




## Trabalho, Educação e Saúde

### Covid-19, causas fundamentais, classe social e território

COVID-19, fundamental causes, social class and territory

Covid-19, causas fundamentales, clase social y territorio

José Alcides Figueiredo Santos<sup>1</sup> 

#### Resumo

A teoria que considera as condições sociais como causas fundamentais da saúde, em articulação com as noções de classe social e território, é usada em reflexões acerca da trajetória e da distribuição dos efeitos da pandemia da Covid-19 no país. Parte-se de sínteses teóricas, abordagens e evidências de trabalhos do autor sobre desigualdade de saúde no Brasil. Entende-se que o 'meio social', de natureza relacional e estruturada, afeta a propagação e a distribuição da doença entre os grupos. As diferenças de classe em circunstâncias de trabalho, localização e moradia são referidas. No tocante às diferenças sociais no risco de desenlace fatal da doença, são consideradas a distribuição prévia de condições adversas e as diferenças no modo como as instituições de saúde processam as pessoas. Como proposto pela teoria, as desigualdades de recursos, informações, disposições e capacidade estariam afetando a distribuição social dos efeitos da pandemia no Brasil.

**Palavras-chave** Covid-19; desigualdade de saúde; classe social; território; causas fundamentais.

NOTAS DE CONJUNTURA

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00280

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Instituto de Ciências Humanas, Juiz de Fora, Brasil.  
[josealcidesf@yahoo.com.br](mailto:josealcidesf@yahoo.com.br)



## Abstract

The theory of social conditions as fundamental causes of health, in conjunction with the notions of social class and territory, is used in reflections about the trajectory and distribution of the effects of the Covid-19 pandemic in the country. It starts with theoretical syntheses, approaches and evidences from the author's works on health inequality in Brazil. It is understood that the 'social environment', of a relational and structured nature, affects the spread and distribution of the disease among the groups. Class differences in circumstances of work, location and housing are mentioned. Regarding social differences in the risk of fatal outcome of the disease, the previous distribution of adverse conditions and differences in the way health institutions process people are considered. As proposed by the theory, inequalities in resources, information, dispositions and capacity would be affecting the social distribution of the effects of the pandemic in Brazil.

**Keyword** COVID-19; inequality in health; social class; territory; fundamental causes.

## Resumen

La teoría de las condiciones sociales como causas fundamentales de la salud, junto con las nociones de clase social y territorio, es utilizada en reflexiones sobre la trayectoria y distribución de los efectos de la pandemia de Covid-19 en el país. El punto de partida son síntesis teóricas, enfoques y evidencias de los trabajos del autor sobre la desigualdad en salud en Brasil. Se entiende que el "entorno social", de naturaleza relacional y estructurada, afecta la propagación y distribución de la enfermedad entre los grupos. Se mencionan las diferencias de clase en circunstancias de trabajo, ubicación y vivienda. Con respecto a las diferencias sociales en el riesgo de desenlace fatal de la enfermedad, se considera la distribución previa de condiciones adversas y las diferencias en la forma en que las instituciones de salud procesan a las personas. Según lo propuesto por la teoría, las desigualdades en recursos, información, disposiciones y capacidad estarían afectando la distribución social de los efectos de la pandemia en Brasil.

**Palabras clave** Covid-19; desigualdade de salud; clase social; territorio; causas fundamentales.

Pretende-se, nesta breve nota, mobilizar a teoria que considera as condições sociais como causas fundamentais da saúde, em articulação com as noções de classe social e território, usando este quadro interpretativo de referência em reflexões acerca de aspectos relevantes da trajetória e da distribuição dos efeitos da pandemia da Covid-19 no país. As afirmações delineadas irão se apoiar em sínteses teóricas, abordagens e evidências de trabalhos do autor sobre desigualdade de saúde no Brasil que são aqui recapituladas (Figueiredo Santos, 2011a; 2011b; 2018; 2020).

As condições sociais representam 'causas fundamentais' da saúde e da doença, na proposição desta teoria, ao determinarem o acesso a importantes recursos que podem ser usados para evitar riscos ou minimizar as consequências das doenças e ao afetarem múltiplos resultados de saúde através de diversos mecanismos. A natureza flexível e aplicável a múltiplos fins dos recursos econômicos e sociais faz com que eles possam ser usados de diferentes maneiras em diferentes situações para promover a saúde dos seus detentores ou minimizar as consequências da doença quando ela ocorre.

As condições sociais impactam na distribuição do estado de saúde por meio das desigualdades de recursos mobilizáveis, da seletividade social na exposição aos riscos, da constituição social das disposições ou preferências de saúde, das discrepâncias nos modos como as instituições processam os indivíduos (Figueiredo Santos, 2014; 2020) e das assimetrias para a saúde dos grupos de transbordamentos (*spillovers*), ou efeitos indiretos, dos custos e benefícios de processos exógenos aparentemente não relacionados.

No contexto de um sistema dinâmico de mudanças nas doenças, tratamentos, riscos e fatores de proteção, a associação geral entre as condições sociais e a distribuição da saúde se reproduz no tempo por meio da transposição das vantagens em recursos de uma situação para a outra e por meio de processos socialmente seletivos de substituição dos mecanismos mediadores mais próximos na cadeia causal que leva à saúde e à doença. Quando as pessoas usam recursos para proteger ou promover a saúde, isto se dá no contexto de um sistema estruturalmente desigual. As disparidades de saúde são alimentadas como consequência da própria expansão social da capacidade de controlar as condições de saúde. As desigualdades sociais e econômicas existentes fazem com que o benefício da nova capacidade desenvolvida seja apropriado com maior sucesso por aqueles segmentos da população que possuem mais recursos, informações e oportunidades (Link e Phelan, 1995; 2000; 2005; 2008; Lutfey e Freese, 2005; Freese e Lutfey, 2011; Phelan e Link, 2010).

A maneira de entender a desigualdade social tem implicações importantes para o estudo da desigualdade de saúde. As desigualdades são de diferentes tipos e podem influenciar a saúde de diferentes modos (Bartley, 2017). Classe social representa um tipo específico de divisão social baseada em relações de propriedade e na divisão social do trabalho. Divisões constituídas pela desigualdade de direitos e poderes sobre recursos valiosos geram relações assimétricas de vantagens e desvantagens entre categorias. A noção de classe social presta-se aos fins explicativos dos determinantes sociais ou 'não naturais' da doença, ao fornecer uma especificação das circunstâncias, dependências e exclusões que criam problemas de saúde entre os grupos sociais. Oferece uma contextualização dos recursos valiosos, flexíveis e polivalentes que potencialmente geram benefícios materiais e de saúde. Marcadores de classe social estão claramente associados às características típicas da sociedade capitalista e, portanto, refletem adequadamente os processos sistêmicos, institucionais, organizacionais, ao nível dos atores, que estabelecem e reproduzem a desigualdade nesta sociedade. A noção de classe baseada no emprego condensa os diferentes feixes de direitos e poderes sobre recursos valiosos que afetam a prática social e as relações entre os agentes; encontra-se associada, no mundo do trabalho e em outros âmbitos da vida social, aos fatores materiais, ambientais, comportamentais e psicossociais que possuem implicações para a saúde.

A estrutura de classes tem um papel destacado na hierarquização da distribuição da saúde na população brasileira. Capital, conhecimento perito e autoridade destacam-se como fontes de vantagens de saúde. As posições destituídas de ativos se associam às maiores desvantagens de saúde. Classe social opera, na realidade, em suas conexões com outros fatores influentes. A conversão de determinados recursos ou condições em resultados de saúde é afetada pelos contextos de classe social. Nas posições de classe destituídas de ativos, ocorre um processo mais pronunciado de deterioração absoluta do estado de saúde provocado pela presença de doença crônica (Figueiredo Santos, 2020).

Classe social e território operam de forma articulada na produção de padrões populacionais de saúde. Território corresponde a uma determinada porção do espaço que é ocupada, organizada e usada por indivíduos e grupos através da delimitação de fronteiras (Agnew, 1998).

O contexto territorial gera implicações de saúde devido à composição no local de fatores influentes, às estruturas de oportunidades associadas ao ambiente físico e social e às características socioculturais e históricas dos lugares (Carpiano, Link e Phelan, 2008). Estruturas de oportunidades de saúde no âmbito do território correspondem às características socialmente construídas e padronizadas do ambiente físico e social que promovem ou comprometem direta ou indiretamente a saúde das pessoas, ao afetarem as possibilidades de se viver uma vida saudável (Ellaway e MacIntyre, 2010).

No Brasil, a conjugação de classe e território gera hierarquias e assimetrias marcantes na distribuição dos níveis de saúde dentro da população. A desigualdade absoluta é maior nas áreas menos desenvolvidas, pois a maior intensidade do estado de saúde negativo nestes territórios se combina à maior densidade das categorias mais vulneráveis, para impor um enorme fardo populacional de saúde. As discrepâncias relativas de saúde, por sua vez, são maiores nas áreas mais desenvolvidas, pois os

melhores níveis de saúde em territórios menos adversos favorecem mais os grupos com recursos e capacidades de potencializar ganhos de saúde (Figueiredo Santos, 2018).

A distribuição da incidência do coronavírus entre os grupos e os territórios seria a primeira questão a considerar. O vírus foi trazido do exterior para o país por estratos mais privilegiados ou médios que estão localizados particularmente em regiões mais desenvolvidas. A questão geral é saber se e como o 'meio social', de natureza relacional e estruturada, afeta a propagação e a distribuição interna da doença entre os grupos. A pandemia não é um processo puramente biomédico, pois o vírus se espalha por meio de contatos sociais. Na ausência de segregação absoluta e isolamento social 'entre categorias', ele potencialmente atinge todos os grupos. Resta saber se, a partir desta origem, a distribuição interna no país entre os grupos será dependente da origem, mas aleatória na sua progressão, ou socialmente organizada e condicionada pela estrutura social. Sugere-se aqui a proposição de que serão mais atingidos em termos absolutos, no curso da transmissão da doença, os grupos que possuem uma maior dimensão demográfica e, em termos relativos, os grupos que tiverem uma maior taxa de reprodução do vírus. Deve-se refletir sobre as circunstâncias de trabalho, localização e moradia dos trabalhadores assalariados típicos e elementares, dos grupos destituídos de ativos, e sobre o papel dos diversos fatores que podem contribuir para uma maior exposição e propagação da doença entre estas categorias da base social. No plano do trabalho, em organizações empregadoras, as posições e situações que envolvem subordinação direta, baixa autonomia, execução prática em espaço circunscrito, estrita dependência técnica, trabalho controlado em equipe, interações em copresença, potencialmente podem ter uma incidência maior de exposição e reprodução. No mundo do trabalho autônomo urbano precário, a ação pessoal direta na rua ou local mutável, a circulação contínua imposta pela busca de meios de subsistência, a renda dependente de um fluxo de demanda a ser localizada, a ausência de um 'colchão protetor' de recursos ou, então, de um suporte adequado de seguridade social, são fatores que incrementam riscos e suscitam comportamentos de risco no contexto de uma pandemia.

No âmbito espacial, a distância entre moradia e trabalho, a dependência do transporte coletivo, a deficiência de saneamento, a densidade demográfica, a proximidade física entre os objetos que compõem as configurações territoriais, a interação face a face, as limitações internas em espaço e suporte das moradias – em sua função de 'espaço de proteção' na situação de pandemia – geram situações e comportamentos de risco para aqueles que se distribuem em espaços com estas características.

Existe a questão de fundo das condições e disposições, socialmente determinadas, ou de estilos de vida e saúde, que podem afetar a distribuição de doenças crônicas ou condições adversas associadas ao tabagismo, sedentarismo, *stress*, agravos ambientais, alimentação, cuidados de saúde e outros fatores influentes. Doenças crônicas e condições adversas de saúde são desigualmente distribuídas entre os grupos, em particular quando se contrasta o topo e a base da estrutura social. Estudo recente com quase 17 mil casos de pessoas internadas com Covid-19 na Inglaterra demonstrou que as condições pré-existent de saúde, tanto a comorbidade quanto a obesidade, possuem uma associação independente significativa com o aumento da mortalidade hospitalar (Docherty et al, 2020). Isto significa que o desfecho fatal nos casos mais graves, quando se regride na cadeia causal, não é aleatoriamente distribuído.

Deve ser considerado o modo como as instituições de saúde processam os indivíduos de diferentes grupos. Neste aspecto, três questões devem ser levadas em conta. A questão do diagnóstico e acesso a tratamento, a presteza do início do tratamento e o acesso a procedimentos de maior complexidade, por vezes requerendo cuidados em uma unidade de terapia intensiva (UTI). O fato de a pandemia ter ficado relativamente mais controlada entre estratos mais privilegiados, que possuem planos de saúde de ampla cobertura, gerou, em várias áreas, uma situação de sobra de leitos na rede privada, mas de falta de leitos na rede pública, em particular para tratamento dos casos mais graves da Covid-19, na medida em que o número de casos vem aumentando muito nos estratos populares. Numa situação, existem mais leitos para menos pessoas, e, na outra, menos para mais. Além disso, a observação clínica parece revelar que a presteza no tratamento tem implicações na progressão da doença. O referido estudo inglês demonstrou que 17% dos internados em hospital necessitaram de cuidados críticos. A mortalidade é

maior em pacientes que estão em leitos gerais, e que não tiveram acesso à UTI. Na comparação com a pandemia de influenza de 2009, considerando os pacientes que receberam ventilação em UTI, as taxas de mortalidade dos pacientes de Covid-19 são extremamente altas (Docherty, 2020). Diferenças no processamento das pessoas pelas instituições de saúde afetam bastante a progressão e o desenlace final da doença.

Os grupos privilegiados possuem recursos, informações e capacidades que favorecem o enfrentamento de uma nova doença à medida que avança o conhecimento e a capacidade de lidar com ela. Esta proposição da teoria da causa fundamental seria válida para uma pandemia? Durante um tempo não se sabia que este novo vírus era altamente transmissível e mais perigoso do que os outros. Ele afetou primeiro os estratos mais privilegiados ou médios vindos do exterior, e estes não estavam bem cientes dos riscos que corriam. Entretanto, tudo indica que no Brasil estes grupos estão ajustando melhor o seu comportamento à nova situação. Existe uma determinação social das orientações ou disposições que podem impactar nas ações em face de uma pandemia. A motivação e a capacidade de mudar rotinas do dia a dia, de adotar de modo mais sistemático práticas de higienização, o nível e a direção da influência que o meio familiar e mais próximo (amigos, vizinhos, membros de igreja etc.) exerce sobre as pessoas, a percepção e a avaliação de risco de adoecimento e morte não variam somente entre indivíduos, pois são socialmente formadas e condicionadas no âmbito dos grupos. Além disso, uma pandemia inédita como esta na experiência de vida das pessoas no Brasil coloca uma questão complicada no horizonte de decisões dos atores. As consequências das ações presentes aparecem depois de semanas. O isolamento social segura o aumento de casos, e, para muitos, é difícil aceitar algo pela sua ausência ou baixa incidência na fase inicial. A aceleração da pandemia aumenta a visibilidade dos riscos, mas diversos fatores podem retardar mudanças individuais de comportamentos. Os constrangimentos econômicos são bastante diferenciados entre os grupos. Eles têm sido mais fortes em quem menos possui e mais precisa. Soma-se a isto o efeito desorientador dos atos e falas de um presidente eleito há relativamente pouco tempo. Esta ação pode estar afetando mais os estratos populares, pelo menos em termos absolutos, pois estes são em maior número. Constrangimentos objetivos, orientações comportamentais e elementos cognitivos têm contribuído para reforçar a distribuição da doença na base de pirâmide social. Sabe-se, no entanto, que os comportamentos dos atores, por serem socialmente condicionados, são, então, socialmente mutáveis e, em parte, contextualmente dependentes, podendo mudar, em particular no curso do duro aprendizado das situações de crise. As consequências de saúde do que foi feito no passado próximo, no entanto, não são propriamente reversíveis. Até o momento, os benefícios dos arranjos e decisões sociais que minimizem a propagação do vírus serão colhidos somente no futuro.

#### Informações do artigo

##### Conflito de interesses

Não há.

##### Financiamento

Não há.

## Referências

AGNEW, John. Territoriality and territory. In: JOHNSTON, Ron. J.; GREGORY, Derek; SMITH, David M. *The dictionary of human geography*. 3. ed. Oxford: Blackwell, 1998. p. 620.

BARTLEY, Mel. *Health inequality: an introduction to concepts, theories and methods*. 2. ed. Cambridge, UK; Malden, MA, USA: Polity Press, 2017. 244 p.

BRUCE, Link G.; PHELAN, Jo. Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health. In: BIRD, Chloe E.; CONRAD, Peter; FREMONT, Allen M. *Handbook of medical sociology*. 5. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2000. p. 33-47.

CARPIANO, Richard M.; LINK, Bruce L.; PHELAN, Jo C. Social inequality and health: future directions of the fundamental cause explanation. IN: LAREAU, Annette; CONLEY, Dalton. *Social class: how does it work?* Nova York: Russel Sage, 2008. p. 232-263.

DOCHERTY, Annemarie B. et al. Features of 16.749 hospitalised UK patients with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol. *medRxiv: The Preprint Server for Health Science*, 28 abr. 2020. DOI: 10.1101/2020.04.23.20076042.

ELLAWAY, Anne; MACINTYRE, Sally. Neighborhoods and health. In: BROWN, Tim; MCLAFFERTY, Sara; MOON, Graham. *A companion to health and medical geography*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. p. 399-417.

FIGUEIREDO SANTOS, José A. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 26, n. 75, p. 27-55, 2011a. DOI: 10.1590/S0102-69092011000100002.

FIGUEIREDO SANTOS, José A. Class divisions and health chances in Brazil. *International Journal of Health Services*, v. 41, n. 4, p. 691-709. 2011b. DOI: 10.2190/HS.41.4.e.

FIGUEIREDO SANTOS, José A. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 2, p.556-572, 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018170889.

FIGUEIREDO SANTOS, José A. Desigualdades e interações de classe social na saúde no Brasil. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 1-46, 2020. DOI: 10.1590/001152582020203.

FIGUEIREDO SANTOS, José A. Primeira sessão: esquema de classe para abordar a desigualdade de saúde no Brasil. In: "CLASSES SOCIAIS, TERRITÓRIO E SAÚDE: questões metodológicas e políticas", 1, 2013, Petrópolis. *Fórum*[...]. Petrópolis, RJ, 6, 7 e 8 de jun. 2013. Disponível em: <<http://www.forumitaborai.fiocruz.br/node/896>>. Acesso em: 12 maio 2020.

FREESE, Jeremy, LUTFEY, Karen. Fundamental Causality: Challenges of an Animating Concept for Medical Sociology. In: PESCOSOLIDO, Bernice A. et al. *Handbook of Medical Sociology*. Nova York: Springer, 2011, p. 67-81.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo. Fundamental sources of health inequalities. In: MECHANIC, David et al. *Policy challenges in modern health care*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2005. p. 71-84.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, extra n. 80-94, 1995. DOI: 10.2307/2626958.

LINK, Bruce G. et al. The resources that matter: fundamental social causes of health disparities and the challenge of intelligence. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 49, n. 1, p. 72-91, 2008. DOI: 10.1177/002214650804900106.

LUTFEY, Karen; FREESE, Jeremy. Toward some fundamentals of fundamental causality. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 110, n. 5, p. 1.326-1.372, 2005. DOI: 10.1086/428914.

PHELAN, Jo C.; LINK, Bruce G.; TEHRANIFAR, Parisa. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 51, n. 1, S28-40, 2010. Suplemento. DOI: 10.1177/0022146510383498.