

# A COVID-19, OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E AS INEQUIDADES DOS TERRITÓRIOS DE SAÚDE BRASILEIROS

COVID-19, THE SOCIAL HEALTH DETERMINANTS AND THE INEQUALITIES OF BRAZILIAN HEALTH TERRITORIES  
LA COVID-19, LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LAS INEQUIDADES DE LOS TERRITORIOS DE SALUD BRASILEÑOS

Camilo Darsie <sup>1</sup>

Gabriel Felipe Tosta <sup>2</sup>

Douglas Luís Weber <sup>3</sup>

Vera Elenei da Costa Somavilla <sup>4</sup>

Matheus Santos de Souza <sup>5</sup>

Daniel Felipe Schroeder <sup>6</sup>

## Como Citar:

Darsie C, Tosta GF, Weber DL, Somavilla VEC, Souza MS, Schroeder DF. A covid-19, os determinantes sociais da saúde e as iniquidades dos territórios de saúde brasileiros. *Sanare*. 2022;21(2):06-14.

## Descritores:

covid-19; Determinantes Sociais da Saúde; Território; Saúde Coletiva.

## Descriptors:

COVID-19; Social Determinants of Health; Territory; Public Health.

## Descriptores:

covid-19; Determinantes Sociales de la Salud; Territorio; Salud Colectiva.

## Submetido:

15/11/2022

## Aprovado:

30/11/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Camilo Darsie  
Bairro Universitário; Cep 96815900 -  
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil  
Telefone: (51) 3717-7370.  
E-mail: [camilodarsie@unisc.br](mailto:camilodarsie@unisc.br)

## RESUMO

Este ensaio apresenta uma reflexão acerca das políticas públicas brasileiras e da ideia de que a crise da covid-19 se articula às iniquidades sociais histórico e territorialmente produzidas no país. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura apoiada na descrição de dados públicos disponibilizados em sites oficiais de agências governamentais ou científicas acerca das normas e impactos relacionados à pandemia de covid-19. Para tanto, apresentou-se uma breve contextualização da doença, seguida de apontamentos relacionados aos princípios do Sistema Único de Saúde e aos Determinantes Sociais da Saúde que afetam a população do país. Destacam-se as consequências relacionadas à disparidade que caracteriza a qualidade de vida de diferentes grupos e a emergência de perfis epidemiológicos distintos, tendo em vista a iniquidade social em diferentes territórios de saúde. A pandemia de covid-19, nesse contexto, é entendida como uma crise que evidencia a necessidade de reflexão acerca das estratégias governamentais de controle de crises em um contexto sociocultural marcado por iniquidades que impactam diretamente a saúde e, conseqüentemente, o desdobramento dos casos da doença no país.

1. Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Educação e docente dos cursos de Medicina e Geografia da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, concluiu pós-doutoramentos em Saúde Coletiva e em Educação. E-mail: [camilodarsie@unisc.br](mailto:camilodarsie@unisc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4696-000X>

2. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: [gafelipet@gmail.com](mailto:gafelipet@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3899-7881>

3. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. Bolsista PROSUC/CAPES Mod. II. E-mail: [douglasluis94@hotmail.com](mailto:douglasluis94@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3915-0439>

4. Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia e docente dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: [veras@unisc.br](mailto:veras@unisc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9759-8659>

5. Acadêmico do curso de Geografia da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: [matheussouza@mx2.unisc.br](mailto:matheussouza@mx2.unisc.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3200-8421>

6. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: [danielfelipeschroeder@hotmail.com](mailto:danielfelipeschroeder@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7887-7588>

Cert. de Redação Científica: Central das Revisões. Edição de texto: Karina Maria M. Machado. Revisão de provas: Texto definitivo validado pelos(as) autores(as).

**ABSTRACT**

*This essay presents a reflection about Brazilian public policies and the Covid-19 like a crisis linked to the historical and territorially produced social inequities in the country. It's a narrative review of the literature and description of public data available in official websites of government or scientific agencies about the norms and impacts related to the COVID-19 pandemic. Therefore, a brief contextualization of the disease is presented, followed by notes related to the principles of the Brazilian "Unified Health System" and to the Social Determinants in Health that affect the population of the country. We highlight the consequences related to the disparity that classifies the quality of life of different groups and the emergence of different epidemiological profiles in view of social inequity in different health territories. The COVID-19 pandemic, in this context, is understood as a crisis that highlights the need for reflection on governmental crisis control goals in a sociocultural context marked by social inequities that directly impact health and, consequently, the unfolding of cases of the disease in the country.*

**RESUMEN**

*Este ensayo presenta una reflexión acerca de las políticas públicas brasileñas y de la idea de que la crisis de covid-19 se articula a las iniquidades sociales histórico y territorialmente producidas en el país. Se trata de una revisión narrativa de literatura apoyada en la descripción de datos públicos disponibles en sites oficiales de agencias gubernamentales o científicas acerca de las normas e impactos relacionados a la pandemia de covid-19. Para tanto, se presentó una breve contextualización de la enfermedad seguida de apuntes relacionados a los principios del Sistema Único de Salud que afectan la población del país. Se destacan las consecuencias relacionadas a la disparidad que caracteriza la calidad de vida de diferentes grupos y la emergencia de perfiles epidemiológicos distintos, teniendo en cuenta la iniquidad social en diferentes territorios de salud. La pandemia de covid-19, en ese contexto, es entendida como una crisis que evidencia la necesidad de reflexión acerca de las estrategias gubernamentales de control de crisis en un contexto sociocultural marcado por iniquidades que impactan directamente la salud y, en consecuencia, el desdoblamiento de los casos de enfermedad en el país.*

**INTRODUÇÃO**

No final do ano de 2019, passaram a ser notificados, na China, casos de uma pneumonia com etiologia desconhecida. Após a divulgação dos primeiros resultados de testes laboratoriais, a condição foi identificada como uma síndrome respiratória aguda severa, causada por um – até então – novo vírus do tipo Coronavírus – o SARS-CoV-2. O mecanismo que dissemina a doença é respiratório, transmitido por gotículas emitidas entre indivíduos enquanto tosse, espirram e respiram, fato que potencializa seu espalhamento.

Sequencialmente, o número de infectados passou a crescer e os casos se distribuíram por diversos países, em diferentes continentes. Assim, no dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o número e a dinâmica das infecções caracterizavam uma emergência de importância internacional, classificação que serve como sinal de alerta para que os países atentem à segurança das populações em escalas nacional e global. Em 11 de março do mesmo ano, a agência oficializou a condição de pandemia, alertando para

a necessidade de ações de controle planejadas e aplicadas internacionalmente. Nesse contexto, observando-se que as estratégias adotadas ainda não eram eficazes para conter o aumento dos casos, medidas de segurança sanitária mais severas foram adotadas, incluindo o diagnóstico oportuno e ações de controle espacial<sup>1,2</sup>.

O controle espacial, representado pelo fechamento de fronteiras e pelo distanciamento e isolamento sociais, em escala global, começou a ser discutido enquanto estratégia de mitigação de epidemias e pandemias, em 2003, desde a multiplicação de casos de Gripe Aviária (H5N1) entre a Ásia e a América do Norte. Contudo, sua efetiva aplicação, em escala global, tornou-se necessária apenas em 2020, devido à covid-19<sup>3</sup>. Estima-se que a implementação de políticas de controle espacial tenha evitado, até metade do primeiro ano da pandemia, mais de 1,5 milhão de casos ao redor do mundo<sup>4</sup>. Porém, no período, a doença atingiu mais de 7 milhões de pessoas, em mais de 190 países. Dez meses depois, contabilizaram-se 148 milhões de notificações, por todo o mundo, e, no segundo semestre de 2022, somaram-se mais de 600 milhões de casos positivos

e de 6 milhões de mortes notificadas<sup>5</sup>.

Nesse período, também ocorreram o desenvolvimento clínico e a produção de vacinas direcionadas a mitigar a pandemia. Em menos de um ano, passou-se da identificação de novas sequências de patógenos ao lançamento e distribuição de imunizantes contra a covid-19. Centenas de vacinas foram desenvolvidas, mais de 100 foram testadas e, aproximadamente, 24 estão autorizadas para aplicação. No entanto, o acesso a elas é desigual, devido a descompassos relacionados à sua distribuição em diferentes países. Mais de 9 bilhões de doses já foram administradas – mais do que uma dose por pessoa viva em idade vacinável – ao mesmo tempo que muitas pessoas ainda não tiveram acesso a ela. Destaca-se que, atualmente, metade da população planetária não está vacinada e apenas 4% da população residente em países de baixa renda receberam uma dose. É difícil estimar o número de vidas salvas pelas vacinas, mas as estimativas consideram mais de 700.000<sup>6</sup>.

No caso do Brasil, o enfrentamento da doença foi operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As primeiras manifestações federais, acompanhando orientações internacionais, indicaram o isolamento e o distanciamento sociais (controle espacial) como estratégias capazes de amenizar o impacto da doença, sobretudo no que se refere à capacidade de atendimento das estruturas do sistema de saúde. A intenção foi garantir tempo para a organização dos serviços, de modo a oportunizar que os atendimentos ocorressem sem superlotar os locais de assistência. Contudo, a instabilidade econômica e política do país desarticulou as medidas de isolamento, distanciamento e vacinação, especialmente por meio de apelos relacionados aos grupos populacionais mais vulneráveis – carentes de assistência pública –, à classe média brasileira – que temia os impactos sobre seus negócios e empregos – e a milhares de pessoas que optaram por não se vacinar ou não seguir orientações de segurança<sup>7,8</sup>.

Diante disso, em maio de 2020, último mês em que as medidas de controle espacial foram orientadas e cobradas em âmbito nacional, registrou-se pouco mais de 514 mil casos de infecções pelo SARS-CoV-2, sendo que 29.314 desdobraram-se em óbitos decorrentes da covid-19. No final de junho de 2020, o Ministério da Saúde informou que mais da metade das mortes causadas pela doença (30.280), no país, haviam ocorrido em um mês, totalizando 59.594 óbitos. Em julho, foram 1.257.813 novos casos

e um total de 92.475 mortes. Quase um ano após a flexibilização das medidas de distanciamento, com oferta, ainda, proporcionalmente pequena de vacinas para a população, o Brasil registrou os seus piores índices de infecções e de mortes. Durante os quatro primeiros meses de 2021, foram registradas mais de 14 milhões de testagens positivas e mais de 400 mil mortes. Na metade de 2022, com a retomada de uma dada normalidade relacionada às atividades cotidianas e laborais, somaram-se mais de 32 milhões de casos positivos, 670 mil mortes e, no que se refere à vacinação, 83,3% da população contava com uma dose, 77,8% com duas e 46,8% com, ao menos, uma dose de reforço. Tais números se distribuem, diferentemente, pelos estados e regiões brasileiras<sup>9</sup>.

Essas questões provocam a pensar sobre as políticas públicas brasileiras associadas ao enfrentamento da doença em articulação à ideia de que a crise da covid-19, no Brasil, associa-se às desigualdades sociais, produzidas historicamente, que oportunizam contrastes entre os diferentes territórios de saúde. Portanto, neste ensaio, discute-se, a partir de dados públicos acerca da pandemia no Brasil e de revisão bibliográfica narrativa, as iniquidades territoriais em saúde, pelo viés dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), em relação à pandemia.

## MÉTODO

Este ensaio é guiado pelo seguinte problema de pesquisa: Como as iniquidades que caracterizam os territórios de saúde brasileiros, pela perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde, influenciaram a crise causada pela pandemia de covid-19?

Para respondê-lo, a investigação baseou-se em revisão narrativa de literatura, que ajuda a descrever e discutir determinados assuntos sob um ponto de vista teórico, a partir da “análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor”<sup>10:1</sup>.

Foram elencados artigos relacionados aos territórios de saúde, aos DSS e à pandemia de covid-19, sem delimitação temporal. As bases de dados que sustentaram a investigação compreenderam o *Google Scholar* e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores utilizados foram: “covid-19”, “determinantes sociais da saúde”, “territórios de saúde”, “iniquidades em saúde”.

Complementarmente, foram utilizados dados públicos – reportagens, tabelas, gráficos e

documentos – disponibilizados por sites oficiais de agências governamentais ou científicas, mais precisamente: Ministério da Saúde do Brasil, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Johns Hopkins University.

O material foi analisado de forma qualitativa, tendo em vista os argumentos apresentados pelos autores de referência em associação com as informações das agências oficiais. Partindo disso, foram organizadas duas categorias de discussão, sendo uma relacionada ao entrecruzamento dos saberes que envolvem o sistema público de saúde brasileiro, os territórios de saúde e os DSS, e outra relativa às iniquidades sociais, econômicas e de saúde articuladas ao manejo da pandemia. Entende-se que, dessa maneira, o argumento central do ensaio possa ser melhor compreendido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### O SUS e os Determinantes Sociais da Saúde

A oferta brasileira de atenção à saúde ocorre por meio do Sistema Único de Saúde, que abrange diversas ações como controle da qualidade da água potável, fiscalização de alimentos em todos os estabelecimentos comerciais, criação, manutenção e controle de regras que envolvem a venda de medicamentos e campanhas de vacinação, doação de sangue e aleitamento materno, entre outras. Além disso, o sistema público de saúde brasileiro garante procedimentos médicos de média e alta complexidade, entre eles, quimioterapia e transplante de órgãos, assim como cirurgias e tratamentos diversos. No caso da crise alavancada pela covid-19, cabe ao SUS a organização das estruturas de atendimento, o encaminhamento das internações, a organização social e a distribuição e aplicação das vacinas. Em função dessa abrangência, o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo guiado por três princípios básicos: Universalidade, Integralidade e Equidade<sup>11</sup>.

A Universalidade pressupõe e garante o acesso à saúde para todos os sujeitos que se encontram em território nacional brasileiro. Essa característica implica em uma abrangência de caráter indiscriminado – sem distinção de sexo, ocupação, características sociais, nacionalidade ou credo. A Integralidade visa garantir tratamentos que atendam às necessidades dos usuários a partir de equipes multidisciplinares

de saúde. A Equidade determina que se considere diferenças de tratamento que visam diminuir as desigualdades sociais, ampliando a atenção conforme as necessidades sociais, econômicas e sanitárias dos usuários. Não se aplica, com isso, a seleção de usuários, mas, na direção oposta, a busca por uma cobertura completa, individualizada e com maior direcionamento de ações e verbas para os que mais necessitam. Porém, destaca-se que, infelizmente, o país ainda é marcado por intensa desigualdade social, fato que interfere diretamente no desdobramento das práticas e cobertura de saúde – desafiando os princípios do sistema – bem como nos Determinantes Sociais da Saúde<sup>8,11-13</sup>.

A determinação social da saúde é uma grande preocupação dos organismos internacionais, especialmente a Organização Mundial da Saúde, pois ainda é um desafio em muitos países, mais precisamente nos que se encontram em fases iniciais de desenvolvimento socioeconômico. Portanto, em 2005, foi criada a Comissão dos DSS, um grupo que direciona esforços internacionais para análise e melhoria de condições sociais relacionadas à saúde, em escala global. Nesse contexto, no Brasil, estabeleceu-se uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que promove a participação de especialistas das áreas da saúde, economia e desenvolvimento científico em questões relacionadas ao sistema público de saúde<sup>12,14</sup>.

Os DSS abrangem as condições e capacidades acerca da educação, empregabilidade e renda, atenção em saúde, saneamento básico, entre outros<sup>16</sup>. Os estudos acerca dos DSS têm demonstrado que a qualidade de vida de determinadas populações se equipara às iniquidades em saúde, ou seja, quanto maiores as deficiências relacionadas aos DSS, piores são os índices de saúde. Assim, pode-se pensar que, no Brasil, determinados grupos populacionais apresentam desvantagens ocasionadas por estruturas de saúde e/ou de ambientes cotidianos precários e, principalmente, em função de poucas oportunidades de desenvolvimento humano<sup>11,13</sup>. Nesse contexto, vale pensar que os estilos de vida individuais, por si só, não podem explicar a razão das iniquidades, mas encontram-se associados às diferenças entre as classes econômicas e aos processos de inclusão e exclusão social<sup>15</sup>.

Diante disso, ressalta-se que diferentes grupos populacionais estão distribuídos por parcelas espaciais distintas, que fragmentam cidades e se

caracterizam, também, a partir de estruturas e dinâmicas sociais desiguais, conformando territórios. Os territórios emergem, portanto, como marcadores espaciais que permitem que sejam destacados os contrastes entre diferentes grupos urbanos e ambientes que os compõem. Neles existem diferentes sujeitos, com diferentes interesses e forças que interagem, de acordo com suas possibilidades, promovendo mudanças que beneficiam alguns grupos enquanto prejudicam outros, pois as pessoas vivem de maneiras diferentes e em condições diversas<sup>16</sup>.

Tais dinâmicas constituem o espaço por meio de relações de poder que vão além de práticas objetivas. Relacionam-se aos modos como os sujeitos interagem e se organizam socialmente, sendo necessário, portanto, considerar diversos aspectos culturais, subjetivações e demarcações do espaço. Essas questões determinam as desigualdades sociais, ambientais e de acesso à saúde que operam na direção de juntar os semelhantes, ao passo que afastam os diferentes, dando origem à segregação espacial. Cada território tem suas próprias particularidades, compostas por perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, mas, em comum, encontram-se em contínua transformação<sup>16,17</sup>.

Vale ser destacado, nesse sentido, que, por meio da organização da atenção básica, tais recortes espaciais são classificados como territórios de saúde, os quais compreendem, a partir da localização de unidades de saúde, a cobertura sanitária de certo número de famílias com perfis sanitários parecidos. A territorialização, partindo disso, é entendida como estratégia fundamental na orientação de práticas de saúde oferecidas pelo SUS, pois serve como base para a organização do trabalho em saúde, avaliação das realidades locais e delimitação dos usuários atendidos por determinadas equipes.

Como recurso geográfico que localiza e delimita intencionalidades humanas, a territorialização dos atendimentos permite aos gestores, às instituições, aos profissionais e aos usuários do SUS reconhecerem e entenderem as principais dinâmicas espaciais das populações, tendo em conta os diferentes fluxos que dão vida aos territórios e às paisagens que envolvem o cotidiano das pessoas. Para além disso, a delimitação dos territórios de saúde oportuniza entendimentos acerca dos modos como os sujeitos, individual e coletivamente, produzem suas condições de existência a partir das possibilidades de trabalho, de moradia, de alimentação, entre outras, destacando as desigualdades sociais e as iniquidades

em saúde<sup>18,19</sup>.

Os territórios de saúde operam como delimitadores espaciais que guiam estratégias de saúde consideradas gerais e nos quais são aplicadas ações específicas, necessárias de acordo com demandas emergentes de perfis sociais e ambientais distintos. Havendo desequilíbrio na relação entre demanda e capacidade de atendimento, aciona-se uma rede de suporte que interliga diferentes territórios para que sejam garantidos cuidados e tratamentos de modo eficiente. No caso da covid-19, os territórios sanitários passaram a evidenciar, mais intensamente, contrastes sociais locais que desafiam o sistema de saúde brasileiro, demonstrando as iniquidades sociais que caracterizam o cotidiano do país e impactam o SUS.

### **Iniquidades e covid-19 no Brasil**

As populações vulneráveis, geralmente localizadas nos territórios de saúde considerados periféricos e precários, originaram números significativos de mortes causadas pela covid-19. Ressalta-se que entre as grandes preocupações brasileiras relacionadas ao controle da doença, as desigualdades socioeconômicas associadas às condições de saneamento de diferentes territórios de saúde tornaram-se relevantes. As medidas básicas de segurança sanitária para a diminuição das infecções, como a higienização das mãos, o uso de álcool em gel e de máscaras, bem como a permanência em ambientes domiciliares foram prejudicadas pelas dificuldades que o país enfrenta no que se refere à cobertura de saneamento básico. Essa realidade foi potencializada por outros problemas relacionados aos demais DSS, como falta de empregos, de renda, de moradia, de educação, os quais condicionam muitos sujeitos a habitarem tais parcelas espaciais<sup>20</sup>.

Essa situação ocorreu, também, pela dificuldade de pessoas com baixas rendas e menores níveis de escolarização permanecerem em isolamento ou seguirem normas de distanciamento, já que necessitavam garantir recursos financeiros para o suprimento de suas demandas básicas. É importante lembrar que as orientações federais, até maio de 2020, consideravam o isolamento social enquanto uma das principais estratégias de controle da covid-19 e de manutenção da capacidade de atendimentos do SUS, porém, isso não foi possível para muitos brasileiros. Enquanto os sujeitos que contavam com situações financeiras e de trabalho mais confortáveis puderam

ficar em suas casas – na maioria dos casos –, os demais precisaram se deslocar para atividades laborais, em muitos casos, clandestinas.

Após a flexibilização das normas e do estabelecimento de práticas relacionadas ao distanciamento social, em lugar do isolamento, o problema passou a ser outro: a adesão às práticas de higiene, de etiqueta sanitária e de cuidado com a esfera coletiva. Além disso, tendo em vista a possibilidade de vacinação, as porcentagens de não vacinados ou de sujeitos com esquemas de imunização incompletos não se devem apenas às escolhas individuais – em muitos casos orientadas por questões ideológicas –, foram perpassadas, também, pelas impossibilidades de deslocamento, de despendimento de tempo para estar longe de atividades laborais, de compreensão acerca da importância da imunização, de boatos, entre outras. Tais questões podem ser relacionadas à educação e à renda, enquanto DSS, e, quando não seguidas ou compreendidas, evidenciam, mais uma vez, as iniquidades sociais. Assim, confirma-se o argumento de que uma das causas para a falta de oportunidades relacionadas aos cuidados de saúde se baseia no fato de as pessoas mais pobres ocuparem espaços de subalternidade e precariedade nas geografias urbanas e de não terem acesso aos direitos fundamentais e sociais<sup>21</sup>.

Os impactos da crise causada pela pandemia, em relação ao trabalho, coincidiram com as desigualdades típicas da sociedade brasileira. Os negros (pretos e pardos), seguidos das mulheres – especialmente as negras –, encontraram-se em desvantagem, pois ocupam, em sua maioria, prioritariamente, vagas de trabalho menos protegidas em termos de regulamentações trabalhistas, como os serviços de construção e os trabalhos domésticos<sup>22</sup>. Torna-se importante destacar que tais serviços, em decorrência das dinâmicas da crise causada pela doença, tiveram suas ofertas significativamente diminuídas, fazendo com que muitas pessoas tenham perdido suas fontes de renda ou tenham sido levadas a trabalhar em troca de remunerações menores. O efeito dessa situação pode ser entendido ao se observar que mais de 60% dos brasileiros (aproximadamente 126 milhões) se inscreveram para solicitar auxílio financeiro emergencial<sup>23</sup>.

Ainda, é importante mencionar que negros brasileiros, quando empregados, recebem cerca de metade da média salarial de seus conterrâneos brancos – R\$ 1.673,00 x R\$ 2.999,00 (US\$ 313,00 x

US\$ 561,00). Os dados apontam, também, que no ano de 2018 havia, proporcionalmente, maior número de pessoas negras residindo em domicílios carentes de coleta de lixo (12,5%, contra 6,0% da população branca), sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca) e sem esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial (42,8%, contra 26,5% da população branca). Para além disso, situações em que há mais de três moradores por cômodo utilizado como dormitório, ocorreu entre as pessoas pretas ou pardas com uma frequência quase duas vezes maior do que a verificada entre as brancas (7,0%, contra 3,6%)<sup>24-26</sup>.

As informações apresentadas demonstram que, para além dos problemas raciais enfrentados no Brasil, uma quantidade significativa de brasileiros sofre com graves iniquidades sociais e econômicas que caracterizam territórios de saúde, em todo o país, bastante diferentes daquilo que se entende como adequado pela perspectiva de avaliação adotada pelo SUS, que considera os DSS. Os territórios de saúde foram mais ou menos afetados pelos impactos negativos da covid-19, a partir das condições sanitárias que originam cada agrupamento no contexto de diferentes cidades<sup>24</sup>.

Elementos como a classe social e território se articulam produzindo certos padrões de saúde. Assim, os contextos territoriais indicam perfis de saúde – e vice-versa – em função da composição de estruturas de oportunidades associadas aos ambientes físicos e sociais e das características socioculturais e históricas dos lugares onde as pessoas vivem<sup>22</sup>. A organização espacial, subdividida em áreas periféricas, favelas, aldeias e bairros considerados nobres, por exemplo, demonstra a existência de dinâmicas de concentração e de seletividade de investimentos, infraestruturas e mobilidade, diferenciando os riscos e as possibilidades de enfrentamento da pandemia conforme os territórios em que vivem diferentes sujeitos<sup>27,28</sup>.

Nos contextos com maiores dificuldades relativas ao saneamento básico e ao acesso a produtos e bens básicos, a população enfrentou grandes dificuldades no que se refere às medidas de proteção contra a covid-19. Quanto mais pobres e vulneráveis as populações, maiores foram as possibilidades de adoecimento por covid-19, dadas as deficiências de condições de saúde anteriores à pandemia. Assim, as populações de baixa renda, localizadas em territórios de saúde mais precários, são mais vulneráveis à crise de saúde pública brasileira e aos efeitos econômicos

decorrentes da pandemia de covid-19<sup>29</sup>.

Diante de tais questões, tornou-se necessário que as equipes de atendimento em saúde operassem por meio de parcerias com as lideranças, equipamentos e instituições que compõem os seus locais de atuação, articulando as ações implementadas pelas equipes com as iniciativas comunitárias no enfrentamento da pandemia e de seus efeitos sociais. Tais movimentos exigiram, portanto, ações coordenadas no território com vistas a melhores soluções para os problemas dos grupos populacionais mais vulneráveis, conforme é preconizado pelo Sistema Único de Saúde, desde seu surgimento, por meio de seus princípios balizadores<sup>30</sup>.

## CONCLUSÃO

O Brasil é marcado por desigualdades relacionadas a diversas questões que envolvem a vida, entre elas, as que dizem respeito à saúde da população e aos seus contrastes socioeconômicos. Conforme apresentado, é no contexto das dinâmicas de diferentes cidades e de seus territórios de saúde que as iniquidades se manifestam, especialmente por meio dos desafios acerca da cobertura de saneamento básico, das condições de infraestrutura, da capacidade de acesso à educação, à saúde, à mobilidade, aos empregos, entre outras instâncias. Tais questões são previstas desde a criação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e devem guiar as práticas e preocupações administradas por seus profissionais técnicos e gestores.

No contexto da pandemia de covid-19, as iniquidades mencionadas agravaram a crise vivida no país, devido ao fato de as recomendações consideradas eficazes não terem sido amplamente adotadas em função de impossibilidades relacionadas às condições de vida de grande parte da população e, ainda, dos conflitantes discursos oficiais que circularam por diferentes mídias. As discrepâncias associadas aos Determinantes Sociais da Saúde, articuladas aos movimentos políticos e administrativos em esferas nacional, estadual e municipal, ocasionaram grandes impactos, especialmente em territórios de saúde considerados mais vulneráveis. Tal situação foi impulsionada pelas diferenças que demarcam os territórios de saúde, visto que grande parte das cidades brasileiras apresentam cinturões de pobreza que impactam as dinâmicas do cotidiano de seus moradores.

Considera-se que devem ser feitos maiores

investimentos para apoio dos sujeitos que vivem em parcelas espaciais consideradas mais vulneráveis. Assim, destaca-se que as estratégias de enfrentamento da doença, realizadas em outros países e consideradas de sucesso, por exemplo, ao terem sido aplicadas em território brasileiro, resultaram, muitas vezes, em desdobramentos inesperados, evidenciando a importância de apoio público e adaptações relativas às realidades de diferentes grupos populacionais, conforme previsto nas bases fundantes do sistema de saúde.

Neste contexto, acredita-se que seja fundamental que as dinâmicas territoriais – tendo em vista suas especificidades – sejam atentadas, de modo a serem pensadas, planejadas e aplicadas estratégias de enfrentamento de doenças – como a covid-19 – e de promoção da saúde capazes de suprirem diferentes demandas sociais, econômicas e culturais. Na mesma direção, compreende-se que a pandemia de covid-19 ressaltou a importância de maior protagonismo das políticas públicas que interferem em índices de saúde, por meio da lógica dos DSS, conforme esperado no contexto dos estudos da Saúde Coletiva.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram com o delineamento e realização da pesquisa e com a redação do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Croda JHR, Garcia LP. Immediate Health Surveillance Response to COVID-19 Epidemic. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];29(1):1-3. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100021>
2. Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Malta DC, Barros MBA, Magalhães MAFM, Xavier DR, et al. Adherence to physical contact restriction measures and the spread of COVID-19 in Brazil. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];29(5):1-11. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500018>
3. Darsie C, Weber D. Disease and space control: Issues about dispersion and isolation in times of pandemic. *JIC – Rev Brasil Control Infec Epidemiol Hosp* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];9(2):01-02. <http://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/298>
4. Hsiang S, Allen D, Annam-Phan S, Bell K, Bolliger I, Chong T, et al. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];584:262-7. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8>

5. Johns Hopkins University. Covid-19 Dashboard by The Center For Systems Science And Engineering at Johns Hopkins University [Document on the internet]. 2022 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
6. Daniel MA, Rosemary JB. COVID-19 vaccination: The road ahead. *Science* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 30];375(6585):1127-32. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abn1755>
7. Darsie C. Biopolitics of COVID-19. *JIC – Rev Brasil Control Infec Epidemiol Hosp* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];9(4):01-02. <https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/350>
8. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde [Document on the internet]. Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
9. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista Enf* [Internet]. 2007 [cited 2022 Nov 30];20(2):v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
10. Darsie C, Tosta GF, Martini PL, Somavilla VEC, Limberger V. A Covid-19, o Sistema Único de Saúde e o difícil enfrentamento da doença no Brasil. *Interrogações às políticas públicas sobre travessias e tessituras do pesquisar*. Porto Alegre: Abrapso; 2021. p. 177-97.
11. Garbois JA, Sodr e F, Dalbello-Araujo M. From the conclusion of social determination to that of social determinants of health. *Saude Deb* [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 30];41(112):63-76. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
12. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Health Determinant in Brazil: the search of equity in health. *Saude Soc* [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 30];26(3):676-89. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>
13. Dowbor TP, Westphal MF. Social determinants of health and the Family Health Program in the municipality of S o Paulo. *Rev Saude Pub* [Internet]. 2013 [cited 2022 Nov 30];47(4):781-90. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004585>
14. Buss PM, Pellegrini-Filho A. Health and its social determinants. *Physis: Rev Saude Col* [Internet]. 2013 [cited 2022 Nov 30];17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
15. Barata BR. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal   saude. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
16. Colussi CF, Pereira KG. Territorializa o como instrumento do planejamento local na Aten o B sica [Book on the internet]. Florian polis: UFSC; 2016. Available from: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO\\_LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf)
17. Darsie C, Hillesheim B, Weber DL. Disease control discourse by the World Health Organization and the production of national spatialities. *Interface - Com Saude, Edu* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 30];25:e200587. <https://doi.org/10.1590/interface.200587>
18. Gondim GMM. Territ rios da aten o b sica: m ltiplos, singulares ou inexistentes? Tese [Doutorado em Saude P blica] – Escola Nacional de Saude P blica Sergio Arouca, Funda o Oswaldo Cruz; 2011. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17935>
19. Funda o Oswaldo Cruz. Desigualdade social e econ mica em tempos de Covid-19. Fiocruz; 2022. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/desigualdade-social-e-economica-em-tempos-de-covid-19>
20. Souza MS, Meneses MN, Weber DL, Rocha CMF, Darsie, C. A centralidade das territorialidades para as a es de Educa o em Saude na Aten o B sica. *Research Soc Develop* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 30];11(10). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32813>
21. Platt L, Warnick R. Are some ethnic groups more vulnerable to COVID-19 than others? The Institute for Discal Studies [Document on the internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://www.ifs.org.uk/inequality/wp-content/uploads/2020/04/Are-some-ethnic-groups-more-vulnerable-to-COVID-19-than-others-V2-IFS-Briefing-Note.pdf>
22. Santos JAF. COVID-19, fundamental causes, social class and territory. *Trabalho Educ Saude* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00280>
23. Governo do Brasil. Aux lio Emergencial chega a 60% da popula o brasileira. *Cidadania* [Document on the internet]. Governo do Brasil; 2020 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/600-dias/arquivos-de-600-dias/cidadania-auxilio-emergencial-chega-a-60-da-populacao-brasileira>
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estat stica. Desigualdades Sociais por Cor ou Ra a no Brasil. *Estudos e Pesquisas, Informa o Demogr fica e Socioecon mica* [Document on the internet]. IBGE; 2019 [cited 2022 Nov 30]. Available from: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf)

25. Jesus JG. Negros em movimento: migração e desigualdade racial no Brasil. Tese [Doutorado em Economia Aplicada] – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo; 2020. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/11/11132/tde-18052020-102639/pt-br.php>

26. Darsie C, Carneiro M, Silva ML, Bueno MFS, Weber D, Rosa CF. COVID-19 and race in Brazil: a disturbingly close. JIC Rev Brasil Contr Infec Epidemiol Hospital [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 30];10(1):1-5. <https://jic-abih.com.br/index.php/jic/article/view/370/pdf>

27. Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MMD, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG. Work, health and vulnerability on COVID-19 pandemic. Cad Saude Pub [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];36(12):e00178320. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00178320>

28. Albuquerque MV, Ribeiro LHL. Inequality, geographical situation and directions of action in the COVID-19 pandemic in Brazil. Cad Saude Pub [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];36(12):e00208720. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00208720>

29. Segatto CI, Santos FBP, Bichir RM, Morandi EL. Inequalities and the COVID-19 pandemic in Brazil: analyzing un-coordinated responses in social assistance and education. Policy Soc [Internet]. 2022 [cited 2022 Dez 9];41(2):306-20. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puac005>

30. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Primary health care in times of COVID-19: what to do? Cad Saude Pub [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30];36(8):e00149720. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00149720>