

PARTE 3

DOSSIÊ – PARADOXOS PANDÊMICOS

CAPÍTULO 8

POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: REFLEXÕES SOBRE DINÂMICAS NECROPOLÍTICAS, DESIGUALDADE, RAÇA E TERRITÓRIO²⁹

Cristiane Kerches da Silva Leite; Vinícius Felix da Silva

RESUMO

Este capítulo propõe reflexão sobre processos que incidem na política de saúde brasileira e que operam dinâmicas necropolíticas em territórios e populações vulneráveis. Na pandemia de covid-19 formou-se um paradoxo: a mesma política que institucionalizou a cidadania social no Brasil, o SUS, e estruturou as respostas governamentais na crise sanitária, promoveu dinâmicas necropolíticas em contexto neoliberal de desfinanciamento, descoordenação federativa, acesso à saúde como consumo individualizado e oferta de serviços públicos sem priorização de populações mais vulneráveis. Por meio de metodologia de pesquisa de triangulação de dados (primários quantitativos, secundários – bibliográficos –, e cartográficos) investigou-se indícios que permitem afirmar que a população negra periférica foi o foco deste processo necropolítico, que guarda raízes históricas ainda intocadas na implementação do sistema de saúde.

29 Esse capítulo é uma versão atualizada do trabalho apresentado no 10º Coninter (Leite et al., 2021).

INTRODUÇÃO

Na história da institucionalização de políticas sociais universais no Brasil, dinâmicas conservadoras sempre operaram mobilizando diversos instrumentos e estratégias de ação contra a radicalização da democracia social. No ciclo histórico da redemocratização, nos anos 1980, essas dinâmicas se manifestaram no intenso processo de negociação que marcou a arena da Assembleia Constituinte (ROCHA, 2013), em que as pautas progressistas puderam se apresentar nos debates das subcomissões. No entanto, o resultado do processo foi modulado pela atuação de forças políticas conservadoras (idem, 2013), tanto na arena legislativa, quanto no debate social mais amplo, envolvendo a grande mídia corporativa (historicamente resistente e reacionária frente a avanços na democracia social no Brasil) (FONSECA, 2005).

A pauta da constitucionalização da Seguridade Social (em que a saúde é um capítulo) avançou, sobretudo se comparada aos 80 anos de exclusão anteriores a 1988 (TEIXEIRA, 2009). No entanto, o projeto da Reforma Sanitarista de democratização social radical em um “Estado integral”, na acepção de Gramsci (2013), foi abalado por dilemas entre o “instituinte e o instituído” (idem, 2009). A “hora histórica” de fins dos anos 1980 era de recrudescimento de dinâmicas neoliberais, que atravessam e configuram subjetividades, mapas cognitivos em políticas públicas e alternativas políticas consideradas “factíveis” (LEITE; ANDRADE; FONSECA, 2021). A medicina mercadorizante e a tônica da individualização do risco (TEIXEIRA, 2009) assaltaram as pautas da medicina socializante e a ideia da saúde como “bem público”. Segundo Menicucci (2006), o SUS que se constituiu enquanto política que afeta e age sobre nossos corpos é um sistema híbrido, estruturado por arranjos públicos e privados. Aspectos das dinâmicas endógenas ao sistema, como o acesso à saúde caracterizado como consumo individualizado de assistência médica, desfigurando o caráter preventivo e coletivo da política de saúde (MEIRELLES, 2021), são sintomáticos da hibridização do sistema.

Neste capítulo desenvolve-se reflexão sobre elementos do paradoxo do SUS, que se evidenciou no período da pandemia de covid-19, sobretudo nas ações que incidem diretamente em territórios e populações mais vulneráveis. O mesmo sistema de política de saúde que representou avanços históricos inquestionáveis do ponto de vista epidemiológico, político e social (MENICUCCI, 2009; PAIM, 2018), configurou dinâmicas necropolíticas em populações historicamente alijadas de cidadania, residentes em territórios de alta vulnerabilidade social. As causas desses processos passam por alguns elementos abordados neste capítulo.

Dinâmicas neoliberais que se expressam na histórica hegemonia do pensamento ortodoxo econômico na academia e nas instâncias decisórias governamentais legitimam instrumentos de corte de gastos sociais e vetam instrumentos de justiça social, como a tributação progressiva. Não se trata de um processo novo, mas que recrudescceu desde o Golpe Parlamentar de 2016, que abriu janela de oportunidade para a aprovação da Emenda Constitucional do Teto dos Gastos (MARIANO, 2017), selando o desfinanciamento do SUS (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

O processo político das relações subnacionais na pandemia de covid-19, catalisado pelo governo que ascendeu ao poder como resultado das eleições de 2018, interrompeu a tradição brasileira de protagonismo da União na coordenação das políticas sociais no país. Estabeleceu-se o que recente literatura denomina como descoordenação federativa (ABRUCIO et al., 2021; LIMA et al., 2020) e a consequente variabilidade de respostas municipais e estaduais à pandemia, celeiro para a escolha de critérios de priorização de vacinação que reforçam desigualdades (critérios etários e desempenho vacinal deficitário em regiões vulneráveis e periféricas).

O advento da pandemia de covid-19 em 2020 aprofundou, explicitou e evidenciou a complexa crise de ordem política, econômica, social e sanitária, envolvendo desafios de coordenação federativa do SUS anteriores à crise da pandemia. Lima et al. (2020) delinham um quadro de características institucionais e desigualdades socioterritoriais que reforçam a complexidade e a assimetria do processo decisório, em que há “[...] forte dependência política e financeira de estados e municípios em relação ao Governo Federal” (idem, p. 2). Formou-se um contexto governamental no Brasil particularmente inóspito à coordenação de respostas governamentais articuladas, justamente em meio à crise da pandemia, momento em que ações coordenadas e aumento do gasto social são estratégicos.

Neste capítulo, por meio de uma metodologia de pesquisa de triangulação de dados (primários quantitativos, secundários e cartográficos), objetiva-se discutir aspectos das raízes necropolíticas que atravessam as políticas sociais universais de saúde, e que reproduz, em contexto de pandemia, dinâmicas excludentes e reforçadoras de desigualdades nos territórios. De forma específica, objetiva-se explorar alguns elementos que caracterizam dinâmicas de territórios locais no quadro de descoordenação federativa, que incide de forma heterogênea e assimétrica em diferentes grupos populacionais, inseridos em territórios e contextos socioeconômicos distintos. Complementando a análise bibliográfica, realizou-se análise exploratória de dados quantitativos (indicadores sociais compostos e simples) da região da Grande SP e representações cartográficas (também com base em indicadores) referentes ao município de São Paulo.

A análise bibliográfica envolveu a discussão dos paradoxos democráticos do SUS (MEIRELLES, 2021) e sobre relações federativas e produção de respostas de políticas sociais à pandemia. Trabalhos recentes (ABRUCIO, 2021; LIMA et al., 2020, LUI et al., 2021; SANTOS et al., 2020; SCHAEFFER et al., 2020) permitem argumentar que, no quadro de intenso conflito político que se instaurou desde as primeiras semanas da pandemia covid-19 em contexto nacional, predomina grande variabilidade, heterogeneidade e assimetria de respostas governamentais entre os estados e os municípios. A ausência do governo federal, em contexto federativo que historicamente contou com o protagonismo deste ente, tem afetado as capacidades estatais dos municípios e produzido reiteração da desigualdade de acesso aos serviços de saúde no âmbito local do SUS. A análise de relatórios sobre a atuação do governo federal na pandemia, produzidos no Centro de Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa), da FSP/USP, e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); dados cartográficos produzidos no LabCidade da FAU/USP e na Rede Nossa São Paulo (Mapa da Desigualdade,

2021) e estudos da Rede de Políticas Públicas e Sociedade (P²S), permitem delinear um conjunto de elementos que sustentam a hipótese de que o SUS, ao mesmo tempo que se configura como uma estrutura fundamental de oferta de serviços de saúde, nos marcos da Constituição Federal de 1988, reproduz historicamente na sua implementação, dinâmicas que reforçam históricas desigualdades sociais.

As próximas seções tratam do contexto político pandêmico que marcou a gestão do SUS e a análise exploratória dos dados, com duas subseções: sobre as desigualdades territoriais no estado de São Paulo e sobre os impactos na população negra. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

O SUS E A PANDEMIA DE COVID-19 EM CONTEXTO POLÍTICO INÓSPITO

Desde os primórdios do SUS nos anos 1970 e 1980, a formulação do direito à saúde esteve articulada à universalização do acesso aos serviços de saúde, tendo em vista a enorme exclusão dos setores populares ao sistema que, à época, somente incorporava os trabalhadores previdenciários (GERSCHMAN; SANTOS, 2006). Em termos de sua engenharia político-institucional, o SUS caracteriza-se como um dos maiores e mais complexos sistemas nacionais e públicos de saúde do mundo, sendo hierarquizado em termos de complexidade tecnológica e assistencial, concretizando-se nos diferentes níveis de atenção (Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar etc.) ao lado de ações de proteção à saúde, com as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, e com a saúde do trabalhador, e da assistência farmacêutica (idem 2006).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), por exemplo, é o maior do mundo, induzindo a autossuficiência de imunobiológicos no país, e a Atenção Básica, também conhecida como Atenção Primária à Saúde, vincula cerca de 60% da população brasileira às Equipes de Saúde da Família (GIOVANELLA, 2021), tido como o modelo assistencial de maior excelência nesse nível de atenção, por estar diretamente relacionado a uma maior execução de ações de promoção e prevenção em saúde e à ampliação do acesso ao atendimento ambulatorial, traduzindo em uma melhora da eficácia e da efetividade das ações em saúde (MENICUCCI, 2009).

No entanto, o processo de implementação da saúde “instituído” (TEIXEIRA, 2009) foi caracterizado pela permanência de marcas históricas estruturantes do sistema de saúde, como a assistência médica individualizada e eminentemente curativa, e o consumo individualizado de serviços (MEIRELLES, 2021). Essas características na conformação da política de saúde se radicalizaram no combate à pandemia, uma vez que o foco esteve na adoção de medidas de assistência médica às pessoas infectadas pelo vírus e não na prevenção ou no controle de sua transmissão, contribuindo diretamente para a disseminação da doença em território nacional e para o agravamento das desigualdades no que se refere à dinâmica da transmissão do vírus e seus efeitos sobre diferentes localidades e grupos sociais (VENTURA; AITH; REIS, 2021).

A variabilidade, a assimetria e a heterogeneidade de respostas governamentais à pandemia também se somam como elemento explicativo do processo de disseminação do vírus e agravamento das desigualdades. Em grande medida, a descoordenação federativa (ABRUCIO et al., 2020; LIMA et al., 2020) que marcou o quadro das relações governamentais no país sob pandemia de covid-19 está na raiz desse processo, comprometendo a eficácia, a eficiência e a efetividade do plano nacional de vacinação (LUI et al., 2021). As omissões coordenativas do governo federal geraram graves descompassos em realidades municipais com capacidades muito distintas de organização das ações do Plano Nacional de Imunização covid-19 (PNI covid-19).

A partir de 2019, sob a presidência de Jair Bolsonaro, houve convergência de três processos que operaram contra a mobilização das capacidades estatais federativas em resposta à pandemia: 1) omissão do papel do governo federal como ente coordenador das ações federativas, definido constitucionalmente (ABRUCIO et al., 2020); 2) produção de narrativas e discursos governamentais divergentes dos parâmetros científicos epidemiológicos internacionais, considerados legítimos e aceitos internacionalmente, produzidos em inúmeros *think tanks* e organismos internacionais (DUARTE et al., 2021); 3) manutenção da agenda econômica ultraliberal, que tem promovido um histórico processo de desfinanciamento do SUS (FERNANDES; PEREIRA, 2020),³⁰ justamente no momento em que o aumento do gasto público é fundamental para financiar as políticas de emergência, como vem ocorrendo em outros países (RODRIGUEZ DÍAS et al., 2020).

Em suma, de acordo com Assano et al. (2021) e Ventura, Aith e Reis (2021), há desde o início da pandemia uma “estratégia de propagação do vírus conduzida de forma sistemática pelo Governo Federal” (ASSANO et al., 2021, p. 2). Essa estratégia tem afetado a capacidade de funcionamento do SUS enquanto sistema estruturante na produção de respostas governamentais à pandemia.

ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS

COVID-19 E DESIGUALDADES TERRITORIAIS

O alinhamento entre a disseminação do vírus, as estratégias adotadas pelo governo federal (que redundaram na descoordenação federativa) e o agravamento das desigualdades sociais, raciais e territoriais em contexto pandêmico no Brasil pode ser verificado na discussão de dados quantitativos que apresentamos nesta seção. Os focos de análise se concentram primeiramente na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) e, subsequentemente, no território do município de São Paulo (SP).

Um olhar exploratório dos dados sobre indicadores do processo de implementação do programa de vacinação nos municípios da RMSP é revelador da amplitude das desigualdades e assimetrias da política da saúde. A RMSP é composta por 39 municí-

30 Aqui destaca-se o desfinanciamento histórico, a despeito do pontual aumento do gasto público federal em saúde em 2020, em plena pandemia (PERES; SANTOS; LEITE, 2022).

pios com condições sociais bastante distintas, conforme o Índice Paulista de Responsabilidade Social de 2018 (IPRS).³¹ Trata-se de um indicador sintético que informa sobre condições de desenvolvimento social dos municípios paulistas, a partir das três dimensões que também caracterizam a construção metodológica do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): saúde, renda e educação.

Tabela 8.1 – Classificação dos municípios da RMSP – IPRS/2018

Grupo IPRS	Características	% populacional	Municípios
Desiguais	Níveis de riqueza elevados, mas indicadores sociais insatisfatórios (longevidade e/ou escolaridade baixa)	76,98	Arujá, Barueri, Cajamar, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Guarulhos, Itapeçerica da Serra, Itapevi, Jandira, Osasco, Poá, São Lourenço da Serra, São Paulo, Taboão da Serra, Vargem Grande Paulista = 16 municípios
Dinâmicos	Índice elevado de riqueza e bons níveis de indicadores sociais (longevidade e escolaridade média/alta)	13,89	Caieiras, Guararema, Mauá, Mogi das Cruzes, Ribeirão Pires, Santana do Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul = 9 municípios
Em transição	Baixos níveis de riqueza e indicadores intermediários de longevidade e/ou escolaridade (níveis baixos)	4,83	Biritiba-Mirim, Carapicuíba, Ferraz de Vasconcelos, Mairiporã, Pirapora do Bom Jesus, Suzano = 6 municípios
Equitativos	Baixos níveis de riqueza, mas com bons indicadores sociais (longevidade e escolaridade média/alta)	1,04	Embu-Guaçu, Juquitiba, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel = 5 municípios
Vulneráveis	Municípios mais desfavorecidos do estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade baixa)	3,26	Francisco Morato, Franco da Rocha e Itaquaquecetuba = 3 municípios

Fonte: Leite et al. (2021) apud <http://www.iprs.seade.gov.br/>.

31 Para retrato dos municípios paulistas pela lente do IPRS, ver: http://www.iprs.seade.gov.br/downloads/pdf/iprs_release_site.pdf.

Segundo os dados públicos emitidos pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, até a primeira quinzena de agosto de 2021, houve diferença significativa entre o percentual de doses aplicadas dos imunizantes entre os municípios da RMSP. De um lado, concentram-se os municípios que têm tido um ótimo desempenho na aplicação das vacinas, apresentando melhores condições materiais, institucionais e organizacionais para a implementação e operacionalização da vacinação contra a covid-19, ou seja, melhores capacidades estatais (PIRES; GOMIDE, 2016). Desses, oito ganharam destaque por terem aplicado a totalidade das vacinas recebidas no período de janeiro à primeira quinzena de agosto, correspondendo aos municípios de Cajamar (106,8%), Salesópolis (105,6%), Santo André (105%), Guararema (104,3%), São Paulo (103,6%), São Bernardo do Campo (102,4%), Franco da Rocha (101,1%) e Osasco (100,6%). A grande maioria dos municípios se enquadra nos grupos do IPRS de índice elevado de riqueza (“Desigual” ou “Dinâmico”), com exceção de Salesópolis (“Equitativo”) e Franco da Rocha (“Vulneráveis”).

Esses oito municípios, além de aplicar a totalidade das doses recebidas até a primeira quinzena de agosto de 2021, também estão entre os dez municípios com os maiores percentuais da população vacinada, com ao menos uma dose da vacina, na região metropolitana de São Paulo. Desses, o município que apresenta o maior percentual da população vacinada na RMSP é Santo André, com 85,6% de seus habitantes vacinados com a primeira dose de alguma das vacinas disponíveis, seguido por Guararema (77,7%), São Paulo (76,7%), São Caetano do Sul (76%), Salesópolis (74,8%), Osasco (73%), Cajamar (70,8%), São Bernardo do Campo (70,6%), Santana de Parnaíba (70,2%) e Franco da Rocha (69,8%).

Do outro lado, estão aqueles municípios com os menores percentuais de aplicação das doses dos imunizantes recebidos, no mesmo período. São eles, Vargem Grande Paulista (83%), Itaquaquecetuba (82,9%), Ferraz de Vasconcelos (82,6%), Juquitiba (82,1%), Itapeverica da Serra (80,9%), Embu-Guaçu (77,8%), Itapevi (75,2%) e, com o menor percentual de doses aplicadas de toda a RMSP, Rio Grande da Serra (58,4%). Esses municípios também representam aqueles que, até a primeira quinzena de agosto de 2021, tiveram os menores percentuais da sua população vacinada com, ao menos, a primeira dose de algumas das vacinas disponíveis. Rio Grande da Serra é o município que apresenta a pior cobertura vacinal contra a covid-19 até o período analisado, com apenas 46,1% de sua população vacinada com a primeira dose, seguido por Itapevi (54,1%), Itaquaquecetuba (56,7%), Juquitiba (58,3%), Ferraz de Vasconcelos (58,3%), Itapeverica da Serra (58,4%), Jandira (59,6%), São Lourenço da Serra (60,9%), Mauá (60,9%) e Poá (60,9%). Dentre os municípios com o pior desempenho na vacinação, metade se enquadra na categoria “Desigual” do IPRS, estando os demais em categorias de “baixo nível de riqueza”, com exceção de Mauá (“Dinâmico”).

Entre Cajamar e Rio Grande da Serra, municípios nos extremos opostos na aplicação das doses recebidas dos imunizantes, há uma diferença de 48,5% no que se refere à execução das doses aplicadas na população residente. Entre Santo André e Rio Grande da Serra, municípios opostos no que tange à cobertura vacinal, há uma diferença de 39,5% na população vacinada entre eles. Essas diferenças expressam, ainda que de modo genérico, realidades municipais extremamente desiguais no que tange à

disponibilidade de recursos para a implementação do PNI covid-19 - fenômeno que se encontra relacionado a dinâmicas amplas de perenização da desigualdade na distribuição de recursos públicos e do acesso aos serviços de saúde anteriores à pandemia. No que tange à vacinação contra a covid-19, essa relação encontra maior expressão quando os indicadores de desempenho no processo vacinal são articulados com indicadores socioeconômicos.

Ao comparar esses conjuntos de municípios com o IPRS de 2018, na dimensão riqueza percebe-se que, dos oito municípios com maior percentual de doses aplicadas, seis deles estão entre os quinze municípios com as maiores pontuações pelo IPRS, sendo eles Cajamar, Osasco, São Paulo, São Bernardo do Campo, Santo André e Guararema. O contrário também ocorre; dos oito municípios com os menores percentuais de doses aplicadas, cinco deles estão entre os quinze municípios com as menores pontuações na dimensão riqueza pelo IPRS em 2018, sendo eles Ferraz de Vasconcelos, Jquitiba, Itaquaquecetuba, Embu-Guaçu e Rio Grande da Serra.

Este “cruzamento exploratório” mostrou que a organização das ações que envolvem a vacinação em municípios têm apresentado características bastante díspares, o que reitera desigualdades sociais, dada a falta de coordenação federal na formulação e na condução das estratégias de vacinação contra a covid-19. O maior percentual de doses aplicadas concentram-se nos municípios que apresentam melhores condições materiais, institucionais e organizacionais para a implementação e operacionalização da vacinação contra a covid-19. Ou seja, por hipótese, melhores capacidades estatais. Esse quadro tenciona os processos de articulação federativa, que envolve regionalização de ações para dirimir quadros de capacidades assimétricas de oferta de serviços.

Há também diferenças intermunicipais: em Mauá e Santo André (por exemplo), o percentual de vacinados foi maior nas áreas mais centrais e consolidadas, seguindo o mesmo padrão apresentado em São Paulo. Osasco e Diadema apresentaram processo mais homogêneo, ao incorporarem em suas prioridades categorias profissionais que ainda não tinham sido vacinadas na capital, como profissionais da limpeza urbana (LabCidade FAU/USP).

Olhares para o território com base em estudos cartográficos produzidos pelo LabCidade FAU-USP, no município de São Paulo, permitem verificar que há grande carência de políticas formuladas de forma territorializada e interseccionalizada no combate à pandemia e suas consequências. Em relatório da Abrasco intitulado “População Negra e covid-19”, alerta-se para que a “[...] formulação e a implementação de políticas públicas de enfrentamento das desigualdades, particularmente num contexto pandêmico, exigem que se considerem os marcadores sociais de diferença de raça, classe e gênero” (ABRASCO 2021, p. 18). Reforçam e complementam esses dados as informações da Rede Nossa São Paulo³² (Mapa da Desigualdade 2019, 2020 e 2021) e da Rede de Políticas Públicas e Sociedade (P²S).³³

32 <https://www.nossasaopaulo.org.br/campanhas/#13>

33 <https://rededesquisasolidaria.org/>

IMPACTOS DA COVID-19 SOBRE A POPULAÇÃO NEGRA

As desigualdades territoriais abordadas neste capítulo se sobrepõem, se estruturam e se completam em outras dimensões de desigualdade social, como gênero, raça e cor. Desigualdades essas que condicionam resultados e efeitos diferenciais para as políticas públicas, mesmo que sua adoção por distintos governos e unidades territoriais seja razoavelmente uniforme, pelo menos de um ponto de vista formal. Pois, em contextos de marcada desigualdade social, políticas públicas de orientação universalista são incapazes de inibir as iniquidades que se expressarão no acesso e no usufruto objetivos a seus benefícios e seus benefícios por diferentes grupos sociais.

Um país extremamente desigual como o Brasil provê diversos exemplos concretos dessa dinâmica, especialmente no que concerne ao direito mais primário e fundamental, que é o direito à própria vida. Particularmente, por conta de um histórico de racismo institucionalizado na forma de políticas de Estado de escravização e discriminação da população negra, e de promoção do “embranquecimento” da população nacional (ANDRÉ, 2008) que foram capazes de instaurar e perpetuar uma forma de estratificação social na qual os marcadores sociais de raça ou cor despontam como elementos determinantes do exercício concreto de direitos, apesar de avanços pontuais no sentido de sua positivação.

Nesse sentido, mesmo as políticas públicas de saúde, que têm como racional fundamental garantir e potencializar o direito à vida, ao ignorarem, em sua formulação ou implementação, as dimensões nas quais se estruturam as gritantes desigualdades de uma sociedade como a brasileira, podem se provar inefetivas, quando não incorporarem um caráter flagrantemente *necropolítico*, ao expor inteiros contingentes populacionais a riscos cada vez mais acentuados de morte (SANTOS et al., 2020; MBEMBE, 2003).

A pandemia de covid-19 expôs, de maneira dramática, tais aspectos necropolíticos da saúde pública brasileira que, embora potencializados pelo papel mais que negligente, disruptivo, do governo federal na coordenação federativa das ações emergenciais de testagem, tratamento e vacinação, já estavam profundamente enraizados no funcionamento do SUS. É sintomático que organizações e associações societais, como a Abrasco, tenham proposto desde o início da pandemia que “grupos indígenas e quilombolas, a população em situação de rua, os encarcerados, os servidores do serviço prisional, os servidores da educação e os mais pobres (fossem) priorizados nos planos de vacinação” (ABRASCO, 2021: p. 21), tendo influenciado o debate em estados, mas com pouca ressonância no governo federal.

Conforme apontado por Santos et al. (2020), o registro e uso dos dados de raça/cor ainda é incipiente nas análises epidemiológicas no âmbito do SUS, apesar das diretrizes postas pelo Estatuto da Igualdade Racial,³⁴ que prevê o acesso universal e igualitário da população negra aos serviços de saúde; e pelas Portaria MS 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN), e 344, de 1º de fevereiro de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

34 Lei federal 12.288, de 20 de julho de 2010.

No que concerne especificamente aos boletins epidemiológicos da covid-19, Santos et al. (2020) apontam que, em meados de 2020, “de 27 boletins epidemiológicos e painéis de monitoramento analisados [...] dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal apenas 5 (19%)” - Alagoas, Amapá, Paraná, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul - adotavam a variável raça/cor em, pelo menos, uma das categorias de análise - casos confirmados, casos de SRAG por covid-19 hospitalizados e óbitos por covid-19 (SANTOS et al., 2020, p. 4215). Após mais de 2 anos de pandemia, esse cenário não se modificou em relação ao estado de São Paulo. Tanto os boletins do governo do estado³⁵ quanto da capital³⁶ não desagregam os dados de casos e óbitos por critérios de raça/cor.

A própria carência desses dados impede a avaliação direta dos impactos da covid-19 na população negra. Porém, considerando as sobreposições de desigualdades - de rendimento, ocupação, escolarização, habitação etc. - às quais a população negra brasileira está sujeita, são possíveis inferências sobre seus efeitos nessa população.

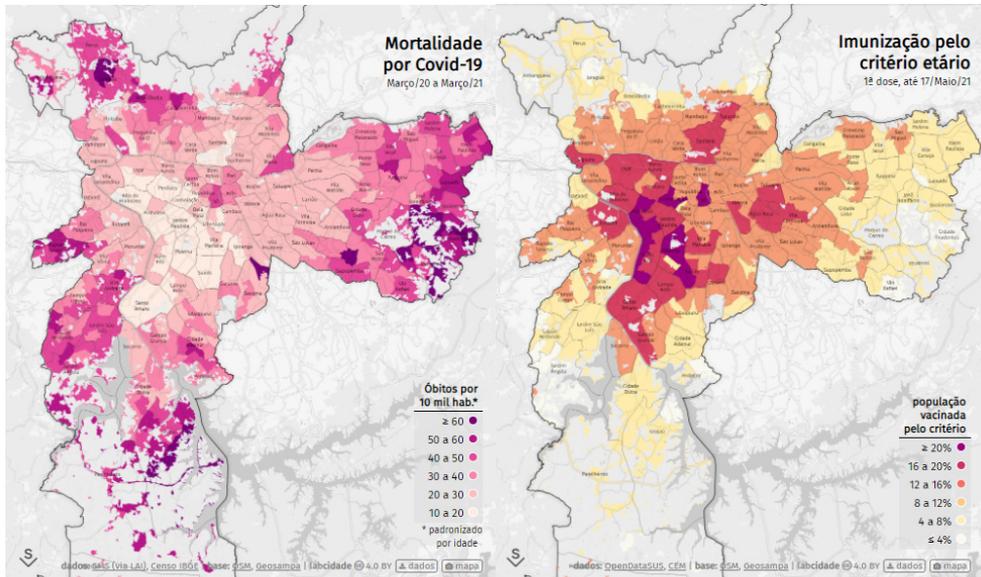
Os “[...] critérios de prioridade na vacinação, por exemplo, negligenciaram a geografia da covid-19 em São Paulo, o que pode ser verificado comparando a territorialização da vacina com o mapa das concentrações de contágio”.³⁷ A prevalência do critério etário com poucos critérios adicionais de priorização até aquele momento (maio de 2021) reiterou e reproduziu as desigualdades, já que as diferenças na expectativa de vida são territorialmente demarcadas (LabCidade FAU/USP). Predominância de critérios etários de priorização da vacinação na capital paulistana redundou em dinâmica em que os mais ricos e moradores do centro expandido foram os primeiros vacinados, em uma cidade com expectativas de vida territorialmente demarcadas: Moema, expectativa de 80 anos; Cidade Tiradentes, 57,3 anos; média geral, 68,7 anos (Mapa de Desigualdade, 2019). Os mapas a seguir ilustram: regiões da cidade de São Paulo com menor percentual de vacinação foram as mesmas em que houve maior mortalidade por covid-19.

Ademais, a análise das faixas etárias elegíveis para serem vacinadas, ponderadas pelo território, mostrou que houve lugares em que a vacinação caminhou de forma muito mais lenta, justamente “territórios populares e periféricos”, em que se concentram domicílios de maioria negra/parda (idem).

35 <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>

36 https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=295572

37 <http://www.labcidade.fau.usp.br/vacinacao-avanca-de-forma-desigual-em-sao-paulo/>



Figuras 8.1

Fonte: LabCidade FAU/USP (<http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/>).

As desigualdades reproduzidas pelos critérios de vacinação adotados também podem ser vistas no descompasso entre o avanço da cobertura vacinal e os territórios com grandes concentrações de contágios por covid-19 (LabCidade FAU/USP). O mapa a seguir evidencia a “desigualdade na distribuição de hospitalizações por covid-19, com uma maior concentração de casos em bairros periféricos”.

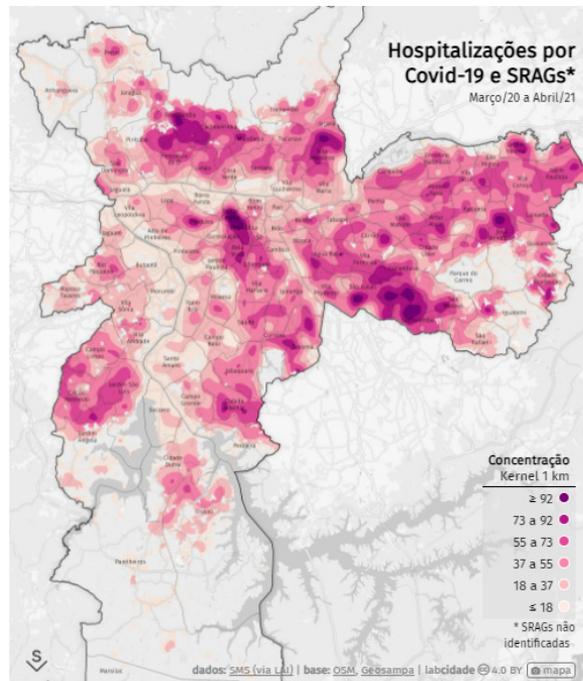


Figura 8.2

Fonte: LabCidade FAU/USP (idem).

A análise dos distritos de São Paulo indica que regiões de maior renda apresentam menor coeficiente de mortalidade por covid-19; enquanto os de menor renda, maiores coeficientes (exemplo, Alto de Pinheiros e Lajeado, ver quadro a seguir) (Mapa da Desigualdade 2020 RNSP).

Esses dados da Rede Nossa SP reiteram os dados dos mapas do LabCidade/FAU/USP (a despeito das técnicas cartográficas distintas): em regiões mais pobres e vulneráveis da cidade a vacinação teve pior desempenho no período analisado, territórios que já apresentavam desde março de 2020 hospitalização e mortalidade por covid e SRAGs maior, em comparação a outras regiões da cidade.

Quadro 2: Relação entre Coeficiente de Mortalidade por Covid-19 para população com menos de 60 anos (período de de janeiro a julho de 2021) e Renda Média Familiar Mensal

Distrito	Classificação	Coef Mortalidade <60 anos	Desigualtômetro	Renda Média	Desigualtômetro
Lajeado	Pior	114,3	5,54	R\$ 2.876,26	3,65
Alto de Pinheiros	Melhor	28,0		R\$ 10.495,51	
Perus	Pior	109,6	8,59	R\$ 2.891,88	3,54
Perdizes	Melhor	12,8		R\$ 10.229,23	
Parelheiros	Pior	116,7	8,79	R\$ 2.893,17	3,53
Jardim Paulista	Melhor	13,3		R\$ 10.205,75	
Cidade Tiradentes	Pior	111,8	5,73	R\$ 3.021,23	3,29
Moema	Melhor	19,5		R\$ 9.936,98	
São Rafael	Pior	73,4	2,16	R\$ 3.032,50	3,31
Santo Amaro	Melhor	34,0		R\$ 10.022,59	

Figura 8.3

Fonte: Rede Nossa São Paulo | A covid-19 e as desigualdades – setembro de 2021.

Os dados cruzados de três fontes deste estudo (LabCidade, Rede Nossa SP e Rede de Políticas Públicas e Sociedade (P²S)) explicitam que o racismo estrutural é marcador transversal mais evidente nos impactos da pandemia de covid-19 no município de São Paulo. Territórios com maior incidência de covid-19 são territórios onde mora a maior parte da população negra da cidade (LabCidade FAU/USP), conforme comparação entre os mapas de hospitalizações e mortes por covid-19 supracitados (Figuras 8.1 e 8.2) e o da territorialização da população negra em São Paulo reproduzido a seguir (Figura 8.4). Interessante notar que, mesmo em territórios de baixa vulnerabilidade social, há diferenças de impacto da pandemia em termos de desigualdade da mortalidade entre a população negra e a população branca (Rede Nossa SP).

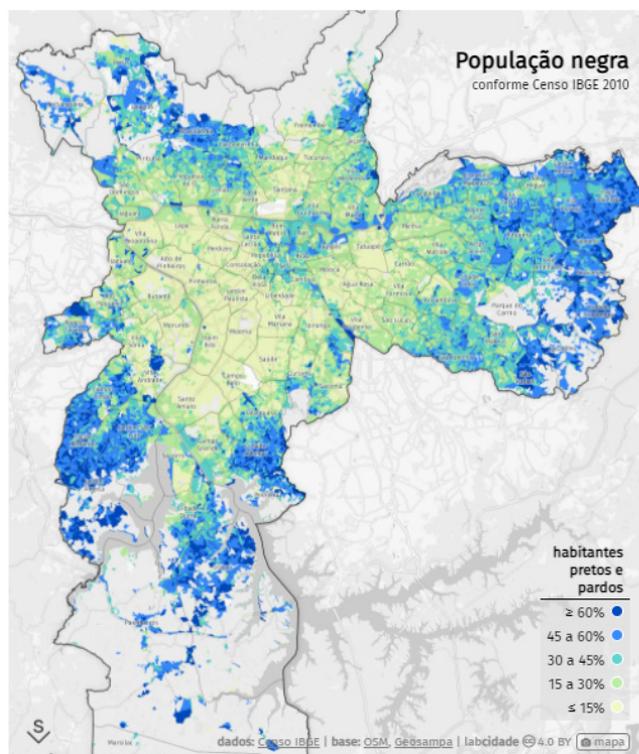


Figura 8.4

Fonte: LabCidade FAU/USP (<http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/>).

Os dados analisados pela Rede de Políticas Públicas e Sociedade (P²S) corroboram o quadro dos impactos da covid-19 derivado da análise cartográfica do LabCidade FAU/USP e do Mapa de Desigualdade da Rede Nossa São Paulo. Na Nota Técnica no 34³⁸ da Rede de Políticas Públicas e Sociedade (P²S), de 27 de setembro de 2021, discute-se “como as chances de morte por covid-19 expressam as desigualdades de gênero e raça/cor dentro das ocupações” (P²S, 2021, p. 2). Segundo a nota, homens negros morreram mais de covid-19 do que homens brancos no primeiro ano da pandemia (2020), sendo um fator transversal a todo mercado de trabalho “independentemente do tipo de atividade, do setor, de se tratar de ocupações que se encontram no topo ou na base da pirâmide social” (idem, p. 8).

A pesquisa ainda indica que as mulheres negras compõem o grupo que mais apresentou mortes, independente da ocupação, dentre todos os outros (mulheres brancas, homens negros e brancos).

As variáveis que explicam a maior vulnerabilidade da população negra à pandemia referem-se a “fatores ambientais que afetam condições de saúde (moradias mais insalubres, acesso inadequado à água, dieta com baixa qualidade nutricional, espaços

38 <https://redepesquisasolidaria.org/boletins/boletim-34-boletins/desigualdades-raciais-e-de-genero-aumentam-a-mortalidade-por-covid-19-mesmo-dentro-da-mesma-ocupacao/>

que afetam o estado psíquico, entre outros)” (P²S, 2021, p. 8); acesso mais escasso a serviços de saúde e inserção laboral mais precária do que a população branca, o que significa estar em um ambiente de trabalho com “condições mais vulneráveis de exercício das atividades e exposição ao vírus” (idem, *ibidem*).

Com relação à dimensão laboral, os dados analisados na nota sugerem que houve maior impacto na população negra em função da maior presença de trabalhadores negros e negros em atividades profissionais que exigiram presença física e não seguiram os protocolos de máximo distanciamento físico (idem). Da mesma forma, o trabalho remoto em 2020 foi impactado pelo nível de instrução, dimensão fortemente demarcada por clivagens raciais (P²S, 2021; MARQUES et al., 2021).

A ausência de planejamento territorializado, diagnóstico e dados interseccionais nas respostas governamentais à pandemia - incluindo vacinação e medidas de distanciamento - conduziram a um quadro em que os mais vulneráveis (sobretudo a população negra periférica) foram mais expostos aos riscos de contágio e de óbito vinculados às dinâmicas epidemiológicas da pandemia. Sistemicamente, no contexto de tomada de decisão federativa, desigualdades históricas e estruturais, principalmente no que tange à questão racial, foram reproduzidas e reforçadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é um sistema que representa grande avanço frente à tradição excludente, privatista e hospitalocêntrica na oferta de serviços de saúde no Brasil. No entanto, processos históricos que marcaram sua implementação, como a hegemonia da assistência médica, o crônico subfinanciamento (que se tornou desfinanciamento), e a subutilização de dados desagregados sobre grupos socialmente discriminados (por critérios de raça, gênero, orientação sexual etc.) nas análises epidemiológicas, prejudicaram a territorialização do sistema nos moldes planejados pela Reforma Sanitarista, com equidade, universalidade e integralidade. A garantia da equidade, por exemplo, demanda diferenciar e identificar territórios e populações mais vulneráveis, a fim de elegê-las como vetor para a tomada de decisões.

Na pandemia de covid-19 o SUS foi o principal “muro de contenção”, contudo ainda mais fragilizado pelo processo político que se configura no país desde 2016 (pioorado a partir de 2019), em que há convergência e encadeamento de elementos disfuncionais, como a omissão do papel coordenador do governo federal na liderança das iniciativas governamentais e a perenidade da agenda econômica ultraliberal. A falta de coordenação federal na organização das respostas governamentais à pandemia se manifestou também na dimensão do financiamento. Segundo Peres, Santos e Leite (2022) as transferências federais extraordinárias realizadas em 2020 não redundaram em melhores políticas de enfrentamento à pandemia, em função da falta de mecanismos de controle/indução para ação mais específica nas áreas de saúde e educação (idem, p. 77). Consequentemente, houve grande variação de respostas subnacionais à pandemia, que dificultaram a capacidade de gestão e planejamento, além de critérios de priorização de vacina que reforçaram desigualdades, redundando em baixa cobertura em territórios já vulneráveis.

Os estudos cartográficos do LabCidade FAU/USP no município de São Paulo demonstraram que as áreas de maior incidência da doença foram, não coincidentemente, as áreas onde reside a maior parte da população negra da cidade. “A suposta neutralidade do critério etário escamoteia fatos largamente conhecidos sobre nossas cidades: a desigualdade na expectativa de vida é territorialmente demarcada, as atividades laborais são social e territorialmente demarcadas”.³⁹

A pandemia ensinou que o planejamento em saúde deve considerar dimensões territoriais e interseccionais, procurando a raiz das desigualdades como farol da implementação das ações governamentais, pois há corpos mais expostos às contingências da interdependência social, “[...] em razão das condições desiguais de suas existências” (MARQUES et al., 2021). Não se trata de falta de conhecimento técnico, mas de iniciativa política coordenada e intersetorial para desenvolver ações públicas voltadas a combater a vulnerabilidade social que afeta prioritariamente os corpos negros. No relatório da Abrasco “População Negra e a covid-19”, especialistas elencam medidas essenciais para superarmos nossas mazelas coloniais na saúde, como a priorização do SUS; a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; ampliação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sobretudo de serviços e benefícios socioassistenciais para assegurar proteção, renda e segurança alimentar (p. 18). Sugere-se que devemos nos inspirar em experiências internacionais de políticas interseccionais, como o serviço integrado ao sistema de saúde sem fins lucrativos do *Mass General Brigham*, em Massachusetts, nos EUA, onde foi possível obter e analisar dados de forma interseccional para compreender o impacto da covid-19 e projetar estratégias para reduzir os danos causados pelo racismo e outras formas de racismo estrutural (p. 30). Por fim, o monitoramento do preenchimento qualificado da “raça/cor de pele” nos sistemas de informações em saúde, regulamentado pela Portaria 344 GM/MS, de 01 de fevereiro de 2017, se faz urgente para enfrentar o caráter necropolítico dos instrumentos de política pública que incidem sobre a população negra no país.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. *População Negra e covid-19*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Organização Grupo Temático Racismo e Saúde da ABRASCO. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2021.
- ABRUCIO, Fernando Luiz et al. Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 663-677, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400663&lng=pt&nrm=iso.
- ANDRÉ, Maria da Consolação. *O ser negro: a construção da subjetividade em afrobrasileiros*. Brasília: LGE, 2008.

39 <http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/>

- ASSANO, Camila L.; VENTURA, Deisy et al. *Boletim Direitos na Pandemia: Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à covid-19 no Brasil*. São Paulo: Conectas, n. 10, 2021. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>.
- DUARTE FERREIRA, Eric; AGNOLETTI, Ana Cristina; SERAGLIO, Maruana K. T. O discurso bolsonarista sobre o viés ideológico na pandemia da covid-19. *Revista Heterotópica*, v. 3, n. 1, p. 301-327, 2021. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/RevistaHeterotopica/article/view/59091>.
- FERNANDES, Gustavo Andrey Almeida Lopes; PEREIRA, Brenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à covid-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 595-613, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400595&lng=pt&nrm=iso.
- FONSECA, Francisco. *O consenso forjado: a grande imprensa e a formação da agenda ultraliberal no Brasil*. Editora Hucitec, São Paulo, 2005.
- GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* [online], v. 21, no. 61, p. 177-227, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000200010>.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 26, supl. 1, p. 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>.
- GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do cárcere*. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. Edição Carlos Nelson Coutinho.
- LEITE, Cristiane Kerches da Silva; ANDRADE, Daniel Pereira; FONSECA, Francisco. Políticas Públicas, Neoliberalismo e Democracia: agendas para a gestão pública. *CADERNOS DE GESTÃO PÚBLICA*, v. 26, p. 1-13, 2021.
- LEITE, Cristiane Kerches da Silva; MEIRELLES, Rodrigo; PEREIRA, Eduardo Silva; SILVA, Julia Motta. Desigualdades, Federalismo e Território: dilemas da política de saúde nas respostas governamentais à pandemia de covid-19. In: 10º CONINTER – Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades, 2021, Niterói/RJ. *Anais do 10º CONINTER – CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR EM SOCIAIS E HUMANIDADES*. Niterói/RJ: Even3, v. 10, p. 1-300, 2021.
- LIMA, Luciana Dias; PEREIRA, Adeline Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, Condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, e00185220, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000700504&lng=pt&nrm=iso.

- LUI, Lizandro et al. Disparidades e heterogeneidades das medidas adotadas pelos municípios brasileiros no enfrentamento à pandemia de covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, e00319151, Jan. 2021. Available: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100504&lng=en&nrm=iso.
- MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais* [online], v. 4, n. 1, p. 259-281, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>.
- MARQUES, Ana Lucia Marinho et al. O impacto da covid-19 em grupos marginalizados: contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico-política. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [online], v. 25, supl. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200712>.
- MBEMBE, Achille. Necropolitics. *Public Culture*, v. 15, n.1, p. 11-40, 2003.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&lng=en&nrm=iso.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade* [online], v. 15, n. 2, p. 72-87, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200008>.
- MEIRELLES, Rodrigo. *Interfaces entre saúde e democracia no contexto contemporâneo: dilemas entre o sucesso e a crise*. 2021. Dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso.
- PERES, Ursula Dias; SANTOS, Fabio Pereira; LEITE, Cristiane Kerches da Silva. Descoordenação e desigualdades federativas no Brasil com a pandemia de covid-19. In: VALENTIN, Agnaldo; MOUNTIAN, André G.; VAZ, José Carlos; PERES, Ursula D.; URQUIDI, Vivian G. F. D. (org.). *Políticas públicas e covid-19: a experiência brasileira*. São Paulo: Edições EACH, 2022. 1 ebook. DOI 10.11606/9786588503225.
- PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre de Ávila. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. *Revista de Sociologia e Política* [online], v. 24, n. 58, p. 121-143, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987316245806>.
- ROCHA, Antônio Sérgio. Genealogia da constituinte: do autoritarismo à democrati-

zação. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política* [online]. n. 88, p. 29-87, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64452013000100004>.

RODRÍGUEZ DÍAZ, Raime Rolando et al. Economic measures against covid-19 pandemic: mapping the economic policy debate in Brazil. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 9, e975998177, 2020. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/8177>.

SANTOS, Herbert Luan Pereira Campos dos et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia de covid-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 25, supl. 2, p. 4211-4224, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5FLQN6ZV5yYPKv6bv4fTb-Vm/?lang=pt>.

SCHAEFER, Bruno Marques et al. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 5, p. 1429-1445, out. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000501429&lng=pt&nrm=iso.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *Revista de Administração de Empresas* [online], v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902009000400010>.

VENTURA, Deisy; AITH, Fernando; REIS, Rossana. *A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid*. CEPEDISA, FSP/USP, 2021. Disponível em: <https://cepedisa.org.br/publicacoes/>.