)30234-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanres/PIIS2213-2600(20)30234-4.pdf)>. Acesso em: 21. Jun. 2020

ANTAS JR., R. M. Complexo Industrial da Saúde e Urbanização no Estado de São Paulo. Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege), São Paulo, V.10, n.13, p.117-140, 2014.

BAR-ON, Elhanan; ABARGEL, Avi; PELEG, Kobi; KREISS, Yitshak. Coping with the challenges of early disaster response: 24 years of field hospital experience after earthquakes. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, Israel, v. 7, n.5, p. 491-498, out.2013. Disponível em:<<https://doi.org/10.1017/dmp.2013.94>>. Acesso em 20. jun.2020.

BARROZO, L.V, et al. (2020) GeoSES: A socioeconomic index for health and social research in Brazil. PLOS ONE. v. 15, n. 4, e0232074. 29 abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232074>>. Acesso em 20. Jun.2020

FNS. Vacinação, pesquisa e transferência: iniciativas da Saúde fortalecem o SUS no combate à covid-19. Portal FNS, 2024. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/vacinacao-pesquisa-e-transferencia-iniciativas-da-saude-fortalecem-o-sus-no-combate-a-covid-19/>. Acesso em: 20 fev. 2024.

GOVERNO de SP entrega segundo Hospital de campanha, em Heliópolis. Governo de SP, 2020. Disponível em:<<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/governo-sp-entrega-segundo-hospital-campanha-heliopolis/>>. Acesso em: 19. jun.2020.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICA E GESTÃO HOSPITALAR. Hospitais de campanha e a expansão da capacidade de atendimento no enfrentamento à COVID-19. Disponível em: <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/hospitais-de-campanha-e-expansao-da-capacidade-de-atendimento-no-enfrentamento>. Acesso em: 20 fev. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva, et al. O que é o SUS. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. A dinâmica do IDH-M e suas dimensões entre 2000 e 2010 no município de São Paulo. N.29. São Paulo, nov.2017. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Informes_Urbanos/29_Dimensoes_IDH-M.pdf>. Acesso em: 20. jun.2020.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Hospitais. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_a_gravos/coronavirus/index.php?p=296086>. Acesso em 20. jun.2020.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Super Sampa. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/licenciamento/desenvolvimento_urbano/dados_estatisticos/index.php?p=344658. Acesso em: 25 jul. 2023.

SANTOS, Milton. A natureza do espaço. 4.ed. São Paulo: Edusp, 2017

SANTOS, Milton. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 15. ed. Rio de Janeiro: Record, 2019.

SANTOS, Milton. Técnica, espaço e tempo. Globalização e meio técnico-científico informacional. 5.ed. São Paulo: Edusp, 2013.

SANTOS, Milton. A urbanização brasileira. São Paulo, Hucitec, 1993.

SEADE. Ciências da vida humana na cidade de São Paulo. São Paulo: Fundação Seade/Île de France/PMSP/ESP, 2010. Disponível em: <<https://www.seade.gov.br/projetos/cienciasdavida/index.php%19menu=1>>. Acesso em: 28. jun. 2020.

SEADE. São Paulo diversa: uma análise a partir de regiões da cidade. São Paulo: Fundação Seade, 2020. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/Pesquisa-SEADE_Aniversario-SP_23jan2020.pdf>. Acesso em 20. jun. 2020.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

SP1. Hospital de Campanha do Ibirapuera vai começar a receber pacientes da região de Campinas, interior de SP. G1, São Paulo, 08. Jul. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/07/08/hospital-de-campanha-do-ibirapuera-vai-comecar-a-receber-pacientes-graves-da-regiao-de-campinas-interior-de-sp.ghtml>>. Acesso em: 08. Jul. 2021.