

## Desigualdades Sociais no Contexto da Epidemia: Um Olhar Sobre os Dados Nacionais

*Social inequalities in the context of the epidemic: a look at national data*  
*Desigualdades sociales en el contexto de la epidemia: una mirada a los datos nacionales*

Miguel Abud Marcelino

Convidados: Cristiano Siqueira Boccolini, Dália Elena Romero e

Cristina Maria Rabelais Duarte

Retextualização: Calebe Lima de Brito

18.06.2020

**Cristiano S. Boccolini** - graduado em Nutrição, fez doutorado e mestrado em epidemiologia, pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Fez parte do seu doutorado em Berkeley e o aleitamento materno e nutrição materno-infantil é seu tema de interesse primário. Pesquisador Colaborador do NIPPS, é também pesquisador do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, LIS/ICICT e professor de epidemiologia em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

**Dália Elena Romero** - Graduada em Sociologia pela Universidade Católica Andrés Bello, mestre em Demografia pelo Colégio do México e doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente é pesquisadora em Saúde Pública do Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Lis/Icict). Tem experiência na área de Demografia e Saúde Pública, especialmente nos temas de avaliação da qualidade da informação, envelhecimento e saúde do idoso, monitoramento de indicadores de saúde e componentes da dinâmica demográfica.

**Cristina Maria Rabelais Duarte** – Graduada em Nutrição, é doutora em Políticas Pública e mestre em Epidemiologia pela Escola Nacional Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Pesquisadora do NIPPS e do LIS/ICICT e professora titular da Faculdade de Medicina de Petrópolis, além de avaliadora ad hoc do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (Inep/MEC). Tem experiência em pesquisa, ensino e gestão acadêmica na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia e Políticas Públicas.

**Miguel** - Esse é um seminário do Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social – NIPPS, que visa a discutir as desigualdades sociais na pandemia causada pela Covid-19. Nossos palestrantes, seguindo a ordem de apresentação, serão: primeiro o Cristiano, depois a Dália e Cristina. Gostaria de dar as boas-vindas a todos e passar a palavra para o Cristiano, que vai falar sobre sistemas de informação para monitoramento da Covid-19.

**Cristiano** - Primeiramente, é importante abordar questões a respeito do Sistema de Informações e de como esses sistemas podem demonstrar as desigualdades ou, às vezes, torná-las invisíveis. O Brasil possui tradicionalmente um sistema de informações robusto e, sobre ele, podemos citar por exemplo, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Hospitalar (SIH), Agravos e Notificações (SINAN), Atenção Básica (SIAB) e, outros.

Temos assim, sistemas de informação que abarcam todo o ciclo de vida, desde o nascimento até a morte.

No caso do Covid-19, foi grande a surpresa de muitos ao perceberem que esse não foi incluído dentro do sistema que normalmente acompanha problemas semelhantes, como a dengue e a tuberculose (SINAN). O Ministério da Saúde decidiu logo no início da pandemia, próximo de fevereiro, criar o que eles denominaram de SUS-CAP. Esse, é um formulário desenvolvido em Redcap, que é uma plataforma de coleta de dados. Embora seja um formulário com boas informações, eles poderiam ter utilizado simplesmente os sistemas que o Brasil já possuía, como o SISVEP-GRIPE que já está funcionando há alguns anos no Brasil. Eles começaram a coletar desde os primeiros casos até o final de março aproximadamente. Todavia, logo depois eles migraram para outro sistema, o e-SUS-VE, que faz a notificação de vigilância epidemiológica no SUS e, também migraram para o SISVEP-GRIPE. Dessa forma, houve 3 sistemas de informações para notificar casos no Brasil.

O e-SUS-VE capta casos leves e moderados de Covid-19 que são atendidos na atenção básica e nas redes particulares; caso ocorra hospitalização por causa da Síndrome Respiratória, esses casos são notificados via SISVEP-GRIPE. Todas essas informações estavam disponíveis para o público, a exceção era a SUS-cap. Por isso, nossa equipe empenhou-se para que, via Lei de Acesso à Informação, o Ministério da Saúde (MS) liberasse essa base de dados. Essas informações estão disponíveis de forma individualizada, ou seja, é mostrado para cada indivíduo testado o resultado caso seja positivo ou negativo, apenas não mostra dados que devem ser deixados no anonimato, como nome e endereço. Embora seja importante que essas informações mantenham-se anônimas, temos problemas para saber se uma pessoa que teve suas informações notificadas no SUS-cap também a teve em outros sistemas, como o e-SUS-VE. Assim, podemos supor que alguns casos podem aparecer duplicados nos números. Porém, ainda há muita subnotificação e, ainda, a rede privada em sua maioria não usa o sistema de informações e acaba por não notificar casos suspeitos ou confirmados de Covid-19. Por exemplo, os laboratórios particulares que fazem teste sorológico de PCR podem, eventualmente, não notificar. Deveria haver a obrigatoriedade de notificação, todavia, na prática não ocorre.

No caso do óbito, é possível obter dados através do certificado de óbito, registrado no cartório entre 24-48 horas após o falecimento da pessoa. Há a notificação dos municípios, que é feita de modo manual para o Ministério da Saúde e esse, repassa as informações via Sistema de Informação de Mortalidade, o SIM. Então, a população obtém acesso à declaração de óbito. Porém, também temos acesso às informações das mortes de hospitalizados no SISVEP-GRIPE, de modo que não saibamos novamente se há informações duplicadas.

Além desse problema da duplicidade de informações, os sistemas também demoram a processar esses dados e a conceder as informações. Por exemplo, o SIM tem problemas com o tempo de demora entre o registro da morte ser feito e digitado pelo município, enviado ao Ministério da Saúde, verificado e ser contabilizado. Por isso, é possível ouvir nos noticiários falas como: 1000 casos novos e 350 nas últimas horas. Isso, ocorre devido à demora que os municípios naturalmente têm para transmitir as informações de novos óbitos. Ademais, há uma grande quantidade de indicadores e esses, podem ser usados de diversas formas segundo as intenções de quem os utiliza e acabamos por observar seu eventual uso político.

Esses dados são muitos, variados e complexos. Por isso, precisam ser consolidados e compilados para serem transformados em informação para a população. Por exemplo, há o número de óbitos, casos de óbitos acumulados, casos de óbitos diários, taxa de mortalidade total e padronizada. A taxa de mortalidade total pode ser obtida ao considerar o número de mortes por Covid-19 e dividi-lo pela população residente e, após isso, deve haver a multiplicação do resultado por 100.000. A padronizada é um pouco mais complexa e exige certo ajuste para as faixas etárias daquele país ou local. Já a taxa de letalidade, é determinada pelo número de óbitos, de forma que o numerador seja o número de óbitos e o denominador, o número de casos de Covid-19. Isso ocorre pois precisamos saber quantos doentes têm na população. Essa questão é importante porque levanta um problema, que é o fato de estar havendo testes com menor intensidade e volume do que deveria haver. Os casos ao redor do mundo que obtiveram sucesso, foram justamente aqueles que mais testaram, como é o caso da Coreia do Sul e, também, da Nova Zelândia. Porque assim, é possível descobrir quais foram as pessoas que testaram positivo, quais faleceram e assim, podemos descobrir a taxa de letalidade do Covid-19, que costuma ficar em torno de 1 a 2% nos países citados.

Países que não conseguem testar proporcionalmente a sua população como o Brasil, tendem a possuir uma taxa de letalidade maior como é o caso do Estados Unidos da América que, embora teste em grande volume, ainda testa de maneira insuficiente para cobrir o total da população. Assim, a letalidade flutua em valores próximos à 8 ou 10%.

No caso da mortalidade proporcional - total de óbitos que acontecem naquele dia, semana ou mês, e quantos desses são devidos ao Covid-19 - pode-se supor que entre 5 à 6% dos óbitos que estão acontecendo hoje no Brasil devem-se ao Covid-19.

É possível inferir, a partir dessas informações, que há um grande volume de dados complexos para serem administrados o que exige grande esforço para relacionar as diversas fontes de entrada com diversos vieses. São dados que possuem grande potencialidade para fornecer informações, porém caso levemos em conta a grande quantidade de dados, a diversidade que há em uma população tão heterogênea, do ponto de vista social e econômico, em um país com dimensões continentais como o Brasil, temos que admitir o grande desafio que é traduzir isso em informações nítidas e palpáveis.

Compreender a grande variedade de dados, as desigualdades e heterogeneidades que existem no país, permite perceber o fato de que embora seja muito repetido que o vírus não segue a classe social, ao olhar as informações que retornam, compreende-se as desigualdades na velocidade como ele se espalha em certa população ou região caso comparemos com outra. Isso, pode ser exemplificado pelo fato de a população negra e pobre ser mais atingida. A grande questão é que com as informações sendo feitas como estão, há certa dificuldade em perceber a desigualdade em e meio a pandemia, uma vez que há a informação que pessoas estão morrendo mas não existem dados suficientes para comparar as diversas particularidades dentro da sociedade brasileira, de modo que seja difícil averiguar com os dados a desigualdade que vemos na realidade, no caso da pandemia. Ainda assim, pode-se depois de analisar cuidadosamente, perceber certos padrões e observar que, por exemplo, a população idosa sofre com uma taxa de mortalidade maior, homens são infectados e morrem mais rapidamente que as mulheres e, negros possuem, proporcionalmente, uma taxa de mortalidade de 20 a 30% maior que a população branca.

Por fim, é necessário enfatizar que há boas iniciativas para transmitir dados à população, como o Portal da Transparência do Covid-19, que avalia como essas informações são produzidas e disponibilizadas para a população. Ao analisar o que por ele é oferecido, percebe-se um padrão altamente desigual no Brasil ao entender que estados e municípios têm sido negligentes para comunicar o avanço da doença. Outro exemplo de boas iniciativas, é disponibilizado pelo ICICT da FIOCRUZ, que é o Monitora Covid-19 que faz um trabalho exemplar para reunir dados e nos apresentar as informações pertinentes. Dessa forma, é preciso reafirmar a grande complexidade de dados que há e enfatizar o fato de haver grande subnotificação, próximo de 40%, que nos permite apenas enxergar na curva da pandemia a informação de cerca de duas semanas anteriores à que estamos, de forma que, se temos 50.000 óbitos, possivelmente na realidade há algo em torno de 70 mil.

**Miguel:** Nós agradecemos a participação do Cristiano! Agora vou passar para a professora Dália, falando sobre as desigualdades sociais e o impacto da COVID-19 em idosos.

**Dália:** Bom, queria agradecer à Cristina pelo convite, e especialmente a todos vocês por estarem aqui para escutar um pouquinho sobre a desigualdade e saúde do idoso.

Bem, para dar início a minha apresentação, primeiro é preciso esclarecer a diferença que há entre o envelhecimento individual e o envelhecimento populacional. Além disso, deve-se observar que o Brasil é um exemplo no que tange não apenas leis e políticas mas também um Sistema Universal de Saúde que cubra a época da velhice. Isso, porque na maior parte dos países esse é um dilema para a pessoa idosa, que normalmente já sofre com a desigualdade conforme avança em idade. Assim, cabe que esses conceitos à respeito do envelhecimento sejam desmistificados. O individual, retrata um processo orgânico e natural, que parece inevitável independente do avanço tecnológico. Já o

envelhecimento demográfico populacional, depende da estruturação social por idade da população. O caso do Brasil é um exemplo de um país que envelheceu, não porque aumentou a expectativa de vida como a mídia coloca, pois embora tenha ocorrido, possui baixo impacto nesse aspecto no caso brasileiro. O que determinou o envelhecimento demográfico em vários países da América Latina na verdade, foi a diminuição da fecundidade de maneira rápida e acentuada. De maneira que, ao olhar para a questão do Covid-19, seja possível perceber que haverá rejuvenescimento na estrutura demográfica brasileira. Então, tudo o que foi dito no ano passado, que se deve aumentar a idade da aposentadoria porque o brasileiro estava vivendo mais, deve ser revisto. Ano passado era possível ouvir que o idoso com 60 anos de idade era forte e saudável e por isso, deveria trabalhar mais e, agora estamos falando que ele é fraco e doente, que tem que ficar em casa. Para melhor entender essas questões e ampliar a reflexão à respeito do contexto do envelhecimento, é preciso citar o livro *A Velhice*, que trabalha esse tema que estamos abordando de forma brilhante, como é possível perceber no trecho “Terrível não é a morte, mas a velhice e seu cortejo de injustiças”. *No Brasil morrer idoso e por uma causa como a Covid-19 implica em um cortejo de injustiças*.

Após trabalhar essas questões à respeito da velhice, é preciso abordar um aspecto importante para a questão do idoso no Brasil, que é o SUS. Embora tenha problemas que devam ser consertados e que todos aqui tenham críticas, porque sempre haverá, deve-se considerar a importância desse sistema. Para isso, pode-se analisar um dado que revela o ponto central da importância do SUS quando tratamos o tema da velhice. Esse dado demonstra a população de acordo com o estrato social e, podemos perceber que mesmo em pessoas de classe média e alta, quanto maior a idade, menor é o número de pessoas com plano de saúde. Isso, significa que quanto maior a idade da pessoa, mais dependente do SUS ela é. Por isso defender o SUS, não é apenas defender os interesses dos mais pobres ou de apenas parte da população, mas é defender o direito de toda a população.

Dito isso, de acordo com a pesquisa feita por nossa equipe, encontramos diversos dados sobre a desigualdade social no que tange ao ser idoso no Brasil. A primeira questão levantada nessa pesquisa é que o Brasil é um país extremamente desigual territorialmente, principalmente para o idoso. Isso, porque nem todos os idosos são iguais e são ainda mais distintos quando trabalhamos as diferentes regiões do Brasil, por exemplo quando comparamos um idoso da região norte e outro da região sudeste. A população idosa analfabeta no Brasil, segundo uma estimativa de 2014 feita pela pesquisa nacional por amostra à domicílio, é bem alta por exemplo. No sistema da FIOCRUZ, o SISAP-IDOSO, é possível observar que 63% dos idosos na região nordeste são analfabetos funcionais, ou seja, não conseguem interpretar a informação que quer ser transmitida pelo texto. Essa questão deve ser motivo de preocupação porque, do modo que têm sido abordada a promoção da saúde em tempos do Covid-19, é impossível pensar que tudo será realizado pelo telefone e pela internet.

Uma pesquisa que em breve estará na revista, trata a questão da desigual mortalidade segundo raça-cor durante todo o século XXI, porém sem os dados do Covid-19. Nela, é possível observar que a idade média da morte de um indígena em 2017 era de 45 anos. Isso significa que todos os que morreram tiveram em média 45 anos, enquanto que em uma pessoa branca teve a média de 68 anos de idade. A partir desses dados, é possível realizar o questionamento de quem tem direito a morrer como um idoso no Brasil.

A primeira morte por Covid-19 no Rio de Janeiro, um idosa de 62 anos - mostrou um pouco do grande problema que seria o Covid-19 para a nossa realidade. Esse caso foi de uma idosa, que se contagiou na casa em que trabalhava como empregada doméstica no Leblon, bairro de classe alta. Faleceu no município onde morava, em meio à pobreza. Isso, demonstrou como iria ocorrer a pandemia a partir dali uma vez que esse vírus chegou aos países por meio dos aviões. No Brasil, as pessoas de classe média e alta estavam viajando e até hoje exigem que a empregada doméstica em meio a pandemia continue indo às suas casas para trabalhar. Esse mesmo problema aconteceu com os cuidadores dos idosos e com os entregadores também. Assim, podemos perceber por exemplo, que em Niterói a idade média das mortes dos casos de COVID, era de 76 anos enquanto que em Belford Roxo era de 57 anos. Isso, mostra a diferença entre uma pessoa pobre de 60 anos pra uma rica com a mesma idade. É totalmente diferente a idade corporal - física. Petrópolis por exemplo, era 65 anos enquanto Itaguaí, 44.

Por causa desses dados e da preocupação com os mesmos, o ICICT<sup>123</sup> – sob a coordenação de Célia Landmann e Deborah Carvalho em uma parceria da FIOCRUZ com a Universidade de Minas Gerais - iniciou uma pesquisa, chamada de ConVid. O objetivo foi estudar pessoas que estavam em isolamento social e durou de 24 de abril à 24 de maio, houve 45.000 respostas e desse total, 9.000 respostas dos idosos – 20%. Observou-se a partir disso, o quanto a pandemia afeta de maneira desigual, não apenas a morte, mas o dia a dia dos idosos. Por exemplo, foi percebido que um em cada dois idosos que trabalhavam, não tinha vínculo empregatício. Então, muitos idosos não estão aposentados e têm que trabalhar e os que estão, também têm, porque alguns estão em condição de pobreza, e nós vimos que 20% dos domicílios brasileiros dependem da renda do idoso. Podemos concluir desse dado também que, com a pandemia, a renda do idoso foi muito afetada. Outro fato percebido foi que mais de 30% dos idosos que estavam trabalhando, exerciam uma atividade essencial (como enfermagem ou motorista de ônibus).

Outro dado importante encontrado, foi sobre domicílios com idosos e seus cuidadores. Observou-se na Pesquisa Nacional de Saúde feita em 2013 que de cada 10 domicílios pelo menos 3 têm um idoso e, desses domicílios, 1 a cada 10 têm um idoso em casa que precisa de cuidado para comer, para fazer alguma atividade da vida diária. Na pesquisa realizada durante a pandemia, a Covid, observou-

---

<sup>123</sup> ICICT – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.  
Intervozes: trabalho, saúde, cultura. Petrópolis, v. 5, n. 1, p 114-128, maio 2020

se que de cada 100 idosos que precisava de cuidado, havia 20% como cuidadores contratados e 72% era alguém não contratado, como um familiar. Percebeu-se que normalmente uma mulher adulta, da própria família, que fica por conta do cuidado. No caso de pessoas da cor branca há muito mais cuidadores contratados. Porém, quando a família é pobre, e isso está relacionado à cor, quase não há cuidador contratado. Nessa etapa em que tanto se falou do isolamento social, mais da metade dos cuidadores continuaram a trabalhar, continuaram pegando ônibus, saindo para trabalhar.

A solução para essa questão não é simples e, talvez, se houvesse o aumento do alcance da Atenção Primária, seria possível acompanhar mais idosos nessa pandemia e auxiliá-los nessa jornada. Entretanto, o que é observado é o enfraquecimento de alguns setores da Atenção Primária, principalmente na pandemia, como é o caso do agente de saúde na comunidade. Talvez, com um melhor acesso à saúde da família, mais fortalecida, com conexão à alguém como o agente, que estivesse conectado à realidade do indivíduo, que ligasse e o acompanhasse, provavelmente não haveria tantos problemas com a saúde do idoso quanto estamos tendo nessa pandemia.

Por fim, é preciso entender que a morte de um idoso pobre é uma morte para todos também, uma perda para o Brasil e, é a reprodução não apenas da pobreza, mas da tristeza.

**Miguel:** Muito obrigado Dália, excelente apresentação. A questão do idoso perpassa também por estudos que estamos fazendo no NIPPIS em relação às pessoas que são usuárias do Benefício de Prestação Continuada. Nesse sentido, eu gostaria de chamar atenção pra uma questão interessante: foi aprovado recentemente um aumento do recorte de renda *per capita*, para acesso a esse benefício, mas vai precisar de regulamentação ainda para o próximo ano. Com isso podemos observar a importância dos cadastros sociais, ainda mais pra situação como essa agora que estamos vivendo. Se as pessoas mais pobres já estivessem efetivamente cadastradas, a distribuição de renda seria mais efetiva. Isso é um problema em tempos de pandemia para as pessoas em extrema vulnerabilidade social, o que inclui muitos idosos que normalmente têm que sustentar suas famílias e se expor ao risco trabalhando, em meio a esse cenário caótico.

Bom, eu vou aproveitar e passar a palavra pra Cristina, que vai falar sobre os dados nacionais relacionados à desigualdades na pandemia.

**Cristina:** Gente, boa noite. Antes de mais nada eu queria muito agradecer ao Cristiano e à Dália pela gentil participação e excelentes apresentações. Eles são dois colegas lá da FIOCRUZ e a gente tem trabalhado sob bastante pressão, porque o trabalho de pesquisa nessa época tem sido tenso e quem trabalha com dados sempre trabalha tenso pra analisar e, principalmente, pra correr atrás do dado!

Primeiramente, pra abrir a minha fala, queria provocar uma reflexão à respeito dos dados atualizados ontem à noite: 959 mil casos acumulados no Brasil, 29 mil casos novos, 46 mil óbitos acumulados e 1.144 óbitos registrados novos ontem, 17 de junho<sup>124</sup>.

É importante dizer que a infecção por Coronavírus e todas as outras enfermidades, entre as quais, todas as que motivaram alerta da OMS para emergência de saúde de interesse internacional, são fruto da forma como o homem se relaciona com a natureza.

Essa é a sexta vez que a OMS declara emergência de interesse internacional desde a sua criação em 1948. Uma emergência global em saúde é decretada pela OMS quando um evento extraordinário de saúde constitui um risco de saúde para outros países pela possibilidade de disseminação da doença, exigindo uma resposta coordenada de vários países. Esse critério foi definido por meio da edição de um regulamento sanitário internacional. A primeira vez que foi decretada emergência foi em 2009, com a H1N1 que matou na época 18.500 pessoas em todo mundo, embora o número possa ter sido até 15 vezes maior. Em 2014 foi por causa da poliomielite, vigente até hoje – são 10 países da Ásia, Oriente Médio e África que tiveram surtos ativos. Em 2016 foi por causa da Zika. Em meados de 2016, 87 países e territórios tiveram evidências de transmissão. Ela foi encerrada em novembro de 2016. Epidemias de Ebola foram caracterizadas por duas vezes como Estado de Emergência em Saúde Pública. Em 2014, com 11.000 mortes e quase 30.000 infectados na Ásia Oriental, Serra Leoa Guiné e Libéria. E em 2019, que segue até hoje, devido à epidemia na República do Congo, que registrou 2.200 mortes e 3.300 infectados desde agosto de 2018 até fevereiro de 2020.

A pandemia que estamos vivendo não é democrática. A saúde, na verdade, não é democrática. Nunca foi.

Na segunda metade do século passado, em 1980, a mortalidade infantil no Brasil batia mais de 80 óbitos a cada 1000 nascidos vivos. No nordeste brasileiro era de 130 e no Sul era de 58. Morria-se de diarreia, pneumonia e deficiências nutricionais, todas relacionadas à fome. Hoje a mortalidade infantil está em torno de 12 óbitos para cada 1000 nascidos vivos no Brasil. Diminuiu bastante, mas as diferenças continuam. No Norte e Nordeste, respectivamente, 15 e 13 crianças morrem antes de completar um ano, enquanto que no Sul 9,9 morrem nesta fase, quando a vida deveria apenas estar começando.

O que convencionamos chamar de Determinantes Sociais da Doença, como categoria de estudo que muitos dos alunos aqui já aprenderam, é um modelo de explicação do processo do adoecimento humano, e é justamente a face mais cruel que a pandemia desnuda sem pudor, violentamente, como um tsunami. É importante refletir sobre o que estamos chamando de Determinantes Sociais da Doença, especialmente porque não é apenas na pandemia que eles se aplicam na hora de explicar as

---

<sup>124</sup> Na data dessa publicação já são mais de 10 milhões de casos e 250 mil mortes por Covid-19.

diferentes formas de adoecimento. Compreendê-los e incorporá-los dentro do planejamento de políticas públicas têm sido e certamente será um grande desafio no momento pós-pandemia. Admitir que o processo de adoecimento também é determinado socialmente, pressupõe dizer que a saúde não é apenas um fenômeno biológico, mas fruto de processos sociais históricos, que são formas específicas de relações entre as pessoas e dessas com a natureza. Em outras palavras, as doenças não são produzidas exclusivamente pela ação externa de um ambiente agressivo ou pela forma como determinado organismo reage à agentes patogênicos como, por exemplo, o COVID-19, mas são fruto de um conjunto de sistemas complexos de efeitos produzidos pela interação entre pessoas e os meios onde vivem - ambiental, cultural e histórico. Um sistema que têm que ser visto como um todo, onde os seus componentes interagem, e também como processual, isto é, que muda no tempo.

No Brasil, assim como em todas as sociedades de classes, a relação entre as classes determina as diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida. O maior ou menor desgaste no trabalho e a maior ou menor possibilidade de acesso aos bens e serviços necessários à sobrevivência estão diretamente relacionados à classe social a qual cada sujeito pertence. Assim, a estratificação da sociedade em classes, molda as desigualdades sociais, já que configura e contribui para a distribuição desigual dos fatores que determinam a doença e o bem-estar – sejam eles materiais, biológicos, psicossociais ou comportamentais. Diferentes padrões de acesso à bens e serviços, resultam em diferentes formas de se viver, adoecer e morrer – ou seja – resultam em diferentes perfis epidemiológicos. Admitir a importância dos determinantes sociais na saúde de indivíduos e populações implica em combater as iniquidades ou desigualdades em saúde que eles geram.

É importante sublinhar que as desigualdades sobre as quais estamos falando ou iniquidades sociais em saúde, são diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas socialmente, que são sistemáticas, ou seja, que se repetem, reproduzindo um padrão, atingindo grupos específicos que se tornam mais vulneráveis em termos sanitários.

Para estudiosos de determinantes sociais da doença, trabalhar com o conceito de vulnerabilidade têm sido mais revelador para compreender a dinâmica do adoecer e do morrer. No caso do coronavírus, o termo vulnerabilidade nos ajuda a entender elementos sociais e econômicos que interferem na capacidade das comunidades ou populações de se prevenirem ou buscarem um tratamento. É o caso de comunidades sem saneamento básico e disponibilidade de água e sabão para higienizar as mãos e que moram longe de hospitais com estrutura médica completa. Vulnerabilidade é um termo originado da discussão sobre direitos humanos, geralmente associado à defesa de interesses de grupos ou indivíduos fragilizados. Para essa apresentação, gostaria de considerar a definição de grupos vulneráveis como o grupo de pessoas que por motivação diversa tem o acesso, participação e/ou oportunidade igualitária dificultada ou vetada à bens e serviços

universais disponíveis para a população. São grupos que sofrem tanto financeiramente, quanto social e psicologicamente os efeitos da exclusão, seja por motivos de gênero, etnia, cor da pele, pobreza ou falta de escolaridade, presença de doença física ou mental, entre outros. São essas iniquidades que deixam expostos os mais vulneráveis, que a epidemia de coronavírus agudizou em todo o mundo.

Apesar das dificuldades criadas pelo governo federal para obtermos dados que nos revelem as nuances da desigualdade como Cristiano abordou na fala dele, algumas pistas deixam claro quem sofre e morre mais no Brasil de coronavírus. É indispensável começar dando o rosto e nomeando alguns dos primeiros casos, como fez a professora Débora Diniz na aula 5 do curso pandemia e periferia que é organizado pela Universidade Emancipa, ligado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. A professora falou no dia 9 de junho e também faz um belíssimo e emocionante trabalho no instagram: @reliquia.rum, ao recriar a vida dos que mais estão morrendo e sofrendo nessa pandemia. Durante a aula, a Débora lembrou da dona Cleonice, que foi o primeiro caso no Rio de Janeiro, também citado pela Dália, que contraiu a virose da patroa que havia retornado de uma viagem da Itália. Morreu porque não lhe avisaram que a patroa estava doente. Lembrou também o caso de Selidalva Marques de 38 anos – no final da gravidez, morreu junto com seu bebê no dia 28 de abril de COVID na cidade de Francisco Morato. Selidalva era enfermeira e era negra.

Entre os enfermeiros, 85% são mulheres, nessa profissão os homens estão no cargo de chefia. Entre os enfermeiros com nível superior, 38% são negros ou pardos, proporção que chega a 53% em técnicos e auxiliares, os que estão na linha de frente. Segundo registros do Conselho Federal de Enfermagem até 7 de maio já haviam ocorrido 80 óbitos de profissionais de enfermagem no Brasil, no Estados Unidos o maior epicentro atual da pandemia, esse número era de 46 e na Itália, 35. Ontem, tivemos mais de 203 óbitos confirmados por Covid-19 na equipe de enfermagem.

A professora Débora finalmente falou da dona Mirtes, mãe de Miguel, que morreu por negligência de sua patroa branca enquanto ela passeava com os cães. Como Selidalva, dona Mirtes também era negra. Ela, junto com o filho, e a mãe dela, dona Martinha, estavam trabalhando em atividades não essenciais em meio à recomendação de distanciamento social.

No Brasil, na população entrevistada na última PNAD, o trabalho doméstico remunerado era opção para 18% de mulheres negras e para 10% de mulheres brancas. 40% dos domicílios tinham a mulher como referência e como chefe de família, sendo que em 34% dessas casas havia a presença de um cônjuge. Entretanto, mais de 98% das mulheres deveriam fazer o trabalho doméstico, caracterizando a dupla jornada. A jornada semanal média da mulher superava em sete horas e meia a jornada masculina. Na pirâmide da estrutura de renda e trabalho, o ápice é ocupado por homens brancos, seguido por mulheres brancas, depois por homens negros e finalmente a mulher negra.

É necessário mencionar que pesquisas indicam que com a pandemia houve o aumento da violência doméstica contra a mulher. Na América Latina houve um aumento de 50% nos registros de abuso doméstico na Colômbia. O feminicídio aumentou 65% na Venezuela em abril. No México, as chamadas de emergência que relatam ataques às mulheres aumentaram em mais de 50% em comparação com o mesmo período do ano passado. No Brasil as denúncias de violência doméstica registradas pelo 180<sup>125</sup> do governo federal subiram quase 38% somente em abril. Já os feminicídios aumentaram 22% em março e abril somente nos 12 estados analisados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Só no Ceará, o número dobrou e, no Acre, o aumento foi de 300%. Em contrapartida, as denúncias presenciais de assédio e violência sexual despencaram visto que as delegacias também foram englobadas nas regras de isolamento. Mulheres e meninas confinadas 24 horas por dia, algumas completamente presas aos seus agressores...

É possível analisar as características da pandemia para diferentes grupos a partir de subgrupos como gênero, idade, etnias, especificidades corpóreas como as deficiências. Também se pode avaliar diferenças socioeconômicas como renda, ocupação e educação. Entretanto, para isso, é preciso obter dados adequados, o que, como o Cristiano abordou, é complexo e complicado. Como o Brasil vive uma situação onde os dados não são disponibilizados como deviam, com a transparência que deviam, havendo a ameaça de manipulação, é preciso usar os melhores meios e fontes para uma aproximação dos contornos da epidemia.

Em relação à raça e cor da pele por exemplo, o comportamento das mortes nos Estados Unidos é emblemático – 70% dos mortos pela Covid-19 na Louisiana, atingidos por coronavírus eram negros, muito embora essa parcela da população corresponda a 1/3 daqueles que vivem no estado. Em Chicago, onde menos de 1/3 da população é negra, eles correspondem a mais da metade dos infectados e 72% dos mortos. Em Nova York, um dos estados mais afetados pelo coronavírus, morreram primeiro os latino-americanos e em segundo, os negros. Os hispânicos que correspondem à 29% da população em Nova York, correspondem à 34% das mortes por coronavírus na cidade, e os negros, que correspondem à 22% da população, correspondem à 28% das vítimas. Essas questões têm sido explicadas pelas diferenças na qualidade de vida e principalmente no acesso à saúde nos Estados Unidos. Qualquer semelhança com o Brasil não é mera coincidência. A informação sobre raça no Brasil passou a ser incluída na ficha de notificação apenas a partir de abril e, boa parte ainda não é preenchida nas bases de dados que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde. O que se têm de mais completo até o momento, são os dados divulgados de forma agregada pelo próprio Ministério. O gráfico que estou usando mostra que 57% da população brasileira é de negros e 42% é de brancos. No gráfico de coluna com dados do Covid-19, chamo atenção para os registros sem

---

<sup>125</sup> Central de Atendimento à Mulher, serviço ofertado pela Secretaria de Políticas para Mulheres, com o objetivo de receber denúncias ou relatos de violência, e de orientar as mulheres sobre seus direitos, encaminhando-as para os serviços quando necessário.

informação, que estão diminuindo. São dados de 11 de abril até 8 de maio e, conforme os registros sem informação vão diminuindo, aumenta a participação de pessoas negras no número de mortos, que passou de 22% em 11 de abril para 35% em 8 de maio. Em 18 de maio 51% das hospitalizações correspondiam à pessoas brancas e 47% à pessoas negras. Entretanto, a relação de mortes se inverte, 43% das mortes era de pessoas brancas e 55% de pessoas negras.

Vale a pena também, chamar atenção para as pessoas com deficiência enquanto grupo atingido pelo Covid-19, pois têm cerca de 3 vezes mais chance de adquirir infecção por coronavírus – as pessoas com deficiência visual precisam tocar mais objetos e paredes e aquelas com deficiências físicas, por vezes necessitam de equipamentos como muletas e cadeiras de rodas, que nem sempre são fáceis de serem higienizados e muitas têm necessidade de acompanhantes.

Outras desigualdades que vêm à tona com a pandemia são aquelas relacionadas à tecnologia, em especial, na área educacional. O acesso à internet e aos equipamentos na residência por parte dos estudantes e o preparo dos docentes para lidar com os recursos da educação a distância moldam os contornos das desigualdades que definem quem tem a possibilidade de continuar a estudar e quem não tem nos tempos do distanciamento social.

Por fim, é importante mencionar as desigualdades no acesso à assistência à saúde no Brasil – temos o maior sistema de saúde universal do mundo, mas infelizmente problemas de subfinanciamento, má gestão e corrupção, reforçam as desigualdades ao invés de honrar os princípios e diretrizes que constam no capítulo de saúde em nossa constituição. Por outro lado, temos hoje um contingente de 47 milhões de pessoas com planos de saúde privados. As desigualdades de recursos, leitos, tomógrafos e respiradores existentes e disponíveis nos dá algumas pistas das diferenças dessas disponibilidades para quem tem acesso ao SUS e para quem tem acesso ao sistema privado de saúde. O número de leitos de UTI por 100 mil habitantes por exemplo, no total para o Brasil era de 15 e disponíveis ao SUS apenas 7, praticamente a metade.

Essas diferenças se repetem em todas as regiões do Brasil, sendo que todos os recursos estão sempre mais concentrados na região sudeste, na região sul e na região centro-oeste. Respiradores temos 29 por 100 mil habitantes no Brasil total, mas apenas 20 por 100 mil disponíveis ao SUS. Tomógrafos 2,4 por 100 mil habitantes no total, e 1,1 disponíveis ao SUS.

Por fim, para compreender melhor as desigualdades, podemos trabalhar com as categorias geográficas, considerando que as formas de ocupação e apropriação do espaço também são determinadas socialmente. Aqui, outro conceito fundamental é o de periferias – o termo periferia carrega consigo um sentido político, econômico e social, pois não dá para pensar em periferia sem pensar em centro, é um par dialético que faz parte dos fundamentos da teoria do desenvolvimento econômico. O que define as periferias, assim mesmo no plural devido às heterogeneidades, são as

condições e contradições econômico-sociais de seus moradores, as infraestruturas existentes, as territorialidades estabelecidas e reestabelecidas. Quem mora nas periferias está sujeito à maior vulnerabilidade social, da mesma forma que no restante da sociedade, nem todos são iguais nas comunidades periféricas, há pessoas boas e cruéis, honestas e desonestas, os generosos, os amorosos e os violentos – mulheres, homens, crianças, adultos, idosos. Mas, é nas periferias que as desigualdades mostram sua face mais contundente. Se há violência em toda a sociedade, há mais nas periferias; se há doença em toda a população, há mais nas periferias; se a morte é o destino para todos, chega primeiro nas periferias. Porque expectativa é fruto do acesso aos bens e direitos que são sistematicamente negados para as populações periféricas e, assim, não há como falar de uma pandemia com a brutalidade da Covid-19, sem falar de desigualdades espaciais que se expressam desfavoravelmente nas periferias – é nas periferias que residem os que têm menor saneamento básico, maior densidade domiciliar, menos acesso a transporte e a serviços de saúde e onde residem os que não podem parar de trabalhar.

Todas as evidências mostradas iluminam os efeitos potencializadores da pandemia sobre as desigualdades. Incontestáveis e inexoráveis, apesar da omissão de dados do Ministério da Saúde. Certamente, um dos legados dessa pandemia será o desnudamento, a revelação sem nenhum pudor dos efeitos violentos da desigualdade social sobre a saúde em todo o mundo e, especialmente, em nosso país. A pandemia, na realidade, dá visibilidade a profundas feridas sociais que já existiam e se expressam em uma contundente violência social. É essa violência social que a pandemia de coronavírus exacerba em todo mundo e as desigualdades aqui abordadas são algumas das que precisamos enfrentar para construir o novo normal na era pós-pandemia, o novo normal que precisa incorporar uma sociedade mais justa e igualitária.

**Miguel** - Perfeito, muito bom Cristina, obrigado. Uma reflexão importante que a gente precisa fazer a partir da fala da Cristina e das duas outras que antecederam, quando se discute a questão da desigualdade no contexto da pandemia, com a dimensão que ela tem, é a importância de se ter um sistema de vigilância epidemiológica, integrado e que funcione. Ele é fundamental e as dificuldades que têm ocorrido em relação à pandemia poderiam ser evitadas ou amenizadas, caso fosse considerado de maneira coordenada e coesa o que é exposto pelos dados.

**Cristiano** - Só mais um comentário. Como a Cristina mostrou, os impactos dessa pandemia vão muito além do que a gente pode pensar em relação à saúde, economia. Outro aspecto importante é a questão da insegurança alimentar e nutricional. O Brasil tinha saído e já estamos voltando novamente para o mapa da fome, principalmente entre as populações mais vulneráveis. Enfim, a gente ainda está longe de entender os impactos da pandemia nos diversos aspectos da nossa vida.

**Miguel** - Eu recebi uma pergunta aqui, se tem alguma previsão de quando será o pico da curva, eu não sei se algum dos dois quer comentar sobre isso.

**Cristiano** - Então, não temos uma curva única de mortalidade no Brasil, temos sim curvas de mortalidade no Brasil. Essas curvas elas começam nas capitais, principalmente nas capitais do sudeste e do nordeste, atingem mais rapidamente as capitais do norte e elas se interiorizam. Aí o que podemos observar, é que em alguns locais esse pico já foi atingido e que temos algumas sinalizações de estabilização ou reduções de mortes. Mas ainda é cedo pra gente tirar qualquer conclusão, porque não se sabe o que vai acontecer nessas regiões sul e centro-oeste, que foram poupadas até agora, depois da chegada do inverno. Tudo é muito dinâmico, têm que ser avaliado caso a caso, local a local.

**Cristina** – Exatamente. Só completando o que o Cristiano falou, tudo também vai depender da maneira como eles vão estar liberando as atividades econômicas, como a flexibilização vai ser feita. Porque se ela for feita de maneira descuidada, haverá novas ondas de casos, de óbitos, o que é bastante preocupante. A gente tem que ter, agora, o mesmo cuidado que teve no primeiro momento, quando fez distanciamento social, planejando a flexibilização de uma maneira ordenada e inteligente.

**Miguel** – Qual o melhor cenário para o enfrentamento do vírus?

**Cristina** – Eu acho que o melhor cenário dado o momento que estamos enfrentando, seria a gente ter uma política de saúde clara e baseada em evidências. A gente está no meio de uma pandemia em que o mundo inteiro está aprendendo com ela. Já aprendemos muito, mas ainda tem muita coisa sem resposta e não se pode tomar decisões sobre políticas, que significa tomar decisões sobre a vida das pessoas, com base em ideologia. A gente precisa fazer isso com base em informações científicas claras que vão sendo produzidas e precisam estar acessíveis em tempo real. A gente precisa também sentir que no Ministério da Saúde tem uma equipe responsável e capacitada para implantar a política sanitária definida e a gente também precisa sentir que no Ministério da Economia existe uma equipe técnica competente para implementar políticas econômicas que serão absolutamente necessárias não só no momento em que a epidemia está ocorrendo, mas no tempo pós epidemia. A gente vai ter no momento pós epidemia uma situação econômica extremamente delicada e precisamos enfrentá-la. Precisamos usar as nossas inteligências e capacidades técnicas para montar planos de recuperação econômica de nosso país.

Por fim, é importante que o governo federal passe uma mensagem harmônica e não que as equipes técnicas passem uma mensagem e o executivo passe a mensagem exatamente inversa. A equipe técnica do Ministério da Saúde orienta o distanciamento social, o uso de máscara e nossa autoridade suprema anda pelas ruas tossindo nas mãos e sem máscara. Isso, é inadmissível.

**Miguel** – O que o cidadão comum pode fazer para melhorar o cenário das desigualdades em meio à pandemia?

**Cristiano** – Acho que é preciso primeiro compreender a importância do isolamento e o distanciamento social. Normalmente, as ações são explicadas como individuais, de proteção própria; “você deve usar a máscara, ficar em casa e manter uma distância da pessoa próxima de você para não se infectar”. A verdade é um pouco mais ampla do que uma ação meramente individual. Ao adotar uma medida de isolamento e distanciamento social, não há benefício apenas para aquele que pratica o ato, mas também para aqueles que estão ao redor.

**Miguel** - A palavra chave é empatia, a gente tem que se perguntar o seguinte: o que eu posso fazer pelo outro?

**Cristina** - Eu sou uma pesquisadora mas eu também sou uma cidadã comum e eu percebo que em muitas frentes, inclusive essa que a gente falou da desigualdade, a Academia não consegue dar respostas efetivas. Quem pode dar respostas efetivas são os cidadãos comuns, que precisam se organizar. As pessoas precisam refletir mais sobre a sua própria situação, a sua inserção na comunidade e se responsabilizar por ações de mudança. Olhando para o meu caso, por exemplo, se vivemos em uma sociedade racista e eu sou branca, mesmo que não me considere racista, preciso entender que tenho privilégios e que, como cidadã, sou responsável pela história do país onde eu vivo. Eu sou mulher e faço parte, portanto, de uma minoria como as citadas no decorrer da minha fala. Eu preciso me empoderar como mulher. Preciso, enfim, ter atitudes proativas que me tornem uma cidadã mais responsável e atuante e preciso atuar de uma maneira mais coletiva.