

Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil

Inequality, geographic situation, and meanings of action in the COVID-19 pandemic in Brazil

Desigualdad, situación geográfica y sentidos de la acción sanitaria durante la pandemia de COVID-19 en Brasil

Mariana Vercesi de Albuquerque ¹
Luis Henrique Leandro Ribeiro ²

doi: 10.1590/0102-311X00208720

Resumo

Este Ensaio traz uma reflexão sobre como as desigualdades socioespaciais e as situações geográficas são condicionantes da pandemia da COVID-19 no Brasil, assim como das ações para o seu enfrentamento. A bibliografia de apoio fundamenta os argumentos. Compreende-se a desigualdade socioespacial como processo e condição estrutural de um território marcado por vulnerabilidades herdadas e atualizadas, resultante da relação de exploração, espoliação e opressão no atual período da globalização. Argumenta-se que a pandemia da COVID-19 pode ter repercussões mais graves em contextos de maior desigualdade socioespacial, com aprofundamento sistêmico e duradouro das crises econômica e social nos lugares. Contudo, as ações importam, incluindo as articulações entre diversos grupos, instituições e setores. A análise da situação geográfica contribui para a compreensão do território herdado e das diferentes experiências da COVID-19 indissociavelmente das condições e dos sentidos da ação frente à pandemia, em cada lugar. A situação expressa a tensão entre a liberdade e a condição para a ação. A crise não é apenas sanitária, é um dado do período atual, e a desigualdade se revela como a maior emergência do século XXI.

COVID-19; Vulnerabilidade; Política de Saúde

Correspondência

M. V. Albuquerque
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz.
Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 709, Rio de Janeiro, RJ
21041-210, Brasil.
mariana.vercesi@gmail.com

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Faculdade de Formação de Professores, Universidade do Estado
do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

Quando o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, havia especulações sobre como seria o comportamento do vírus em um país populoso, densamente urbanizado e de clima tropical. Existia certa expectativa de que temperaturas mais quentes pudessem diminuir a transmissão. Ademais, esperava-se um aproveitamento maior da existência do Sistema Único de Saúde (SUS) e da atenção primária capilarizada por todo o território por intermédio dos agentes comunitários de saúde e de endemias. No entanto, uma das principais problemáticas que se agudizou a partir do caso brasileiro é como a pandemia da COVID-19 é condicionada pelas enormes desigualdades socioespaciais que caracterizam o país e como tem contribuído para o acirramento das mesmas.

Mesmo considerando que existem outros fatores importantes que influenciam o agravamento da doença e a ocorrência de óbitos, que não se restringem à questão socioeconômica, é ilustrativo o fato do primeiro caso confirmado no Brasil ter sido um homem, branco, 61 anos, morador de São Paulo, recém-chegado da Itália, internado no Hospital Israelita Albert Einstein. No dia 13 de março, ele estava curado. O Ministério da Saúde notificou as três primeiras mortes por COVID-19 nos dias 12 e 17 de março. O primeiro caso, uma diarista com 57 anos de idade, diabética e hipertensa, moradora do bairro Cidade Tiradentes, extremo da Zona Leste de São Paulo, internada no Hospital Municipal Doutor Cármino Caricchio. O segundo, um homem de 62 anos, porteiro aposentado, com diabetes e hipertensão, morava com os pais e mais três irmãos e estava internado no Hospital Santa Maggiore na capital paulista, sem histórico de viagem ao exterior. Ele não constava nas estatísticas oficiais de casos confirmados. O terceiro caso, uma mulher, 63 anos, com diabetes e hipertensão, residente em Miguel Pereira (Rio de Janeiro), trabalhadora doméstica no bairro do Leblon, cidade do Rio de Janeiro, distante 125km de sua casa. Nesse caso, sua empregadora havia chegado da Itália, tinha confirmação de COVID-19 e cumpria quarentena com a ajuda da funcionária.

A narrativa dos primeiros casos revela perversidades cotidianas e banalizadas da vida brasileira. A desigualdade como processo de seletividade espacial e de produção concomitante de abundância, riqueza e conforto de um lado, e de escassez, pobreza e vulnerabilização de outro. Ilustra o sentido da história da pandemia da COVID-19 que tem se geografizado no país e sua seletividade tanto na disseminação quanto na letalidade.

Diversas análises têm debruçado sobre as desigualdades expressas pela pandemia no Brasil e no mundo. Neste *Ensaio*, parte-se da compreensão de que a desigualdade socioespacial é um dos principais condicionantes da pandemia de COVID-19 no Brasil e vai ser expressa nos riscos e nas ações e relações – territorialmente situadas – para o enfrentamento de suas consequências.

Na perspectiva teórica da geografia, o *Ensaio* faz uma reflexão sobre como os conceitos de desigualdade socioespacial e situação geográfica podem contribuir para o entendimento da difusão da pandemia de COVID-19 no Brasil, assim como da construção de perspectivas e sentidos das ações no seu enfrentamento.

Desigualdade socioespacial e a vulnerabilização dos lugares

O crescimento das desigualdades é um fenômeno intrínseco ao período da globalização, com graus variados segundo países e sociedades ^{1,2}. A globalização é um período em que o mundo apresenta-se mais conectado e fluido pela unicidade dos sistemas técnicos e crescente interdependência produtiva, comunicacional, informacional e financeira entre lugares, produtora de uma mais-valia também global ¹. Trata-se de um período crise, pois desde os anos de 1970 as crises foram tornadas sistêmicas e estruturais, cada vez mais frequentes, intensas, cotidianas e mundializadas. Uma globalização neoliberal perversa, centrada no dinheiro e na informação, que gera pobreza estrutural generalizada, resultante do crescimento da competitividade e da seletividade espacial de investimentos, produção, circulação e consumo.

Nesse sentido, é importante refletir como a dimensão socioespacial das desigualdades condiciona e é condicionada pela pandemia de COVID-19 no território brasileiro. Para Cataia ³ (p. 235), “as desigualdades socioespaciais estão no centro da encruzilhada que vivemos no período atual agravadas pela pandemia”. A pandemia de COVID-19 pode ser analisada como um evento geográfico, um feixe de

acontecimentos cuja realização e duração variam entre lugares, regiões e países. Ao se geografizar, altera a dinâmica dos lugares e gera uma série de riscos, vulnerabilizações e respostas diferentes para o seu enfrentamento.

O Brasil é o 7º país mais desigual do mundo ⁴ e a desigualdade vem sendo acentuada ⁵. Estudos que analisam dados de patrimônio concluem que a concentração de renda na parcela mais rica da população brasileira não apresentou tendência de queda nos últimos anos, pelo contrário ^{6,7}. O 1% mais rico concentra 48% de toda a riqueza nacional e 50% da população possui cerca de 3% da riqueza total do país. Do total da riqueza no Brasil, 68% são compostas por patrimônio não financeiro, como terras, imóveis e outros bens, proporção similar ao observado na América Latina e Caribe, onde, em média, 71% da riqueza são ativos não financeiros ⁸.

A riqueza, material e imaterial, é produzida socialmente, mas é seletivamente distribuída, usada e apropriada segundo as classes, grupos e lugares. Trata-se da contradição fundamental do capitalismo que socializa riscos entre todos, mas privatiza recompensas e riqueza para alguns. Às desigualdades de renda e riqueza somam-se as de gênero, étnica, racial, educacional, entre outras.

A desigualdade socioespacial expressa o princípio da diferenciação e da relação assimétrica entre os lugares, com combinações específicas de condições e circunstâncias, que variam qualitativa e quantitativamente em cada lugar, na totalidade do mundo ⁹. Compreende-se que desigualdade socioespacial não se limita à variação ou segregação, ela é produto da seletividade. Resulta da produção concomitante de abundância e escassez dentro de uma ordem de desenvolvimento desigual e combinado em todas as escalas ¹⁰. A produção, extração e transferência de valor de um lugar para outro e entre frações de classe revelam as formas da acumulação desigual de capital no espaço e a atuação aparentemente paradoxal do Estado ¹¹.

O profícuo debate sobre iniquidade ¹², como juízo de valor em situações de injustiça social, mostra que nenhuma forma de desigualdade pode ser esvaziada de sentido político. A saúde expressa desigualdades e injustiças que resultam da combinação de diferentes determinantes e dimensões das condições individuais, sociais, estruturais e conjunturais, tendo relação direta com as características do meio social e ambiental em que vive ^{13,14,15}.

No Brasil, há relação direta de agravos à saúde com a concentração de renda e o crescimento da violência, que são acentuados na falta de investimento em políticas sociais e dificuldades de acesso a serviços do bem-estar social ^{16,17}. Ademais, agravos à saúde estão mais relacionados a situações de desigualdade do que à pobreza em si, sendo consequência da vulnerabilização que se impõe tanto às pessoas, aos corpos, quanto aos lugares e condições de moradia, trabalho, consumo e deslocamentos ^{18,19}.

A pandemia da COVID-19 expressa claramente situações desiguais. A globalização tem ampliado as desigualdades e riscos sanitários associados às vulnerabilidades das populações em regiões e países inteiros. Análises sobre os mais variados aspectos, enfoques e contextos apontam como as desigualdades importam para os riscos e a capacidade de enfrentamento da pandemia. Os números de casos e óbitos diferem segundo região ou grupos de indivíduos quando se analisam gênero, renda, etnia, cor da pele, escolaridade, ocupação, condições de moradia, trabalho e circulação. O vírus é disseminado rapidamente, mas não democraticamente, não é indiferente às classes sociais, ao gênero, raças e etnias, tampouco aos lugares ^{20,21}. As condições preexistentes de vida e saúde dos indivíduos, em cada lugar, explicam em grande parte sua capacidade de prevenção, acesso aos serviços de saúde e sobrevivência às consequências sanitárias, econômicas e sociais da COVID-19 ^{22,23}.

Modelos ou classificação dos riscos e vulnerabilidades socioespaciais no contexto da pandemia no Brasil fazem a combinação de diversos indicadores sociais, econômicos, de mercado de trabalho, infraestrutura urbana e serviços de saúde (Instituto Votorantim. Índice de Vulnerabilidade Municipal – COVID-19. <http://institutovotorantim.org.br/municipioscontraocorona/ivm/>, acessado em 21/Mai/2020) ^{24,25,26,27,28,29,30,31}. Os resultados mostram os lugares em maior risco ou vulnerabilidade frente à pandemia e, principalmente, que as desigualdades socioespaciais têm relação direta com a difusão e a letalidade da COVID-19 em várias escalas regionais e intraurbanas. Portanto, a experiência da pandemia e a capacidade de enfrentá-la são diversas nas situações geográficas existentes no país.

Situação geográfica e as diferentes experiências da pandemia da COVID-19

A disseminação do coronavírus pelo território vai ocorrendo em situações geográficas tão diversas quanto desiguais. Para além das condições individuais de saúde, genética, comorbidades e perfil etário, as situações geográficas ajudam a entender a conformação das diferentes experiências da pandemia da COVID-19³² no país.

O espaço geográfico é um sistema indissociável de objetos e ações⁹ e seu uso envolve infraestruturas, sistemas técnicos, dinamismo econômico e social, especializações produtivas, políticas, normas e regulações³³. A situação geográfica pode ser definida como uma coerência espacial e temporal dos eventos num dado lugar, como nó de verticalidades e horizontalidades, modulada pelas estruturas herdadas e pelos usos do território presentes e ancorados no futuro³⁴. Decorre de um conjunto de forças que regem os eventos nos lugares e podem ser analisadas em sua coerência ao longo do tempo. *“Os participantes da situação não têm obrigatoriamente intencionalidades coincidentes explícitas, mas suas atividades possuem um tema comum que define a natureza do seu esforço”*³⁴ (p. 22-3).

No contexto da pandemia, os espaços luminosos, isto é, mais ricos, fluidos e densificados, que se constituem como nós de redes de circulação e comunicação na escala nacional e global, serviram como plataformas de entrada e difusão para a COVID-19 nos países^{35,36}. Por exemplo, Wuhan (China), Milão (Itália), Nova Iorque (Estados Unidos), Mumbai (Índia), Cidade do Cabo (África do Sul) e São Paulo (Brasil).

No Brasil, o primeiro caso confirmado do novo coronavírus foi justamente em São Paulo, maior metrópole da América Latina e principal polo de comando econômico do território nacional. Outras metrópoles como Rio de Janeiro, Manaus (Amazonas), Brasília (Distrito Federal) e Fortaleza (Ceará) também serviram como principais portas de entrada para a COVID-19 no país²⁴.

Processos de metropolização facilitam a difusão do vírus, pois se caracterizam pela alta concentração e circulação populacional, diversificação de recursos, infraestrutura, comércio, serviços, pela fluidez e conexões regional, nacional e internacional, além da produção concomitante da pobreza, carências e contradições. Por outro lado, concentram boa oferta pública e privada de leitos de UTI, profissionais de saúde e respiradores em relação aos demais municípios e regiões do país^{27,37,38,39}. Em geral, nessas situações, os governos têm capacidade de gestão e financiamento para organizar e providenciar rapidamente novos leitos, hospitais de campanha, contratação de profissionais e compra dos equipamentos e insumos necessários. O fluxo constante da população de outras cidades para as centralidades metropolitanas aumenta tanto o risco de contágio quanto a demanda pelo uso dos serviços de saúde. Isso favoreceria o efeito bumerangue de crescimento dos casos na metrópole²⁶.

Situações geográficas marcadas por intensa metropolização representam maior risco de disseminação do vírus porque combinam vulnerabilidades com alta densidade e circulação populacional, de abrangência nacional e internacional. As metrópoles concentram e reproduzem desigualdades por meio de processos intensificados de produção de riqueza e escassez, polarizando e drenando valores, energias e recursos. Apresentando, assim, grandes vulnerabilidades frente à pandemia, inclusive de perda de trabalho e renda^{25,40,41}.

A constituição de periferias e favelas expressa lógicas de competitividade, concentração e seletividade dos investimentos, infraestruturas e mobilidade, diferenciando os riscos e as possibilidades de enfrentamento da pandemia conforme os bairros. Naqueles mais pobres e adensados das metrópoles, com déficit de esgotamento sanitário, acesso à água, produtos de higiene, alimentos, energia, informação, renda e unidades de saúde, menos providos de oportunidades de renda, trabalho e mobilidade, é onde a população vivencia as maiores dificuldades para fazer isolamento físico, se prevenir, se cuidar e acessar os serviços de saúde^{25,27,29,42}. Não à toa, os riscos de adoecimento e letalidade são mais acentuados entre negros e pobres, que são a população vulnerável, vivendo em lugares vulnerabilizados¹⁸. Nas metrópoles, a desigualdade socioespacial agrava a repercussão da pandemia e ainda tende a ser acentuada nesse contexto.

Existem ainda diferenças importantes entre capitais, regiões metropolitanas e interior do Brasil frente à pandemia. O território brasileiro é muito diverso e desigual. A classificação dos municípios como sendo maiores e menores, segundo o porte populacional, não é suficiente para explicar os condicionantes da pandemia. Distintos estudos^{33,43,44} têm analisado as diversidades e desigualdades regionais no território brasileiro. Uma leitura regional da pandemia no Brasil pode ser

enriquecida com base na compreensão do sentido dos usos do território e nas diferentes situações geográficas presentes.

Existe um leque de situações geográficas que vai condicionar os riscos e as possibilidades de enfrentamento da COVID-19. Tais situações são estruturadas nas relações de concentração e escassez de recursos e de poder político, cultural, informacional e financeiro do território, que produzem usos mais ou menos corporativos, competitivos e precarizados^{33,34}. Soma-se a isso o grau de adesão dos lugares à agenda neoliberal, que vulnerabiliza ainda mais as condições de vida, de funcionamento dos sistemas públicos e da organização, distribuição e uso dos recursos disponíveis.

No contexto da pandemia de COVID-19, as informações disponíveis mostram diferenças importantes em relação à difusão temporal e espacial do vírus pelo território brasileiro (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Monitora COVID-19. Painel Brasil. <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>, acessado em 10/Jul/2020)⁴⁵. A difusão seguiu principalmente rodovias, caminhos e fluxos da hierarquia urbana clássica (polarizações)⁴⁶. Hidrovias, pequenos aeroportos e pistas de pouso na Amazônia e Centro-Oeste também facilitaram a difusão da COVID-19. Houve ainda casos relacionados a conexões geográficas⁴⁷ que não obedecem à hierarquia urbana clássica⁴⁵, em localidades no interior ligadas diretamente às dinâmicas do mercado nacional e global.

Considerando-se a oferta de serviços, profissionais e equipamentos de saúde necessários aos cuidados dos pacientes com COVID-19, publicações mostram que existe grande desigualdade regional no Brasil^{37,38,45,48,49,50}. Nas macrorregiões Norte e Nordeste, a oferta de serviços de saúde está mais concentrada nas capitais e em poucos polos regionais nas áreas metropolitanas e de urbanização consolidada. No Centro-oeste e parte do Nordeste, áreas que concentram os serviços de saúde necessários são aquelas de urbanização consolidada ou em franca expansão e consolidação, vinculadas sobretudo aos polos do agronegócio. Na região mais concentrada do país (Sul e Sudeste), a rede de serviços está bem distribuída pelo interior dos estados. Já nas análises das 450 Regiões de Saúde existentes hoje no país, aquelas formalmente constituídas para fins de planejamento do SUS, quando de estudos de regiões definidas pelo deslocamento populacional em busca de atendimento à saúde com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é alarmante o dado de que grande parte delas não conta com os recursos necessários para responder à pandemia^{45,48,49,50}.

As situações geográficas e desigualdades regionais condicionam a concentração ou escassez de serviços de saúde, a organização e gestão das redes e fluxos, o perfil de demanda, a coordenação e implementação das políticas de saúde^{51,52,53,54,55,56,57,58,59}. Lugares marcados por processos de metropolização concentram grande parte dos recursos e serviços de saúde, sobretudo de maior especialização e complexidade e de abrangência regional e nacional, mesmo assim podem não apresentar toda a oferta e complexidade de serviços de saúde necessárias ou devidamente acessíveis à população. A condição dialética e desigual das metrópoles mostra que a concentração e a diversificação dos recursos e serviços de saúde muitas vezes são insuficientes às demandas, ou não estão acessíveis a todos em função de processos de espoliação e vulnerabilização. Outros lugares, caracterizados pela maior invisibilidade, pelo uso corporativo com forte espoliação ou áreas conservacionistas são aqueles onde a oferta de serviços de saúde tende a ser mais escassa e de menor complexidade, sendo menos atrativos para os profissionais de saúde.

No Brasil, alguns lugares podem ser especialmente vulneráveis à pandemia da COVID-19. Primeiro, destacam-se as metrópoles e áreas de urbanização consolidada, ou seja, polos e arranjos urbanos regionais historicamente constituídos, cujo polo tem grande poder de influência e polarização nas escalas nacional ou regional. Concentram redes e fluxos, renda, recursos e serviços mais complexos e especializados de saúde, públicos e privados. Contando com alta densidade e fluxo populacional, concentram as elites nacionais e regionais, representando maior risco de difusão do vírus. Ao mesmo tempo, abrigam grande parte da população pobre, invisibilizada e vulnerabilizada, cujo maior risco está associado às suas condições muito precarizadas de proteção e de acesso aos cuidados em saúde na pandemia.

Segundo, os lugares marcados pelos usos corporativos com intensa espoliação do território, modernizações e investimentos seletivos vinculados a determinadas especializações produtivas (*commodities* mineral e agropecuária, energia e logística). Podendo ser usos já consolidados ou áreas de fronteira de expansão, muito atrativas para a população que procura trabalho, mas cujas ocupações

não necessariamente geram melhoria significativa da renda para as famílias. Por vezes não dão conta da crescente demanda por serviços de saúde, pois em geral são áreas de urbanização precarizada, com baixa complexidade e diversificação de serviços.

Terceiro, os lugares dos usos conservacionistas e das terras tradicionalmente ocupadas, como: unidades de conservação ambiental e uso sustentável; e terras indígenas, quilombolas e assentamentos de pequenos agricultores e extrativistas. Lugares que podem estar mais ou menos vinculados às atividades produtivas e às conexões globais e, portanto, em alto risco de circulação do vírus. Em geral são lugares de conflito por disputa pela terra e intensa espoliação, com baixa renda e precariedade da rede de comércio e serviços urbanos, incluindo os de saúde.

A conjugação de desigualdades socioespaciais e distintas situações geográficas contribui para a compreensão dos condicionantes, assim como para o conhecimento das condições de ação frente à pandemia da COVID-19 no Brasil.

Situações geográficas: condições e sentidos da ação

Países, regiões e localidades vêm adotando medidas diferentes de enfrentamento da pandemia, em tempos distintos. Leva-se em conta informações e conhecimentos disponíveis, mas, sobretudo, as condições particulares para agir, isto é, a situação em cada lugar.

A situação expressa a tensão entre a liberdade e a condição para a ação ⁶⁰. Enquanto sítio e ação contribuem para analisar indissociavelmente conjuntura e estrutura, sobretudo neste período marcado pelo tropel de eventos e crises sistemáticas, que a todo momento demandam compreensão e ação. Conjuga condicionalidades do território herdado e ações visando aos objetivos, sentidos e projetos. A situação geográfica se define pela sua coerência interna e como relação do lugar com o mundo pelos sentidos dos eventos que se geografizam no lugar frente às possibilidades existentes na escala global. Assim, situação é tanto a condição da ação num dado lugar como também o sentido da ação na relação lugar/mundo.

A conjuntura é cada vez mais crítica e as desigualdades cada vez mais evidentes. O tropel de eventos é vertiginoso e as crises se agravam. A desigual distribuição das formas e oportunidades de viver e de morrer ⁶¹ e da condição de ação mostram que o indivíduo também vale pelo lugar onde está e habita ⁶². E tanto a competitividade quanto a cooperação se aprofundam em distintos contextos na pandemia ⁶³.

A riqueza produzida no mundo hoje é dez vezes maior do que o valor estimado como necessário para o enfrentamento das consequências sociais e econômicas da pandemia de COVID-19, porém, não há evidências de que estes recursos serão empregados de maneira solidária na escala global ⁶⁴. Os países, regiões, empresas, instituições e pessoas que drenam e concentram recursos se tornam ainda mais competitivos e acumulam poder e capacidade de ação durante a pandemia de COVID-19. E *“esse frenesi de acumulação é em resposta ao pânico, mas também é associado a uma tentativa de extrair lucros da crise”* ²³.

É evidente que as respostas não são apenas diferentes, expressam condições desiguais de enfrentamento da COVID-19. Daí a contribuição do conceito de situação geográfica para analisar respostas frente à pandemia como um dado técnico e político, indissociavelmente, com base nas condições apresentadas no território herdado e atualmente usado.

O sentido da ação remete a intencionalidades, intenções e projetos que presidem a ação dos sujeitos sociais, dos agentes e personas, transcendendo o imanente ⁶⁵. Coaduna com a noção de psicosfera de Santos ⁹ (p. 124): *“reino das ideias, crenças, paixões e lugar da produção de um sentido”* que fazendo parte do *“meio ambiente, desse entorno da vida”* fornece *“regras à racionalidade”* e estimula *“o imaginário”*.

Respostas bem-sucedidas no enfrentamento da pandemia de COVID-19 têm variado entre os países. De modo geral se baseiam em ações ágeis e coordenadas, amparadas no conhecimento científico, na vigilância epidemiológica e no rastreamento dos casos, em sistema informacional atualizado e capilarizado, na comunicação transparente entre governo e sociedade, no isolamento físico domiciliar e no confinamento, na assistência à saúde com qualidade e em tempo oportuno, e na adesão e participação social, além de garantia de renda e produtos de higiene e alimentação. Tem-se mostrado fundamental a atuação de lideranças políticas na promoção e cooperação para a superação da pan-

demia ⁶⁶ e para não deixar cicatrizes políticas que comprometerão a confiança, as políticas e ações comuns no futuro ⁶⁷.

Já o caso brasileiro é o oposto ⁶⁸. A negação da gravidade da pandemia e da complexidade de suas repercussões por parte minoritária da população e, principalmente, pelo Governo Executivo Federal, tem prejudicado ações coordenadas em âmbito nacional e a adoção das medidas necessárias. O sentido das respostas à pandemia no âmbito nacional tem provocado a extensão e o agravamento no tempo e no espaço das crises sanitária, econômica e social decorrentes deste evento.

O dinamismo diário da pandemia combinado com a elevada subnotificação dos casos e a diversidade e desigualdade das situações geográficas no país trazem enorme complexidade para o seu enfrentamento. Como houve demora para agir, descoordenação e fragmentação da ação governamental na escala nacional ⁶⁹, cada vez mais regiões do país foram sendo atingidas pela pandemia. Além disso, ações isoladas e/ou sem apoio e articulação regional, estadual e federal já estão resultando no aumento das desigualdades regionais em saúde ⁷⁰.

A fragmentação das ações em contexto de grande desigualdade tem incentivado inclusive a competição entre estados e municípios por insumos, equipamentos, recursos públicos e doações privadas para atendimento à saúde, assistência social, apoio às atividades econômicas e manutenção das receitas governamentais. Sem coordenação federal, estados e municípios precisam competir em mercados internacionais, marcados pela grande disparidade de preços em função da escassez de oferta e alta demanda por medicamentos e equipamentos necessários para a atenção aos pacientes com COVID-19.

Entes subnacionais possuem capacidades desiguais para responder à pandemia, havendo maiores dificuldades de produzir normas, conformar comitês científicos que orientem suas ações, de propor políticas e programas de ação, assim como de investir ou contratar serviços para reprogramar seus sistemas e serviços de saúde ^{71,72}. Apesar das dificuldades das respostas governamentais à pandemia no Brasil, destaca-se o papel do Consórcio do Nordeste como um exemplo de coordenação e integração de ações em escala regional, fortalecendo a capacidade de atuação dos governos num contexto desigual e vulnerável. A criação do Comitê Científico de Combate ao Coronavírus reforçou decisões políticas baseadas na ciência, informação e avaliações dos riscos e vulnerabilidades, assim como a comunicação com a população ⁷³.

Não somente as capacidades entre estados e municípios são distintas, mas os sentidos das ações também. Por vezes, governos regionais e locais podem se pautar pela falsa dicotomia entre salvar a economia ou salvar vidas, atrasando a tomada de decisão ou se precipitando nas orientações de relaxamento das medidas de prevenção. Mas pesquisas mostram que mais de 70% da população do país apoiam as medidas de distanciamento físico, ainda que esteja havendo piora das condições econômicas de famílias e de pequenas e médias empresas, sobretudo da fome e falências ⁷⁴.

Dado que a política também é feita por agentes e instituições não governamentais, os sentidos da ação no enfrentamento da pandemia envolvem várias iniciativas populares. A sociodiversidade em cada lugar é fonte inestimável de riqueza intelectual, informacional, cognitiva e criativa. Permite o surgimento de muitas soluções, saídas e alternativas para a crise sanitária e humanitária, com foco nas pessoas.

Nesse sentido, destacam-se algumas ações coordenadas “de baixo para cima”, horizontalidades há tempos presentes no cotidiano ⁷⁵, que vêm acontecendo principalmente nas situações de maior desigualdade, como nas periferias metropolitanas, áreas conservacionistas e terras tradicionalmente ocupadas. Solidariedades que estão sendo decisivas no enfrentamento e superação das crises intensificadas pela pandemia, sobretudo nos lugares e populações vulnerabilizados ²¹.

Grupos indígenas e quilombolas atuam para garantir seus direitos e proteção durante a pandemia ^{63,76}. O Observatório da COVID-19 nos Quilombos monitora nacionalmente dados da pandemia entre quilombolas, criado pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) e pelo Instituto Socioambiental (ISA). As ações do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) de distribuição de alimentos em periferias junto a sindicatos (dos petroleiros em Campinas, São Paulo) e associações de quilombolas e caiçaras no Vale do Ribeira (São Paulo), atendendo inclusive a bairros periféricos na metrópole paulista. O documento programático *Periferia em Movimento 23 Propostas/Corona na Quebrada (São Paulo)* foi lançado em 1º de abril. Os Gabinetes de Crise em Favelas no Rio de Janeiro, como o do Complexo do Alemão, criado pelo Voz das Comuni-

dades, Mulheres em Ação no Alemão e Coletivo Papo Reto. A Central Única das Favelas (CUFA) no Rio de Janeiro distribui alimentos, material de higiene e mantimentos nas favelas, mediando doações externas e compras no comércio das comunidades. A Frente de Mobilização da Maré organiza a campanha “Coronavírus nas Favelas” para a conscientização, a comunicação e a distribuição de doações de produtos de higiene/limpeza e alimentos. O aplicativo CoronaZAP da favela do Borel, desenvolvido pelo Laboratório de Estudos do Borel frente ao descaso informacional e à invisibilidade das estatísticas oficiais, tem garantido a vigilância dos casos de COVID-19 na comunidade. Tal como o Painel de Atualização de Coronavírus nas Favelas do Rio de Janeiro criado pelo Voz das Comunidades. A interlocução entre grupos e movimentos de favelas cariocas e instituições de pesquisa criou o Plano de Ação COVID nas Favelas do Rio de Janeiro: Uma Catástrofe a Ser Evitada ⁷⁷ e o *Boletim Socioepidemiológico da COVID-19 nas Favelas* ⁴¹.

Destaca-se o caso de Paraisópolis (São Paulo), bairro onde moram mais de 100 mil pessoas, com vulnerabilidades comuns às demais periferias (moradias aglomeradas, sem saneamento, dificuldades de acesso à água, falta de informação, perda de renda devido à alta informalidade dos trabalhadores, fome). Contudo, tem capacidade notável de organização popular e comunitária para vigilância epidemiológica, organização e acesso a serviços de saúde, geração de renda, doações e distribuição de medicamentos, testes, produtos de higiene, alimentos, informação e organização do isolamento físico. Em 18 de maio, apresentava taxa de mortalidade por COVID-19 de 21,7 pessoas por 100 mil habitantes, índice abaixo da média municipal de São Paulo (56,2) e de outras localidades vulnerabilizadas na cidade, como Pari (127), Brás (105,9) e Brasilândia (78) ⁷⁸.

São muitos os exemplos de ações da população, comitês, frentes e movimentos sociais no enfrentamento da pandemia no Brasil. Tais ações conferem novos sentidos para as pessoas que vivem em lugares vulnerabilizados. Elas reforçam a necessidade de maior responsabilização do Estado (união, estados e municípios) pela saúde e condições de vida da população, tal qual definido pela *Constituição Brasileira* de 1988, que inclusive instituiu o SUS. As políticas e ações estatais também precisam ser cada vez mais informadas pelas ações e estratégias forjadas pela população a partir de seus lugares e regiões, além do conhecimento científico. Caso contrário, planos e políticas podem não apresentar a devida coerência ou correspondência com as distintas realidades, vulnerabilidades e situações geográficas.

Lugares mais globalizados e desiguais tendem a ser mais vulneráveis às consequências da pandemia. Os riscos de crise humanitária em muitos países, incluindo o Brasil, e as ações de enfrentamento, que vão além do vírus SARS-CoV-2, são desafios diante das desigualdades e enfraquecimento das instituições e capacidades de governança global ⁷⁹.

Repercussões da pandemia aumentam as desigualdades no mundo ⁶⁴. Os lugares tornados mais desiguais e com frágil capacidade de resposta após a pandemia da COVID-19 estarão ainda mais vulnerabilizados para o seu enfrentamento e de possíveis novas pandemias e demais emergências em saúde.

Na globalização perversa ¹ predominam saídas financeiras, devastadoras, polarizadas e mais desiguais, centradas na lógica da competitividade empresarial e individual, acirrada pela concentração de poder político, econômico e informacional em poucas mãos, em poucos lugares. Entretanto, o que Milton Santos analisou no começo do século continua atual, pois esse período de crise gera muitas outras saídas, perspectivas e situações que já estão se expressando. A reação de parte da população no Brasil mostra ser possível ações mais solidárias na pandemia e na crise socioeconômica. São ações centradas nas pessoas, para salvar vidas, com cooperação, redistribuição, proteção social, princípio do comum ⁸⁰ e diminuição das desigualdades socioespaciais. Se não fossem essas ações, a situação seria ainda mais dramática.

A pandemia de COVID-19 resulta da crise do atual modelo econômico neoliberal e do seu processo de vulnerabilizações globalizado, ademais evidencia que a resiliência não está no mercado e tampouco na saúde privatizada, mas “no fortalecimento de um sistema público e universal, apoiado no pressuposto da saúde como bem comum e na participação social como mecanismo democrático essencial para sua definição e implantação” ⁸¹ (p. 3).

As condições são muito desiguais e os sentidos das ações estão em disputa no contexto da pandemia. A saída humanitária, solidária e menos desigual tem sido construída desde os lugares mais vulnerabilizados por meio de articulações entre movimentos sociais organizados ou espontâneos, Estado, empresas e demais instituições públicas e privadas. Construção que envolve articulações em diversas frentes e escalas de ação no Brasil e no mundo.

A variável política é crucial para os rumos da pandemia e não pode ser totalmente apreendida em modelos e projeções de risco e vulnerabilidade. Daí também a importância da análise de situações geográficas como sentido e condição para a ação de todas as pessoas, empresas e instituições estatais e não estatais no território.

Conclusões

Desigualdades socioespaciais e situações geográficas dizem respeito ao grau de globalização e vulnerabilização dos lugares e são condicionantes da pandemia de COVID-19, assim como das ações para o seu enfrentamento.

As consequências da pandemia tendem a se agravar nas situações geográficas marcadas por desigualdades, isto é, onde há maior exploração, espoliação e opressão. Os lugares vulneráveis sofrem processos intensos de vulnerabilização com o aprofundamento sistêmico e duradouro das crises econômica, política e social, associadas à crise sanitária da pandemia de COVID-19. Sobretudo, quando não apresentam ações cujos sentidos comunitários e de solidariedade organizados pelos diversos grupos e movimentos “de baixo para cima” se antepõem aos processos de vulnerabilização dos corpos, grupos e territórios.

Desigualdade socioespacial compreendida como relação e processo – mais que disparidade – de exploração, espoliação e opressão, acentuando hierarquias, assimetrias e vulnerabilidades herdadas e atualizadas em cada contexto.

Riscos e agravos da pandemia não são apenas condicionados pela pobreza ou falta de serviços de saúde, mas, sobretudo, pelas desiguais condições de risco, proteção e cuidado em todas as dimensões da vida. Revelam a perversidade das seletividades geradoras de desigualdades e injustiças. Estratégias de ação no sentido comum, solidário e de proteção social visando a reduzir vulnerabilidades mostram que a superação desta pandemia e de suas consequências depende fundamentalmente da decisão pelo enfrentamento das desigualdades socioespaciais em múltiplas escalas – local, regional, nacional e global – e da compreensão e do conhecimento das condições para o agir. Por isso, mesmo em condições desiguais, estruturais e herdadas, as decisões e as ações importam, sobretudo, quando realizadas de forma articulada entre diferentes grupos, instituições e setores.

A crise não é apenas sanitária, é um dado do período atual, e a desigualdade se revela como a maior emergência do século XXI.

Colaboradores

M. V. Albuquerque e L. H. L. Ribeiro contribuíram na concepção, análise e elaboração do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Mariana Vercesi de Albuquerque (0000-0002-0763-6357); Luis Henrique Leandro Ribeiro (0000-0002-9651-553X).

Referências

- Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Record; 2000.
- Harvey D. O novo imperialismo. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
- Cataia M. Civilização na encruzilhada: globalização perversa, desigualdades socioespaciais e pandemia. *Revista Tamoios* 2020; 16:232-45.
- United Nations Development Programme. Human Development Report 2019. Beyond income, beyond averages, beyond today: inequalities in human development in the 21st century. New York: United Nations Development Programme; 2019.
- PNAD Contínua 2018: 10% da população concentram 43,1% da massa de rendimentos do país. Agência IBGE Notícias 2019; 16 out. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25700-pnad-continua-2018-10-da-populacao-concentram-43-1-da-massa-de-rendimentos-do-pais>.
- Medeiros M, Souza PHGF, Castro FA. O topo da distribuição de renda no Brasil: primeiras estimativas com dados tributários e comparação com pesquisas domiciliares (2006-2012). *Dados Rev Ciênc Sociais* 2015; 58:7-36.
- Souza PHGF. A desigualdade vista do topo: a concentração de renda entre os ricos no Brasil, 1926-2013 [Tese de Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016.
- Georges R. A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras. São Paulo: Ox-fam Brasil; 2017.
- Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo – razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Smith N. Desenvolvimento desigual: natureza, capital e a produção de espaço. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1988.
- Rodrigues AM. Desigualdades socioespaciais – a luta pelo direito à cidade. *Revista Cidades* 2007; 4:73-88.
- Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1971.
- Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- Szwarcwald CL, Macinko J. A panorama of health inequalities in Brazil. *Int J Equity Health* 2016; 15:174.
- Barreto ML. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:2097-108.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Médiçi EV, et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:15-28.
- Cunha LS, Medeiros WR, Lima Jr. FAV, Pereira SA. Relação dos indicadores de desigualdade social na distribuição espacial dos casos de Zika vírus. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:1839-50.
- Gondim R. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde Soc* 2018; 27:37-50.
- Bidegain EA. Más allá de la bacteria. Tuberculosis pulmonar, su relación con el espacio y los modos de entender y atender la enfermedad en lugares de prácticas biomédicas y vida cotidiana [Tese de Doutorado]. Ensenada: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2019.
- Harvey D. Política anticapitalista em tempos de Covid-19. In: Davis M, Harvey D, Bihl A, Zibechi R, Badiou A, Zizek S, organizadores. *Coronavírus e a luta de classes. Brasil: Terra Sem Amos*; 2020. p. 13-24.
- Gondim R, Cunha AP, Gadelha, AGS, Carpio C, Oliveira RB, Corrêa RM. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00150120.
- Braveman P. COVID-19: inequality is our pre-existing condition. <https://en.unesco.org/inclusivepolicylab/news/covid-19-inequality-our-pre-existing-condition> (acessado em 28/Abr/2020).
- Carta Aberta à Organização das Nações Unidas. Desigualdade em saúde durante a pandemia: um grito por uma liderança global ética. <http://www.abc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Carta-%C3%A0-ONU-Pandemia-Covid-19.pdf> (acessado em 30/Abr/2020).
- Núcleo de Métodos Analíticos para Vigilância em Saúde Pública. Estimativa de risco de espalhamento da COVID-19 no Brasil e avaliação da vulnerabilidade socioeconômica nas microrregiões brasileiras. Relatório 2. <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/2relatorio-procc-emp-covid-19-20200323-vulnerabilidade.pdf> (acessado em 16/Mai/2020).
- Fundação Perseu Abramo. Estudo ranqueia municípios mais vulneráveis ao coronavírus. <https://fpabramo.org.br/2020/04/16/estudo-ranqueia-municipios-mais-vulneraveis-ao-coronavirus/> (acessado em 18/Abr/2020).

26. Subcomitê de Epidemiologia, Comitê Científico de Combate ao Corona Vírus do Consórcio Nordeste. Pandemia da COVID-19 no Nordeste do Brasil: situação atual e recomendações. 1º Relatório. <https://www.comitecientifico-ne.com.br/c4ne> (acessado em 22/Jun/2020).
27. Costa MA, Lui L, Santos RM, Curi RLC, Albuquerque CG, Tavares SR, et al. Apontamentos sobre a dimensão territorial da pandemia da covid-19 e os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade socioespacial nas unidades de desenvolvimento humano de áreas metropolitanas brasileiras. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2020. (Nota Técnica, 15).
28. Costa PVM, Ojima R. A vulnerabilidade à COVID-19 no semiárido nordestino: metade dos municípios já tem casos confirmados. <https://demografiaufrn.net/2020/05/14/covid-no-semiarido-nordestino/?fbclid=IwAR0VV9tNWcZ5Bztonjd8Ox4ADqtLRvKRnn4yTDmxJErX5LRdpG-4Dr0bAo> (acessado em 12/Jul/2020).
29. Santos JPC, Siqueira ASP, Praça HLF, Albuquerque HG. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00075720.
30. Rizzatti M, Spode PLC, Erthal DB, Faria RM. Avaliação geográfica para risco de COVID-19 em população a partir de 50 anos na área urbana de Santa Maria, RS, Brasil. *Geografia Ensino & Pesquisa* 2020; 24:e10.
31. Fatores associados à difusão da epidemia de Covid-19. *Confins* 2020; (46). <http://journals.openedition.org/confins/31101>.
32. Universidade Federal de Pelotas. EPICOV19-BR. COVID-19 no Brasil: várias epidemias num só país. Primeira fase do EPICOV19 reforça preocupação com a Região Norte. https://www.fcm.unicamp.br/covid/sites/default/files/2020-06/Covid_19%20no%20Brasil_varias%20epidemias%20num%20s%20c3%b3%20pa%20c3%ads.pdf (acessado em 12/Jun/2020).
33. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Edições Record; 2001.
34. Silveira ML. Uma situação geográfica: do método à metodologia. *Revista Território* 1999; IV:21-8.
35. Souza MAA. Geografia e pandemia. <https://www.youtube.com/channel/UC44v0P33JNs9Jlt3rHNTRkw> (acessado em 25/Mai/2020).
36. Castilho D. Um vírus com DNA da globalização: o espectro da perversidade. *Espaço e Economia* 2020; IX(17). <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/10332>.
37. Portela MC, Pereira CCA, Lima SML, Andrade CLT, Soares FRG, Martins M. Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de COVID-19. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2020. (Nota Técnica, 1).
38. Rache B, Rocha R, Nunes L, Spinola P, Malik AM, Massuda A. Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da COVID-19. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020. (Nota Técnica, 7).
39. Batista A, Antunes B, Faveret G, Peres I, Marchesij, Cunha JP, et al. Dimensionamento de demanda por leitos públicos de UTI adulto para os casos da COVID-19 no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde; 2020. (Nota Técnica, 9).
40. Cavalcante A, Campolina B. Desafios e propostas para enfrentamento da COVID-19: território, escala e planejamento. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais; 2020.
41. Análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por COVID-19 em favelas cariocas. *Boletim Socioepidemiológico da COVID-19 nas Favelas* 202; (1). <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/36c528bb42327a6fd1e4f53f98aa716524db35e9.PDF>.
42. Fortes A, Oliveira LD, Souza GM. A COVID-19 na Baixada Fluminense: colapso e apreensão a partir da periferia metropolitana do Rio de Janeiro. *Espaço e Economia* 2020; IX(18). <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/13591>.
43. Monteiro Neto A, Brandão CA, Castro C, organizadores. Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017.
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Regiões de influência das cidades: 2018. REGIC 2018. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020.
45. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. MonitoraCovid-19 – Fiocruz. Interiorização da Covid-19 e as redes de atendimento em saúde. (Nota Técnica 02 de maio de 2020). <https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-interiorizacao-do-covid-19-e-redes-de-atendimento-em-saude-04/05> (acessado em 20/Mai/2020).
46. Sposito MEB, Guimarães RB. Por que a circulação de pessoas tem peso na difusão da pandemia. *Notícias Unesp* 2020; 26 mar. <https://www2.unesp.br/noticia.php?c=35626>.
47. Souza MA. Conexões geográficas: um ensaio metodológico. *Boletim Paulista de Geografia* 1992; 71:113-27.
48. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. MonitoraCovid-19 – Fiocruz. Regiões de Saúde: disseminação temporal e espacial e disponibilidade de recursos na atenção à saúde. (Nota Técnica, 6). https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_6_v2.pdf (acessado em 25/Mai/2020).

49. Portela MC, Pereira CCA, Andrade CLT, Lima SML, Braga Neto FC, Soares FRG, et al. As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de COVID-19. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2020. (Nota Técnica, 2).
50. Noronha K, Guedes G, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia da COVID-19: impactos microrregionais ponderados pelos diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção e risco etário de internação. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais; 2020
51. Almeida EP. Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
52. Peiter PC. A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
53. Albuquerque MV. Território usado e saúde na metrópole de Campinas - SP. *Geosp – Espaço e Tempo* 2013; 34(n.esp):224-40.
54. Viana ALd'A, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heiman LS, et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 Suppl 2:S117-31.
55. Viana ALd'A, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:2317-26.
56. Ribeiro LHL. Território e macrossistema de saúde: os programas de fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
57. Oliveira ATR, O'Neill MM, Silva MG. Distribuição espacial da população e dos serviços de saúde: as regiões de articulação urbana. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017. (Textos para Discussão, 31).
58. Feitosa LC. Escala e situação geográfica na implementação da Rede Interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco. In: IX Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. <http://inscricao.eventos.ific.edu.br/index.php/geosaude/geosaude/paper/view/1378> (acessado em 15/Abr/2020).
59. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JMG, Melo ECP, Oliveira EXG, Carvalho MS, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad Saúde Pública* 2019; 35 Suppl 2:e00094618.
60. Cataia M, Ribeiro LHL. Análise de situações geográficas: notas sobre metodologia de pesquisa em geografia. *Revista da Anpege* 2017; 11:9-30.
61. Bercito D. Pandemia democratizou poder de matar, diz autor da teoria da “necropolítica”. Folha de S. Paulo 2020; 30 mar. <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml> (acessado em 20/Abr/2020).
62. Santos M. O espaço do cidadão. São Paulo: Editora Nobel; 1987.
63. Bernardes JA, Arruzzo RC, Monteiro, DMLV. Geografia e COVID-19: neoliberalismo, vulnerabilidades e luta pela vida. *Revista Tamoios* 2020; 16:188-205.
64. Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. Why inequality could spread COVID-19. *Lancet Public Health* 2020; 5:e240.
65. Ribeiro ACT. Teorias da ação. Rio de Janeiro: Letra Capital; 2014.
66. Van Bavel JV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav* 2020; 4:460-71.
67. Aksoy CG, Eichengreen BE, Saka O. The political scar of epidemics. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2020. (NBER Working Paper, 27401).
68. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “so what?”. *Lancet* 2020; 395:1461.
69. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00185220.
70. Região e Redes. O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid-19. (Novos Caminhos, 18). <https://www.resbr.net.br/o-planejamento-regional-e-estrategico-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid19/#.X9DlVnKhKg2w> (acessado em 06/Jul/2020).
71. Alves AAS, Mequita AHP, faria CS, Jesuz CR, Freire DA, Silva EI, et al. A Geografia das ações políticas de enfrentamento à COVID- 19 em Mato Grosso: uma análise de março de 2020. Relatório técnico. <http://geografiaufmt.com.br/index.php/pt-br/covid-geografia-aco-es-politicas> (acessado em 03/Jun/2020).
72. Jorge DCP, Rodrigues MS, Silva MS, Cardim LL, Silva NB, Silveira IH, et al. Assessing the nationwide impact of COVID-19 mitigation policies on the transmission rate of SARS-CoV-2 in Brazil. *medRxiv* 2020; 28 jun. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.26.20140780v1.article-info>.

73. Pessoa ZS, Teixeira RLP, Clementino MLM. Interfaces between vulnerabilities, governance, innovation and capacity of response to COVID-19 in Brazilian Northeast. *Ambiente & Sociedade* 2020; 23:e0110.
74. Rede de Políticas Públicas & Sociedade. Fome, desemprego, desinformação e sofrimento psicológico estimulam a violência e a desesperança em comunidades vulneráveis de seis regiões metropolitanas brasileiras. (Boletim 7). <https://rededesquisasolidaria.org/boletins/boletim-7/fome-desemprego-desinformacao-e-sofrimento-psicologico-estimulam-a-violencia-e-a-desesperanca-em-comunidades-vulneraveis-de-seis-regioes-metropolitanas-brasileiras/> (acessado em 03/Jun/2020).
75. Barbosa JL. Por uma quarentena de direitos para as favelas e as periferias! *Espaço e Economia* 2020; IX(17). <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/10274>.
76. Alianza de Parlamentarias Indígenas de América Latina. Pela vida dos povos indígenas da América Latina. <https://portal.fiocruz.br/documento/carta-da-alianza-de-parlamentarias-indigenas-de-america-latina> (acessado em 12/Jul/2020).
77. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Movimentos de favelas organizam plano de ação e reivindicam compromisso público no Rio de Janeiro. https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/05/PlanodeAcao_COVID19-e--FAVELAS-RJ.pdf (acessado em 15/Mai/2020).
78. Lima JD. Por que Paraisópolis se destaca no combate ao coronavírus. *Nexo* 2020; 01 jul. <https://www.nexojornal.com.br/expreso/2020/07/01/Por-que-Parais%C3%B3polis-se-destaca-no-combate-ao-coronav%C3%A9rus>.
79. Freitas CM, Silva IVM, Cidade NC. COVID-19 as a global disaster: challenges to risk governance and social vulnerability in Brazil. *Ambiente & Sociedade* 2020; 23:e0115.
80. Dardot P, Laval C. *Comum: ensaio sobre a revolução no século XXI*. São Paulo: Editora Boitempo; 2017.
81. Nunes J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00063120.

Abstract

This Essay reflects on how socio-spatial inequalities and geographic situations condition the COVID-19 pandemic in Brazil, as well as actions to deal with the pandemic, with arguments backed by the literature. Socio-spatial inequality is defined as a process and structural condition of a territory marked by inherited and updated vulnerabilities, resulting from a relationship of exploitation, spoliation, and oppression in the current period of globalization. The authors argue that the COVID-19 pandemic can have more serious repercussions in contexts of greater socio-spatial inequality, with systemic and chronic deepening of the economic and social crises in places. Still, actions matter, including collaboration between different groups, institutions, and sectors. The analysis of geographic situation contributes to understanding the inherited territory and different experiences with COVID-19, inextricably linked to the conditions and meanings of action in the face of the pandemic in each place. Geographic situation expresses the tension between freedom and the condition for action. The crisis is not only a health crisis, but a manifestation of the current time, and inequality proves to be the most serious emergency of the 21st century.

COVID-19; Vulnerability; Health Policy

Resumo

Este Ensayo plantea una reflexión sobre cómo las desigualdades socioespaciales y las situaciones geográficas son condicionantes de la pandemia de COVID-19 en Brasil, así como sobre las acciones para luchar contra ella. La bibliografía de apoyo fundamenta los argumentos. Se entiende la desigualdad socioespacial como un proceso y condición estructural de un territorio, marcado por vulnerabilidades heredadas y actualizadas, resultantes de la relación de explotación, expolio y opresión en el marco del actual período de globalización. Se argumenta que la pandemia de COVID-19 puede tener repercusiones más graves en contextos de mayor desigualdad socioespacial, con una profundización sistémica y duradera de las crisis económicas y sociales en diferentes espacios. No obstante, las acciones importan, incluyendo la coordinación entre diversos grupos, instituciones y sectores. El análisis de situación geográfica contribuye a la comprensión del territorio heredado y de las diferentes experiencias de la COVID-19, indisolublemente de las condiciones y de los sentidos de la acción frente a la pandemia, en cada lugar. La situación expresa la tensión entre la libertad y la condición para la acción. La crisis no es solamente sanitaria, es un hecho propio de la era actual en la que nos encontramos, y la desigualdad se revela como la mayor emergencia del siglo XXI.

COVID-19; Vulnerabilidade; Política de Salud

Recebido em 15/Jul/2020
Versão final reapresentada em 06/Out/2020
Aprovado em 09/Out/2020