

SAÚDE PÚBLICA E DESIGUALDADES: BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA

SALUD PÚBLICA Y DESIGUALDADES: BRASIL EN TIEMPOS PANDÉMICOS

PUBLIC HEALTH AND SOCIAL INEQUALITIES: BRAZIL IN PANDEMIC TIMES

Heloísa FALQUETE¹
Franklin Botelho MORA²
Carla Giani MARTELLI³

RESUMO: A pandemia do COVID-19 tem impactado o mundo nas diversas esferas social, econômica e política. Pela atualidade da pandemia, ainda é difícil prever os impactos que ela deixará em longo prazo. Entretanto, na sociedade brasileira de profundas assimetrias sociais, a pandemia tem assumido seu caráter perverso. Os antigos problemas estruturais que assolam parcela significativa dos brasileiros, como a fome, a ausência de água tratada e a dificuldade de acessar políticas públicas, somam-se agora aos novos riscos inerentes ao vírus, ocasionando uma *pandemia de classes* no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdade social. Saúde pública no Brasil. COVID-19.

RESUMEN: *La pandemia de COVID-19 ha impactado al mundo en diferentes ámbitos sociales, económicos y políticos. Debido a la pandemia actual, aún es difícil predecir los impactos a largo plazo que tendrá. Sin embargo, en la sociedad brasileña de profundas asimetrías sociales, la pandemia ha asumido su carácter perverso. Los viejos problemas estructurales que afectan a una parte importante de los brasileños, como el hambre, la falta de agua tratada y la dificultad de acceder a las políticas públicas, ahora se suman a los nuevos riesgos inherentes al virus, causando una pandemia de clase en Brasil.*

PALABRAS CLAVE: *Desigualdad social. Salud pública en Brasil. COVID-19.*

ABSTRACT: *The COVID-19 pandemic has impacted the world in different social, economic and political spheres. Because of the current pandemic, it is still difficult to predict the long-term impacts it will have. However, in the Brazilian society of profound social asymmetries, the pandemic has assumed its perverse character. The old structural problems that plague a significant portion of Brazilians, such as hunger, the lack of treated water and the difficulty of*

¹ Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araraquara – SP – Brasil. Graduanda em Ciências Sociais. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Participação e Democracia – GEPPADE. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5676-5596>. E-mail: heloisafalquete2@gmail.com

² Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araraquara – SP – Brasil. Graduando em Ciências Sociais. Membro do Grupo de Pesquisa Tecnologia, Direito e Sociedade. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8342-0702>. E-mail: franklin.botelho@hotmail.com

³ Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araraquara – SP – Brasil. Professora do Departamento de Ciências Sociais. Doutorado em Sociologia (UNESP). Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Participação e Democracia – GEPPADE. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1839-2140>. E-mail: carla.martelli@unesp.br

accessing public policies, now add to the new risks inherent to the virus, causing a class pandemic in Brazil.

KEYWORDS: *Social inequality. Public health in Brazil. COVID-19.*

Introdução

Em meio à pandemia global do COVID-19, ainda em curso no Brasil, torna-se difícil prever quais serão seus impactos em longo prazo na sociedade brasileira. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é discutir condicionantes sociais que podem agravar a crise pandêmica no país, tais como as assimetrias sociais nos seus mais amplos aspectos econômicos, raciais e de qualidade de vida. Apesar dos avanços no campo social – sobretudo a partir da construção de direitos previstos na Constituição Federal de 1988 e do financiamento de outros projetos de assistência –, a realidade mostra que estes não foram capazes de impactar profundamente nas estruturas desiguais. As desigualdades sociais acumuladas ao longo da história brasileira agora se somam à pandemia. Os efeitos do COVID-19 têm mostrado caráter de classe, uma vez que as assimetrias sociais, econômicas e raciais têm determinado o chamado “grupo de risco” da doença.

Os dados sobre o impacto do COVID-19 apresentados neste artigo podem ser modificados até o desfecho final do Coronavírus no Brasil, isto porque a pandemia encontra-se em crescimento no país no momento de conclusão do trabalho. O levantamento de dados ocorreu a partir do mapeamento de notícias da imprensa, decretos federais, dados de boletins ofertados pelas Secretarias de Saúde e de órgãos de pesquisas científicas comprometidos com a identificação das condições reais das vítimas no Brasil. Dessa forma, os levantamentos de informações são preliminares, visto que o trabalho foi desenvolvido no primeiro semestre de 2020 e a pandemia ainda está em curso.

Além desta introdução, o artigo está dividido em mais quatro seções. Na primeira, trazemos dados sobre a pandemia no Brasil, relacionando-os à questão de nossas desigualdades estruturais. Na segunda seção, fazemos uma reflexão acerca dos caminhos que têm sido traçados no Brasil para enfrentar as desigualdades. Na terceira, aprofundamos a discussão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) mostrando como a pandemia descortinou seu potencial ao mesmo tempo que revelou seus limites e seus desafios. A quarta seção se dedica a fazer algumas considerações finais.

O vírus de classe: quando a crise pandêmica se soma à desigualdade social

A pandemia escancarou os problemas estruturais do Brasil. Assim, vislumbrar o futuro pós-pandemia é, também, vislumbrar a possibilidade de mudanças que enfrentem a estrutura de desigualdades sociais desenhando um país mais igualitário e justo. A crise sanitária atual torna-se mais grave para as populações periféricas, ribeirinhas, indígenas e quilombolas, relevando que, apesar de muitos entoarem a frase “estamos todos juntos e no mesmo barco”, a realidade brasileira escancara sua face mais cruel: as desigualdades sociais.

Como alerta Schwarcz (2019), o problema crucial que permanece na nossa agenda republicana é a manutenção da vergonhosa desigualdade social. O Relatório da Oxfam Brasil de 2018 mostra que em 2016 o país ocupava a 10ª posição no ranking global; em 2017 passou para a 9ª posição. O Estudo do Ipea de 2018 mostra que o Brasil figura entre os 5 países mais desiguais do planeta, em concentração e distribuição de renda (SCHWARCZ, 2019, p. 126).

Dados do IBGE mostram que a diferença entre os rendimentos obtidos pelo 1% mais rico e dos 50% mais pobres no ano de 2018 é recorde na série histórica da PNADC (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua), iniciada em 2012. O rendimento médio mensal obtido com trabalho do 1% mais rico da população brasileira atingiu, em 2018, o equivalente a 33,8 vezes o ganho obtido pelos 50% mais pobres. No topo, o rendimento médio foi de R\$ 27.744, enquanto na metade mais pobre, de R\$ 820⁴.

A mão de obra escrava, a divisão latifundiária da terra, a corrupção e o patrimonialismo figuram entre os principais motivos da escandalosa desigualdade social que carregamos ao longo de nossa história, desigualdade que tem várias faces: econômica e de renda; de oportunidades; racial; regional; de gênero; de geração; e a desigualdade social, presente nos diferentes acessos à saúde, à educação, à moradia, ao transporte e ao lazer. (SCHWARCZ, 2019, p. 126).

Um outro fator que define as desigualdades, bastante discutido nos dias de hoje, é o que diz respeito às contribuições fiscais muito desiguais no Brasil: dados de 2017 da Oxfam mostram que os 10% mais ricos pagam 21% de sua renda em impostos; já os 10% mais pobres, pagam 32%; os impostos indiretos consomem 28% da renda dos mais pobres e apenas 10% dos mais ricos. Outras distorções de nossa tributação, quando comparada a outros países: a alíquota de imposto sobre herança em SP é de 4% enquanto no Reino Unido é de 40%; a arrecadação com imposto patrimonial no Brasil representa 4,5% do total, enquanto no Japão, Grã-Bretanha

⁴ Cf. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/noticias/que-pais-e-este-dimensoes-da-desigualdade-social>. 10 mar. 2020.

e Canadá é de mais de 10%; pratica-se, no país, a mesma alíquota de IR para quem ganha 320 salários mínimos por mês e para quem ganha 5 salários mínimos e mais, considerando os países-membros e parceiros da OCDE, apenas Brasil e Estônia não tributam lucros e dividendos (SCHWARCZ, 2019, p. 130-131).

Como se vê, a concepção de desigualdade adotada neste trabalho não se restringe à desigualdade monetária. Conforme Arretche (2017, p. 4), “é conveniente distinguir preliminarmente desigualdade monetária da desigualdade não monetária”, isto porque, a primeira se refere à renda e a segunda diz respeito a “dimensões que vão além da renda, tais como acesso a serviços, condições de vida e capacidades”. Ainda conforme a autora, o quesito de renda ocupou a centralidade do debate da ciência política do século XX, tendo sido abalada pela concepção proposta por Sen. Na obra “Desenvolvimento como Liberdade”, Sen (1999) teoriza a ideia de liberdade enquanto o conjunto de dispositivos sociais, econômicos e políticos. Os indicadores de desenvolvimento nacionais até então, meramente econômicos, mascaravam privações de liberdade no âmbito dos indivíduos: ausência de informação, problemas educacionais, autoritarismos, desigualdades, etc.

Nesse sentido, teorizar sobre a sociedade brasileira no contexto de pandemia é, necessariamente, teorizar sobre as diversas faces da desigualdade e privações de liberdade, como no acesso à saúde pública, água tratada, às condições reais de se proteger do vírus, condições de isolamento social, de moradia, *coabitação* etc. O *silenciamento* de indicadores nos dados sobre os óbitos por COVID-19 – tais como raça, gênero e classe – impacta, sobretudo, na formulação de respostas governamentais eficazes para atender àqueles que, para além da pandemia, sofrem com a não concretização da cidadania plena. Como mostraremos, a pandemia está sendo mais cruel para os pobres, exprimindo a perversidade de uma ‘pandemia de classes’⁵ à brasileira. O direito de sonhar o ‘amanhã próspero’ após a pandemia não é universal: os fatores das desigualdades de raça, gênero e classe social são capazes de criar narrativas distintas sobre o ‘amanhã’ após a pandemia.

A dificuldade no acesso à saúde e a outros direitos básicos, como alimentação e água tratada para consumo e higiene, são desafios ainda maiores para as classes marginalizadas e punidas pela ordem do capital e pelo acúmulo de escolhas políticas – que, ao longo da história, pouco modificou a estrutura social das camadas subalternas da sociedade brasileira – naturalizando as abissais diferenças nas condições de vida entre os mais ricos e os mais pobres. A invisibilidade das problemáticas sociais, com consequências trágicas no contexto de

⁵ Termo utilizado por David Harvey em seu artigo “Política anticapitalista em tempos de Covid-19” publicado no livro “Coronavírus e Luta de Classes” para se referir as diferenças sociais nos impactos da pandemia.

pandemia, têm causado outras *invisibilidades*, sobretudo na dificuldade de encontrar dados coletados sobre a classe e a raça nos boletins dos óbitos por Coronavírus. Essa problemática, como será demonstrada ao longo deste artigo, não somente silencia o caráter de classe do vírus, como também impede a construção de políticas públicas eficazes para a sua contenção.

Em tempos de pandemia global, não há como se ter paciência histórica para agir, pois que a crise sanitária, aliada à econômica, exige urgência e responsabilidade das autoridades para dar respostas eficazes para socorrer a população. O sociólogo Walter Benjamin (1892-1940), observando as mudanças ocorridas no início do século XX, contrapôs a máxima marxista de que a revolução é a locomotiva da história para defender que, na verdade, ela seria o freio. A análise de Benjamin, mencionada por Löwy (2005, p. 94), defende a concepção de que as revoluções sejam o ato de puxar os freios de emergência do trem no qual viaja a humanidade. Se o vírus for entendido de forma mais ampla – não somente como um ‘desastre natural’ – e inerente ao sistema e ao modo de reprodução da vida dentro da *modernidade radicalizada*, o crescente número de vítimas do COVID-19 parece representar a ‘beira do abismo’. Torna-se necessário puxar os freios do trem antes que a tragédia seja ainda maior no caso brasileiro, em que as desigualdades sociais aprofundam a crise pandêmica.

Para exemplificar, no Brasil, 47,8% das crianças têm condição domiciliar de baixa renda, sendo que 25,2% encontram-se na linha da pobreza e 22,6% na extrema pobreza, segundo os dados alarmantes do relatório do Cenário da Infância e Adolescência no Brasil (2019). Em meio às medidas necessárias de contenção do vírus, decretos federais, estaduais e municipais solicitaram o fechamento de escolas desde março de 2020. Na prática, isso significa que milhares de crianças tiveram a merenda escolar comprometida, que correspondia, muitas vezes, à principal refeição do dia. Em relatório publicado pelo Secretário Geral das Nações Unidas, António Guterres, a pandemia representa uma grave ameaça à segurança alimentar e nutricional das populações mais vulneráveis. Segundo o relatório, 49 milhões de pessoas podem emergir no cenário da extrema pobreza devido aos impactos econômicos e sociais do COVID-19.

Outro dado relevante é o da Agência IBGE (2017): no Brasil, 11,4 milhões de pessoas vivem em favelas, os chamados ‘aglomerados subnormais’, geralmente de pouca infraestrutura, cujo acesso a serviços essenciais (saneamento básico, coleta de lixo e água tratada) variam conforme a região do país. Nesse cenário, encontram-se moradias precárias, condições de higiene reduzidas, famílias que dividem entre si um ou dois cômodos. Em meio à pandemia,

moradores da comunidade de Paraisópolis, em São Paulo, foram à mídia⁶ para denunciar a falta de abastecimento de água. A Sabesp (Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo), na tentativa de amenizar a situação, distribuiu 2.400 caixas d'água na capital. Os moradores de Paraisópolis – comunidade que recebeu ao menos metade dos reservatórios – alegam não ter condições de arcar com a instalação, além de sofrerem com a falta de água nas torneiras.

Somente na capital do estado de São Paulo, estima-se que mais de 24 mil pessoas estão em situação de rua, segundo o Censo da População em situação de Rua (2019) divulgado pela Prefeitura do município. O penúltimo censo, realizado em 2015, apontava para a estimativa de 15 mil pessoas nesta situação, sendo que em quatro anos, quase dez mil pessoas a mais foram viver nas ruas. A tendência global do neoliberalismo tem impulsionado o desmanche de políticas sociais e esvaziado o Estado de seu papel provedor. Esta tendência tem construído critérios de exclusão e oferta de serviços sociais seletivos. Segundo Bauman (2008), a *população residual*⁷ – que foi marginalizada pelo mercado de trabalho –, é produzida em escala cada vez maior dentro do *arquipélago de exceções*.

Segundo Costa (2019, p. 60), “reconstruir os nexos entre as desigualdades passadas e contemporâneas encontradas na América Latina continua sendo um desafio”, isto porque, segundo o autor, as carências sociais que persistiram ao longo da história foram assumindo novas características, inter-relacionando desigualdades passadas e presentes. Assim, “as desigualdades que emergiram em uma certa época histórica são superpostas por novas disparidades sociais, mas não substituídas, isto é, elas não desaparecem” (COSTA, 2019, p. 60). A fome não foi erradicada, tampouco os acessos à água tratada saneamento básico e alfabetização se tornaram universais – mesmo com avanços significativos nas últimas duas décadas. Tais problemáticas somam-se à *uberização* e a precarização do trabalho, as retiradas de direitos e, neste atual momento, à pandemia do Coronavírus, refletindo diretamente no número de mortos por renda, raça e etnia. Dessa forma, as retrações constitucionais fazem com que os problemas da chamada “primeira modernidade” se somem aos problemas da “modernidade radicalizada”.

⁶ Conforme notícia publicada pelo Uol, a comunidade de Paraisópolis sofre com a falta de água nas torneiras em meio à pandemia do COVID-19.

⁷ O termo ‘população residual’ faz referência ao texto do pensador polonês Zygmunt Bauman, intitulado “Arquipélago de exceções” (2008), cujo tema trata da radicalização da modernidade e do esvaziamento da função dos Estados frente as imposições do neoliberalismo global.

Conforme estudo realizado pelo *Projeto SoroEpi MSP*⁸, os números de contaminados por COVID-19 na cidade de São Paulo diminuem conforme se aumenta o nível de escolaridade, atingindo 4,5 vezes mais os indivíduos que não chegaram a completar o Ensino Fundamental, quando comparado àqueles que contemplaram o Ensino Superior. Ainda, o estudo mostra que o número de contaminados que se identificam como *pretos* é 2,5 vezes maior comparado aos brancos e, indivíduos que vivem em habitações com 5 ou mais indivíduos representam 2 vezes mais do que aqueles que habitam com 1 ou dois indivíduos. Isto significa que o vírus tem recaído com maior incidência sobre os indivíduos com menor nível de escolaridade, negros e indivíduos que habitam em casas *super-habitadas*, isto é, com cinco ou mais moradores.

Os resultados da pesquisa demonstram que as assimetrias sociais e as desigualdades nos acessos a serviços básicos de saúde são determinantes neste momento de pandemia. Isto não significa que o vírus tem prevalência social, mas que a precariedade habitacional, a exposição ao vírus na continuidade da rotina de trabalho, sem a possibilidade de fazer isolamento, condição dos transportes públicos, dentre outros, estão nos fatores que fazem com que a população vulnerável seja mais exposta e se torne vítima do novo Coronavírus. O número de vítimas por COVID-19 na cidade de São Paulo tem trazido à tona a desigual estrutura espacial da capital do estado: dados levantados pela Secretaria de Saúde em 17 de abril, momento em que os especialistas apontavam apenas o início da disseminação do vírus por entre os bairros ditos periféricos, Brasilândia, na Zona Norte, contava com 89 casos confirmados da doença e 54 mortes. Enquanto isso, o bairro do Morumbi, na zona Sul, contava com 297 casos (três vezes mais em relação à Brasilândia) e apenas sete óbitos.

Com os números atualizados pela Secretaria de Saúde de São Paulo no mês de junho, os bairros de Brasilândia e São Miguel Paulista estão entre os bairros com maior número de mortos em São Paulo, sendo também bairros com média de baixa renda domiciliar. Conforme o Mapa da Desigualdade, realizado pela *Rede Nossa São Paulo* (2017), a capital conta com abissais desigualdades nas rendas familiares dos bairros mais ricos para os bairros mais pobres. As periferias ainda contam com precariedades que impactam diretamente no contágio e nos óbitos pela pandemia: habitações precárias que dificultam o isolamento, aglomerações nos transportes públicos entre as rotas do trabalho, as precárias condições de higiene frente à falta de água tratada e saneamento básico, a dificuldade de acessar serviços de saúde e a insuficiência de aparelhos para todos os pacientes estão dentre os fatores.

⁸ *Serial seroepidemiological survey to monitor the prevalence of SARS-CoV-2 infection in the Municipality of São Paulo.*

Dados da Secretaria Municipal de Saúde, publicados em 29 de julho de 2020, mostram que, na cidade de São Paulo, a incidência da doença é maior na população preta e parda (14,1%), cuja renda mensal é mais baixa; é a população que compõe a classe E (17,7% frente a 4,6% da classe A) e com baixa escolaridade (36,7%)⁹.

A produção do espaço geográfico acaba por solidificar a produção das desigualdades e dos desequilíbrios dentro do sistema capitalista, visto que “o espaço reproduz a totalidade social na medida em que essas transformações são determinadas por necessidades sociais, econômicas e políticas” (SANTOS, 1982, p. 33). O massivo número de vítimas nos distritos socioeconomicamente desfavoráveis da cidade de São Paulo evidencia as assimetrias na exploração e apropriação do espaço geográfico e a indivisibilidade mediante a esfera produtiva, econômica e cultural. Logo, a produção desigual do espaço é posta em função da dialética espacial sob a ótica das reproduções do mercado, criando e se apropriando das contradições estruturais e inerentes ao funcionamento do sistema.

O fato de o número de mortes por Covid-19 em São Paulo estarem concentradas geograficamente em maior escala nos bairros mais pobres demonstra os efeitos dessa *indissociabilidade* entre espaço, forças de produção capitalista e reprodução alarmante da desigualdade social. Pesquisas realizadas pelo *Instituto Pólis* têm mapeado a pandemia nas periferias de São Paulo e mostrado que, de acordo com os dados das Secretarias de Saúde, o número de mortes é maior nas regiões periféricas devido a somatório de diversas outras carências sociais, pela ausência de serviços públicos ou pela necessidade que a população tem de sair de casa para trabalhar, enfrentando deslocamentos, transportes públicos e aglomerações.

As pesquisas apelam para a falta de dados mais detalhados sobre raça e classe social, que tem dificultado na identificação do perfil dos óbitos por COVID-19. Segundo dados apresentados pelo Instituto Pólis, a relação entre óbitos e raça pode ser apresentada no fato de que cerca de 63% da população negra vive fora das áreas mais centrais de São Paulo e estão nos distritos mais afetados pela COVID-19. Ainda conforme o Instituto Pólis, apenas 20% dos óbitos ocorrem na região onde o acesso a serviços de saúde são maiores, o que mostra as desigualdades na distribuição do serviço. Torna-se urgente a necessidade de elaboração de dados sistematizados que possam trazer à luz a relação completa entre a pandemia e territórios, raça e classe social. Somente com diagnósticos precisos poderá se avançar não só no enfrentamento da doença, como também em políticas públicas que tenham impacto na transformação das estruturas que produzem as desigualdades sociais no Brasil.

⁹ Cf. Jornal Folha de São Paulo, “Presença do vírus na classe A é ¼ da classe E”, 29 jul. 2020.

O social no Brasil: caso de *polícia* ou *Política*?

O conceito de cidadania pode ser entendido, segundo Arretche (2015, p. 103) como o “direito dos cidadãos a um mínimo de bem-estar econômico e segurança” capaz de permitir que estes indivíduos vivam “como seres civilizados conforme os padrões correntes na sociedade, de modo a expandirem suas liberdades reais”. O quesito de “bem-estar”, inserido na definição, engloba a oferta de serviços essenciais à vida do indivíduo, dissociados de renda, como a equidade no acesso aos direitos, às políticas sociais e o respeito à dignidade e a vida. Na difundida obra de Carvalho (2001) acerca do percurso da cidadania no Brasil, o autor destaca a existência de três ordens de cidadãos na sociedade brasileira quase duas décadas desde a publicação da obra, tal constatação ainda merece atenção pela atualidade da *hierarquização* da cidadania.

Dentre a hierarquia de cidadãos, o autor cita a classe dos “doutores”, indivíduos que não possuem entraves na garantia dos direitos civis, políticos e sociais, contando com privilégios econômicos, na educação e no tratamento e cumprimento da lei. Há também os indivíduos de “segunda classe”, os “cidadãos simples”, que estão sujeitos aos rigores e benefícios da lei. Nem sempre têm noção exata de seus direitos e mesmo tendo essa noção, muitas vezes carecem de meios necessários para fazer valer os seus. Por fim, o autor destaca a ordem dos “elementos”, indivíduos à margem, cujos direitos civis, sociais e políticos são quase inalcançáveis, experimentando, muitas vezes, somente o Código Penal (CARVALHO, 2001, p. 215-217).

No momento crítico de ascensão da curva de contágio do Coronavírus sobre a população mais pobre, sobretudo nas periferias, pesquisas passam a apontar que, em cidades como a Grande São Paulo, o chamado ‘grupo de risco’ se condensa ao quesito de renda. Os chamados indivíduos de “segunda classe” e os “elementos” preenchem as estatísticas numéricas: uma pesquisa realizada pelo Laboratório de Observação Urbana - Medida SP, publicada em Junho de 2020, foi responsável por cruzar os dados sobre óbitos por COVID-19, fornecidos pelo Ministério da Saúde, com o Código de Endereçamento Postal (CEP) e os dados de renda média por residência em cada região (Censo de 2010). O resultado aponta que 66% das vítimas viviam em bairros periféricos, com renda domiciliar estimada de zero até R\$3.000.

Como mostrou Carvalho (2001), deste lado dos trópicos, a construção da cidadania tem um caminho complexo e inversamente proporcional à linearidade geralmente atribuída aos países Europeus na edificação do modelo político-econômico do *Welfare State*. O sistema de proteção social vai se consolidando, na Europa, na medida em que, com a consolidação do

modo de produção capitalista, em que o crescimento da pobreza ultrapassa os limites das ações de caridade e das *políticas focalizadas*.

A maior interferência estatal na esfera econômica emerge, nos casos das democracias avançadas, após os efeitos das crises sistêmicas agravadas pelos estragos provocados pela Segunda Guerra mundial. Os Estados, com particularidades nos modelos, desempenharam esforços para substituir a noção de “seguro social” pela noção de “seguridade social”, o que, na prática, possibilitou a construção de políticas sociais universalistas que partiram da noção das políticas sociais como direitos, enriquecendo o *status de cidadania*¹⁰, termo empregado por T.H. Marshall. Dessa forma, o Estado e as instituições públicas “se tornam os produtores de políticas destinadas a garantir amplos direitos sociais a todos os cidadãos, configurando o que se convencionou chamar Estados de bem-estar social” (VIANNA, 2002, p. 05).

Apesar dos tipos distintos de *Welfare state*, pode-se dizer que, com maior ou menor grau, esse modelo foi capaz de oferecer provisão aos cidadãos dos países da socialdemocracia. Com base no *keynesianismo*, o protagonismo assumido pelo Estado construiu o sistema de proteção mediando a ação do capital através da arrecadação de impostos e tributos, oferecendo, em troca, segurança social. O relativo equilíbrio entre as forças produtivas do capital e as forças sociais e políticas dos trabalhadores foi capaz de alterar, ainda que timidamente, as estruturas sociais a partir de políticas públicas universalistas. Entretanto, frente à desaceleração econômica da década de 1970, o status de bem-estar passou a ser questionado.

As potências econômicas das décadas de 1980 e 1990 passaram também a exercer influência sobre os países que não haviam se convertido à nova dinâmica global, impulsionando reformas institucionais, privatizações, retirada de direitos, despolitização da economia e a retomada do *laissez-faire*. Observa-se que, nos momentos de crises econômicas, o sistema de proteção de “motor” do crescimento passa a ser considerado o “freio” do crescimento. O fim da “Era de Ouro” mostrou que a riqueza geral jamais chegou à vista da maioria da população mundial (HOBSBAWM, 1997, p. 255). Isto porque, enquanto o ‘bem-estar’ era status garantido para os países do *Welfare*, os países da “periferia do capitalismo”, como o caso do Brasil, sofriam com o problema da fome, da desnutrição infantil, do analfabetismo e outros obstáculos estruturais.

Como exemplo, podemos lembrar o chamado “milagre econômico” brasileiro (1968-1974). Os dados mostram que, para além do recesso na economia nos anos seguintes, o

¹⁰ A ideia de enriquecimento do *status de cidadania* foi formulada pelo pensador T.H. Marshall para explicar a conciliação entre cidadania e classe social a partir da construção de direitos sociais universais para todos os indivíduos da sociedade, sem distinção.

‘milagre’ em números não representou um ‘milagre’ na qualidade de vida da população brasileira: além de reconcentrar renda, elevou a degradação da vida daqueles que estavam apartados dos benefícios gerados pelo do crescimento econômico, como afirmam vários estudos. Conforme os dados do ENDEF (Estudo Nacional de Despesas Familiares), cerca de 67,0% dos indivíduos tinham um consumo energético inferior às necessidades nutricionais mínimas recomendadas pela OMS. A desnutrição infantil à época assolava 46,1% dos menores de cinco anos. O fator da desnutrição estendia-se também para 24,3% dos homens adultos e idosos e 26,4% das mulheres. Portanto, pode-se dizer que “a diferença entre países do centro do capitalismo e aqueles da periferia, quanto à proteção social, é gritante. Na periferia, houve dificuldade em completar o Estado de Bem-Estar Social, assim como as elites locais barraram os avanços da democracia” (POCHMANN, 2004, p. 03).

No Brasil, o tema da cidadania plena somente vem à tona no momento de abertura democrática. Antes deste período, a história política brasileira, marcada por interrupções autoritárias e ditaduras, permitiu que os aparelhos repressivos tratassem o social como “caso de polícia”. Como atesta Carvalho (2001), a ordem dos direitos conquistados no Brasil pode ser visto de forma inversamente proporcional aos países da socialdemocracia. A marcha de direitos, iniciada no período Vargas, foi marcada por direitos políticos suprimidos e os civis limitados. Os avanços no campo social dos anos 1930 foram marcados pela criação de direitos trabalhistas, criando o status de cidadãos àqueles que tinham carteira de trabalho assinada. Neste sentido, o cientista político Wanderley Guilherme dos Santos cunhou o termo “cidadania regulada” (CARVALHO, 2001).

Portanto, no contexto brasileiro o reconhecimento da responsabilidade do Estado para com as obrigações sociais dos seus cidadãos não ocorre no mesmo tempo em que se desenvolve o é contemporâneo aos países do *Welfare* europeu. Incorporaram-se às agendas governamentais as vulnerabilidades sociais, que deixaram de ser objeto de *caridade pública* para ser *responsabilidade pública*. Neste sentido, parece que o Coronavírus chega para cobrar a conta das assimetrias sociais no país de tradição escravocrata que, mesmo com o advento da República (1889), andou na marcha contrária da construção de direitos, quando comparada aos países europeus.

O aprofundamento dos abismos sociais dos últimos anos, somado à problemática do COVID-19, mostra que embora constitucionalmente as políticas sociais sejam universais, na prática, a perpetuação das desigualdades dificulta o acesso aos direitos, incluindo para o chamado ‘grupo de risco’ do vírus o quesito de classe social. Os indivíduos que precisam lidar diariamente com os antigos riscos e incertezas passam a lidar com o novo risco de exposição

ao vírus. A própria rotina da “quarentena” ou do chamado *home office* possui caráter divisório de classe, uma vez que os menos favorecidos e em subempregos – com empregos precários, na informalidade, desprotegidos de leis trabalhistas ou acometidos pela *uberização*¹¹ do trabalho – continuam a arriscar suas vidas. Como aponta David Harvey:

Esta “nova classe trabalhadora” está na vanguarda e suporta o peso de ser a força de trabalho que corre maior risco de contrair o vírus através de seus empregos ou de ser demitida injustamente por causa da retração econômica imposta pelo vírus. Há, por exemplo, a questão de quem pode e quem não pode trabalhar em casa. Isto agrava a divisão social, assim como a questão de quem pode se isolar ou ficar em quarentena (com ou sem remuneração) em caso de contato ou infecção (HARVEY, 2020, p. 21).

Como apontam Pires e Lotta (2019), “poder, conhecimento, renda e oportunidades são frequentemente distribuídos de maneira desigual nas sociedades, e a relação entre políticas públicas e formas de desigualdade é extremamente complexa” (PIRES, 2019, p. 27). Isto porque, conforme os autores, os esforços governamentais podem projetar políticas a fim de reduzir as desigualdades sociais, entretanto, outras políticas podem exacerbar os abismos sociais já existentes, como por exemplo, um sistema tributário regressivo. Em meio à pandemia do Coronavírus, a discussão sobre a efetivação das políticas de saúde, sobretudo no que diz respeito ao financiamento, revela a necessidade de se pensar a relação entre políticas públicas, investimento público e desigualdades sociais. É sobre isso que falará a próxima seção.

Uma pedra no meio do caminho: o problema da universalização e do financiamento no combate às desigualdades

A pandemia do Covid-19 no Brasil escancara não somente o quadro agravante das desigualdades sociais do país, mas, para além, torna-se a ‘pandemia perversa’, uma vez que se soma às condicionantes da crise política e dos valores democráticos, da crise econômica e do alto número de desemprego – que já afeta certa de 11,8 milhões de pessoas, segundo dados de junho do IBGE – e, por fim, a crise na saúde pública. Nesse momento, torna-se necessário pensar a *indissociabilidade* entre democracia e saúde pública no Brasil: considerado por diversos especialistas o maior sistema público de saúde do mundo, o SUS (Sistema Único de Saúde) é fruto do processo de abertura democrática e da mobilização popular em torno da

¹¹ O termo ‘uberização’ do trabalho tem sido usado por diversos estudiosos para descrever as novas relações de trabalho no mundo que derivam da informalidade e da flexibilidade do trabalhador. Dentre as determinantes, têm se apontado para o índice crescente de desempregos e pelas modificações nas leis trabalhistas, tendência neoliberal que acomete diversos países.

Constituinte, após mais de duas décadas de ditadura militar, autoritarismo e anos de um Estado de exceção.

Dentre os destaques da formulação da Constituição Federal de 1988 está a “8^o Conferência Nacional de Saúde”, ocorrida em março de 1986. A Conferência almejava elaborar, a partir da sociedade civil organizada, uma política nacional de saúde pública tendo como base os problemas vividos cotidianamente na realidade. O clima nacional de abertura democrática influenciou positivamente para as reformas sanitárias no momento de redemocratização. Conforme os relatórios da *8^o Conferência*, mais de quatro mil cidadãos compuseram 135 grupos de trabalhos para pensar a formulação do sistema de saúde brasileiro. As teses sustentavam conceitualmente experiências retiradas da socialdemocracia, ‘abrasileirando’ as propostas de provisão. O conceito de saúde que fundamentou as bases do SUS complementava-se com outros direitos que visavam enfrentar a fim de impactar sobre as disparidades sociais. Os relatórios organizados na 8^o Conferência de Saúde apoiaram-se no conceito de qualidade de vida, amplamente difundido pela Comissão de Reforma Sanitária dentro da Comissão Nacional Constituinte.

Dentre os atores políticos importantes para colocar na agenda governamental as demandas da saúde está Sérgio Arouca, um dos principais teóricos do “movimento sanitarista” e presidente da Fiocruz em 1985. Arouca defendia a necessidade de se pensar saúde no sentido amplo do bem-estar social e político, enquanto direito do indivíduo e dever do Estado. A carta Constitucional de 1988 absorveu a proposta expressa pelo movimento sanitário sacramentando a garantia de direitos de cidadania à saúde, tornando-se a proposta mais abrangente que já se viu em uma carta magna, quando comparada com a de qualquer país. O Estado assumiu o papel de produtor direto dos serviços e de principal agente de financiamento e regulamentação do setor de saúde, combinando seu papel com normas de descentralização e municipalização.

Os anos seguintes à criação do SUS deram início ao descompasso entre o repasse previsto constitucionalmente para o Sistema Único (CF 88) – de 30% do Orçamento da Seguridade Social – e as medidas governamentais, que desconsideraram o percentual mínimo a ser destinado. Conforme Pereira (2012, p. 743), o governo de Fernando Henrique Cardoso dá início à “incompatibilidade entre a agenda governamental e os direitos sociais previstos na Constituição de 1988. Ao privilegiar políticas monetárias, cambiais e fiscais implícitas no seu Plano Real em detrimento de uma política econômica socialmente referenciada”. As reformas neoliberais iniciadas, sobretudo, na década de 1990 impactaram sobre as políticas sociais, e, então, o repasse de financiamento ao SUS.

Mas, em que pese todo o processo de *desfinanciamento*, agravado com a Emenda Constitucional 95/2016, que congela por 20 anos os investimentos em políticas públicas nas áreas de saúde, educação e assistência social, tem sido o SUS, ao longo das suas três décadas de história, a garantir, ainda que com deficiências, saúde para todos e todas no Brasil: atualmente 162 milhões de pessoas dependem exclusivamente do SUS para quaisquer atendimentos, da atenção primária à alta complexidade. Na outra ponta, 47 milhões de brasileiros têm planos de saúde privados, embora também utilizem o SUS indiretamente, no que diz respeito à política e às ações da vigilância sanitária, por exemplo; e, diretamente, com as campanhas de vacinação em massa ou utilizando-se dos avançados programas públicos de transplante (DANTAS, 2020).

Embora os avanços do SUS para a saúde pública sejam inquestionáveis frente os dados dos mais diversos programas oferecidos – como a Saúde da Família, Brasil Sorridente, programa de vacinação e medicamentos, o Samu-192, as UPAs, a extensão de leitos de UTI, o sistema de transplantes de órgãos e transfusão de sangue, etc. – o teto de gastos mantido por decisões políticas de sucessivos governos demonstra a dificuldade de sustentar a longo prazo o Sistema. No atual momento de pandemia, o financiamento do SUS vem à tona e relaciona-se diretamente com as respostas dadas à crise. Segundo Reis:

O indiscutível subfinanciamento do SUS decorre do fato de que seu mandamento constitucional generoso não foi acompanhado de dispositivos que garantissem, do ponto de vista econômico, seus princípios. A implantação dos novos direitos sociais coincidiu com um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas. O movimento mundial da Reforma do Estado, pautado pelos objetivos do sistema financeiro, expressa-se no Brasil com grande crescimento do setor privado e fortalecimento das regras de mercado na saúde e na previdência social, por meio das seguradoras privadas, e um alto crescimento da dívida pública, que impediu o aumento dos orçamentos da área social, incluindo a saúde (REIS, 2016, p. 125).

Os desdobramentos políticos e econômicos pós-Constituinte impactaram diretamente na arrecadação e na efetivação do projeto universal proposto no desenho institucional do SUS. A dificuldade de aprovar efetivos aumentos nas despesas sociais, sobretudo com a área da saúde – no momento em que as tecnologias médicas se tornam mais complexas e exigem maiores investimentos tecnológicos – tem levantado questionamentos acerca do funcionamento do SUS em longo prazo. Ainda conforme Reis (2016, p. 132), “as mudanças conservadoras que apontam para o fim do SUS são fomentadas e produzem base simbólica no constructo societário a partir da insidiosa e permanente destruição da sua imagem produzida pelos meios de comunicação de massa”.

Segundo o autor, as supostas falhas do Sistema Único – em decorrência principalmente da carência de financiamento – teriam sido usadas para construir no imaginário social uma imagem assombrosa acerca da saúde pública brasileira e, conseqüentemente, justificar seu desmonte. Não é possível prever quais serão as medidas adotadas para o SUS após a crise do COVID-19 em curso. Entretanto, contraditoriamente à imagem perversa construída em torno das falhas do Sistema Único de Saúde, o SUS tem mostrando a sua real eficácia no momento de calamidade do corpo social em decorrência da pandemia. Os leitos de UTI, os hospitais de campanha, os exames de sorologia do Coronavírus, a oferta de respiradores e de todo o aparato ofertado pela saúde pública neste momento têm exemplificado a necessidade e a urgência de priorizar os investimentos na área social.

Apesar de sua implementação contar com mais de trinta anos, passando por reformas e contrarreformas das agendas neoliberais, o SUS pode ser visto como um dos pilares mais importantes da rede de seguridade brasileira. Frente ao Coronavírus, escancara-se a condição de que a saúde precisa ser encarada como um bem público e, sendo assim, deve ser pensada, projetada e financiada pelos entes políticos.

Conforme constata Bihl (2020, p. 25), “[...] a saúde é, antes de mais nada, um bem público: que o estado saudável ou mórbido do corpo de cada pessoa depende em primeiro lugar do estado saudável ou mórbido do corpo social”. Para pensar saúde enquanto um bem público a ser prezado, financiado e pensado pelo Estado, é preciso recorrer às teorias acerca da construção da rede de provisão social no Brasil e seus impactos neste momento de pandemia global – de relação direta com o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos pilares fundamentais do sistema de proteção social brasileiro. Mas para além do SUS, a rede de proteção social no Brasil terá de ser repensada, uma vez trazidas à luz suas reais fragilidades.

Diversas imagens vêm sendo construídas sobre o Brasil e o mundo após a crise do COVID-19. Muitas delas defendem a ideia de um “novo normal”, marcado pela adaptação à vida a distância, com a rotinização dos cuidados e precauções contra novas infecções. Mas, a ideia de um “novo normal” também expõe a fragilidade do Estado em proteger seus cidadãos nos mais diversos âmbitos da saúde pública, da economia e da segurança. Talvez seja essa a única consequência positiva da pandemia: a exposição da urgência do debate sobre o fortalecimento do sistema de proteção social no Brasil para o enfrentamento das históricas desigualdades sociais.

Considerações finais

Por se tratar de uma pandemia ainda em ascensão, torna-se difícil elencar dados conclusivos sobre o tema e seus impactos para a sociedade, economia e política brasileira. Preliminarmente, pode-se dizer que no Brasil a COVID-19, para além de representar uma ameaça à saúde da população escancarou as assimetrias sociais e as fragilidades da *cidadania hierarquizada*. Isto porque no Brasil os problemas estruturais se sobrepuseram ao longo do tempo, refletindo-se nas diferenças abissais dentro da sociedade, como as diferenças de renda e raça, de condições de moradia e de acesso às políticas públicas.

A pandemia tem mostrando a urgência de a comunidade política repensar os investimentos no campo social. O SUS tem revelado a sua eficiência frente à COVID-19, mas também demonstra a necessidade de aumentar o teto de gastos com saúde, chamando à sociedade a compreendê-lo como um bem público a ser pensado, gerido e financiado pelo Estado. Desde que o Sistema Único de Saúde foi implementado, a saúde se tornou um direito constitucionalmente conquistado para os brasileiros e brasileiras, no sentido de proporcionar o aumento da qualidade de vida, prevenção e cura de enfermidades. O estabelecimento de tetos de gastos vai de encontro com o desenho institucional do SUS e, conseqüentemente, com os princípios democráticos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988.

Para além da atenção na saúde pública no Brasil, a pandemia também trouxe à tona as profundas assimetrias sociais que somente poderão ser corrigidas a partir do campo da política do social. O esvaziamento dos investimentos neste campo, somado a política tributária regressiva brasileira, tem aumentado os dados do crescimento da pobreza no país. No contexto do COVID-19, a população mais vulnerável está mais exposta ao vírus, como foi demonstrado no caso da grande São Paulo. Por diversos motivos – desde ausência de água tratada, moradias precárias, necessidade de deslocamento para chegar ao trabalho, impossibilidade econômica de fazer isolamento, etc. – o número de óbitos aumenta conforme o menor nível de alfabetização e renda, acentuando-se também sobre a população negra de São Paulo. A pouca divulgação de dados concretos com dados cruzados – como raça, CEP e renda – tem implicado sobre as respostas que o poder público poderia dar para a crise que, em meio à realidade da sociedade brasileira, tem se tornado o *virus de classe*.

Esperamos que a atual crise sanitária que, no caso brasileiro, se soma às crises econômica e política, possa chamar atenção da população e de políticos para o fato de que a desigualdade social que insiste em colocar o Brasil em vergonhosa posição frente outros países, é uma questão de escolha. Como afirma Schwarcz (2019, p. 150), “desigualdade não é uma

contingência ou um acidente qualquer. Tampouco é uma decorrência ‘natural’ e ‘imutável’ de um processo que não nos diz respeito. Ao contrário, ela é consequência de nossas escolhas – sociais, educacionais, políticas, culturais e institucionais -, que têm resultado numa clara e recorrente concentração dos benefícios públicos para uma camada diminuta da população”.

Que a dura lição desta pandemia leve a todos e todas - eleitores, políticos, gestores - a fazer melhores escolhas, priorizando a pauta de enfrentamento das insustentáveis desigualdades sociais, preparando o Brasil, sobretudo com relação aos mais vulneráveis, para saídas mais honrosas desta e das próximas crises que tiver que enfrentar.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos todo o apoio oferecido pelo Grupo de Estudo e Pesquisa Participação e Democracia (GEPPADE) e o Grupo Tecnologia, Direito e Sociedade, ambos construídos por docentes e discentes da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP de Araraquara – FCL/ar.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Democracia e Redução da Desigualdade Econômica no Brasil – A inclusão dos outsiders. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 33, n. 96, 2017.

ARRETCHE, M. Trazendo o conceito de cidadania de volta: a propósito das desigualdades territoriais. *In: Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos.* São Paulo: Editora Unesp, 2015.

ASSIS, J.; MORENO, C. Estudo mostra que 66% de mortos por Covid-19 na Grande SP ganhavam menos de 3 salários mínimos. **G1**, 16 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/06/16/estudo-mostra-que-66percent-de-mortos-por-covid-19-na-grande-sp-ganhavam-menos-de-3-salarios-minimos.ghtml>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BAUMAN, Z. **Archipelago de excepciones.** Buenos Aires: Katz, 2008.

BELLO, L. Dia Nacional da Habitação: Brasil tem 11,4 milhões de pessoas vivendo em favelas. **Agência de Notícias IBGE**, 21 ago. 2017. Estatísticas Sociais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/15700-dados-do-censo-2010-mostram-11-4-milhoes-de-pessoas-vivendo-em-favelas>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BIHR, A. França: pela socialização do aparato de saúde. *In: DAVIS, M. et al. Coronavírus e a luta de classes.* Editora Terra sem Amos, 2020.

BOSCHETTI, I. A Insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.

BRASIL. CNS – Conselho Nacional de Saúde. **Oitava Conferência Nacional de Saúde:** quando o SUS ganhou forma. 22 maio 2019. Ministério da Saúde – Governo Federal. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oitava Conferência Nacional de Saúde:** relatório final. Brasil. Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil:** o longo caminho. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2001.

CINTRA, J. P. S.; MATHIAS, R. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2019.** São Paulo: Fundação Abrinq. 2019.

COSTA, S. Desigualdades, interdependência e Políticas Sociais no Brasil. *In:* **Implementando desigualdades:** reprodução de desigualdades na Implementação de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

DANTAS, A. V. Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

G1 SP. **Média de salário em SP vai de R\$ 1,2 mil em Marsilac a R\$ 10 mil no Campo Belo.** 24 dez. 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/media-de-salario-em-sp-vai-de-r-12-mil-em-marsilac-a-r-10-mil-no-campo-belo.ghtml>. Acesso em: 15 mar. 2020.

HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. *In:* DAVIS, Mike, *et al.* **Coronavírus e a luta de classes.** Editora Terra sem Amos, 2020.

HOBBSAWM, E. Os anos dourados. *In:* **A Era dos Extremos:** o breve século XX. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

LÖWY, M. **Walter Benjamin:** aviso de incêndio: uma leitura de teses. Sobre o conceito de história. Editora Boitempo, 2015.

MADEIRO, C. COVID-19 mata 55% dos negros e 38% dos brancos internado no país, diz estudo. **Uol Notícias**, 2 jun. 2020. Coronavírus. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/02/covid-mata-54-dos-negros-e-37-dos-brancos-internados-no-pais-diz-estudo.htm>. Acesso em: 15 mar. 2020.

ONU. **Pandemia pode ampliar fome e jogar 49 milhões de pessoas na pobreza extrema, alerta ONU.** Nações Unidas Brasil, 09 jun. 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pandemia-pode-ampliar-fome-e-jogar-49-milhoes-de-pessoas-na-pobreza-extrema-alerta-onu/>. Acesso em: 15 mar. 2020.

PEREIRA, P. A. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, 2012.

PIRES, R. R.; LOTTA, G. Burocracia de Nível de Rua e (re)produção de desigualdades sociais: comparando perspectivas de análise. In: **Implementando desigualdades**: reprodução de desigualdades na Implementação de Políticas Públicas. Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

POCHMANN, M. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *Revista São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, 2004.

RODRIGUES, R.; BORGES, B.; FIGUEIREDO, P. Morumbi tem mais casos de coronavírus e Brasilândia mais mortes; óbitos crescem 60% em uma semana em SP. **G1**, 18 abr. 2020. G1 São Paulo. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/04/18/morumbi-tem-mais-casos-de-coronavirus-e-brasilandia-mais-mortes-obitos-crescem-60percent-em-uma-semana-em-sp.ghtml>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SANTOS, M. **Espaço e sociedade**. Ensaios. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

SÃO PAULO. **Prefeitura de São Paulo divulga Censo da População em situação de rua**. São Paulo: Secretaria Especial de Comunicação., 31 jan. 2020. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-de-sao-paulo-divulga-censo-da-populacao-em-situacao-de-rua-2019#:~:text=Segundo%20a%20pesquisa%20feita%20pela,em%202015%2C%20identificou%2015.905%20pessoas>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. Editora Companhia das letras, 2018.

SOUZA, C. Paraisópolis ganha caixas d'água, mas moradores relatam torneira seca. **UOL Notícias**, 06 abr. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/04/06/em-sp-paraisopolis-ganha-caixas-dagua-mas-nao-tem-agua-em-torneiras.htm>. Acesso em: 15 mar. 2020.

VASCONCELHOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, jun./ago. 2005.

VILLAS BÔAS, B. Desemprego cresce na 2ª semana de junho e afeta 11,8 milhões, mostra IBGE. **Valor Econômico**, 3 jun. 2020. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2020/07/03/desemprego-sobe-na-2a-semana-de-junho-e-afeta-118-milhoes-mostra-ibge.ghtml>. Acesso em: 15 mar. 2020.

WENECK VIANNA, M. L.T. **Em torno do conceito de política social**: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2002.

WERNECK VIANNA, M. L. T. **A Americanização (perversa) da seguridade Social no Brasil**. Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2000.

Como referenciar este artigo

FALQUETE, H.; MORA, F. B.; MARTELLI, C. G. Saúde Pública e desigualdades: Brasil em tempos de pandemia. **Rev. Sem Aspas**, Araraquara, v. 9, n. 1, p. 41-60, jan./jun., 2020. e-ISSN: 2358-4238. DOI: <https://doi.org/10.29373/sas.v9i1.14045>

Submetido em: 10/03/2020

Revisões requeridas: 20/05/2020

Aprovado em: 15/06/2020

Publicado em: 30/09/2020