

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E ODS 2030 ENTRE A POPULAÇÃO QUE VIVE EM FAVELA NO CONTEXTO DA COVID-19: ESTUDO QUANTITATIVO COM DADOS PRIMÁRIOS NO MORRO DA KIBON

Eduardo Magalhães Rodrigues¹

Silmara Conchão²

Resumo

O artigo analisa como Determinantes Sociais da Saúde condicionaram a experiência da Covid-19 no Morro da Kibon, em Santo André-SP, à luz dos ODS 2030. Trata-se de estudo quantitativo com dados primários coletados em 2023-2024, com ênfase em moradia, renda, alimentação, informação, vacinação e desigualdades por gênero, cor/raça, idade e renda. Os resultados mostram impossibilidade estrutural de isolamento, forte circulação de desinformação, elevada insegurança alimentar, renda per capita próxima ao limiar da extrema pobreza e maior penalização de mulheres, pessoas pretas e pardas e faixas de menor renda. O território confirma a centralidade do SUS, das políticas de proteção social e da agenda intersetorial para o enfrentamento das iniquidades.

Palavras-chave: Covid-19 em favelas; determinantes sociais da saúde; desigualdades raciais e de gênero; intensificação da pobreza; ODS 2030.

Introdução

Embora a Covid-19 tenha sido formalmente encerrada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em 2023, seus efeitos sociais, sanitários e políticos permanecem especialmente visíveis em territórios historicamente vulnerabilizados. Nas favelas brasileiras, a pandemia incidiu sobre contextos já marcados por desigualdades estruturais em renda, moradia, saneamento, alimentação, acesso à informação qualificada e proteção social. O resultado não foi apenas maior exposição ao vírus, mas também maior dificuldade de cumprir medidas de prevenção, acessar recursos públicos e recompor condições mínimas de vida no pós-crise.

O debate da Saúde Coletiva latino-americana oferece um enquadramento decisivo para compreender esse processo. Em vez de explicar o adoecimento por escolhas individuais isoladas, problematizamos o conceito de Determinantes Sociais da Saúde para destacar que o processo saúde-doença se produz em relações históricas, econômicas e políticas que distribuem desigualmente riscos, proteções e oportunidades (Laurell, 1983; Paim, 2008; Guimarães; Junia, 2011). Moradia adensada, baixa renda, insegurança alimentar, desigualdade de gênero, racismo estrutural, precariedade do trabalho e desinformação são variáveis periféricas centrais da reprodução social da doença e da vulnerabilidade.

Posto isto, a Agenda 2030 das Nações Unidas pode constituir um elemento adicional para a compreensão do tema em questão. Quando um território apresenta obstáculos simultâneos em pobreza, fome, acesso à água, saúde, educação e redução das desigualdades, evidencia-se um quadro de interdependência que nas favelas foi intensificado durante a pandemia. Nesse

¹ Pós-Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Departamento de Saúde Coletiva do Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil; eduardo.rodrigues@fmabc.net; ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4850-7371>

² Socióloga, Doutora em Ciências da Saúde. Pós Doutoranda em Política, Gestão e Saúde (FSP-USP Docente do Departamento de Saúde Coletiva do Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC. silmara.conchao@fmabc.net; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9330-8930>.

sentido, é possível que haja uma contribuição positiva dos ODS desde que a análise seja territorializada, isto é, os ODS não podem ser empregados de maneira abstrata, mas sim confrontados com os

modos concretos pelos quais pessoas a população em favela vive, adoecem, trabalham, se informam, se alimentam e acessam o Estado.

O Morro da Kibon, em Santo André-SP, sintetiza esse desafio. Inserido numa região de elevado dinamismo econômico, o território expressa uma contradição estrutural: convive-se, lado a lado, com riqueza urbana e pobreza persistente. O manuscrito-base que deu origem a este artigo organiza uma ampla leitura quantitativa do período pandêmico e pós-pandêmico a partir de dados primários coletados no Sítio Cassaquera, setor do Complexo do Morro da Kibon, articulando-os a dados secundários nacionais e internacionais.

O objetivo deste artigo é analisar como os Determinantes Sociais da Saúde condicionaram a experiência da Covid-19 no Morro da Kibon e discutir em que medida os resultados dialogam com os ODS 1, 2, 3, 6, 10, 11 e 16 da Agenda 2030. Busca-se, mais especificamente: (a) descrever condições estruturais de renda, moradia e alimentação no território; (b) examinar a circulação de desinformação sobre vacinação e prevenção segundo gênero, cor/raça e idade; (c) identificar desigualdades internas à favela; e (d) discutir implicações para políticas públicas orientadas por equidade territorial.

Referencial teórico e contexto territorial

O manuscrito-base apresenta um dado de contexto espantoso: entre 2010 e 2022, o número de favelas no Brasil cresceu 95,2%, enquanto a população residente nesses territórios aumentou 43,5% (a população no país subiu 6,5%) e o PIB nacional 155,2%. Em outras palavras, a produção de riqueza não se converteu em redução proporcional da precariedade urbana; ao contrário, a favelização avançou em paralelo ao crescimento econômico. Esse pano de fundo, aumento simultâneo de riqueza e pobreza, mostra que a desigualdade é fruto de concentração de riqueza e não dá ausência dela.

No plano teórico, o artigo parte do entendimento de que os DSS devem ser lidos em múltiplas camadas. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) ajuda a visualizar níveis articulados do plano individual às condições gerais de vida e trabalho, enquanto autoras e autores da tradição latino-americana, como Laurell (1983), Breilh, Arouca (1975) e Paim (2008), aprofundam a crítica à redução biomédica e individualizante da saúde. Com esse entendimento, a recomendação sanitária de 'ficar em casa', por exemplo, só pode ser avaliada de forma consistente se forem consideradas as condições materiais da moradia, a renda disponível, a necessidade de trabalho presencial e o acesso regular à água e a insumos de higiene.

A pandemia também produziu uma dimensão informacional própria. No Brasil, a crise sanitária conviveu com intensa disseminação de notícias falsas, descrédito da ciência, defesa de medicamentos ineficazes e minimização pública da gravidade da doença, dinâmica fartamente documentada pela CPI da Pandemia e por estudos sobre a estratégia federal de disseminação da Covid-19 (Brasil, 2021; Ventura; Reis, 2021; Costa; Rodrigues, 2022). Em territórios com maior vulnerabilidade educacional, menor acesso a fontes qualificadas e forte presença de circuitos comunicacionais híbridos televisão aberta, WhatsApp, redes sociais, familiares e lideranças locais, a desinformação passa a atuar como determinante adicional da exposição ao risco. O problema deixa de ser apenas comunicacional e se torna sociossanitário.

Por fim, a articulação com os ODS exige considerar que saúde e bem-estar dependem de uma ecologia mais ampla de direitos. Renda, segurança alimentar, moradia digna, acesso à água, redução do racismo e fortalecimento das instituições públicas são componentes de uma mesma matriz de proteção social. Quando essas dimensões falham simultaneamente, a pandemia deixa de ser apenas evento epidemiológico e passa a operar como reveladora de uma ordem social profundamente desigual.

Métodos

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal, fundamentado em dados primários coletados em 2023 e 2024 no Sítio Cassaquera, território integrante do Complexo do Morro da Kibon, em Santo André-SP. O material foi originalmente sistematizado em formato de livro analítico e, nesta presente versão, condensada em artigo científico com preservação do núcleo empírico e interpretativo. O banco de dados original reúne respostas relativas à experiência da pandemia e de seus desdobramentos, com ênfase em proteção sanitária, vacinação, circulação de informações, renda, insegurança alimentar, acesso a políticas públicas e desigualdades intraterritoriais.

A estrutura das distribuições percentuais presentes no manuscrito foi construída a partir de uma base analítica de 62 famílias respondentes³ para as variáveis centrais de gênero e cor/raça, havendo variações pontuais no número de respostas válidas em módulos específicos, como renda familiar. O instrumento contemplou dezenas de questões fechadas organizadas em blocos temáticos: condições de moradia e possibilidade de distanciamento intradomiciliar; acesso a água e insumos básicos; ocorrência de Covid-19, vacinação e testagem; confiança nas informações científicas; crenças em notícias falsas; alimentação e trabalho; acesso a benefícios; interrupção de estudos; e formas de obtenção de informação sobre a pandemia.

Para a presente síntese, foi realizada análise descritiva das frequências e percentuais, com ênfase nas estratificações por gênero, cor/raça, faixa etária e renda familiar. Em virtude do objetivo de condensação em artigo, optou-se por destacar os indicadores mais substantivos do ponto de vista dos DSS e dos ODS 2030, em vez de reproduzir a totalidade dos cruzamentos presentes no manuscrito-base. Essa decisão privilegia a inteligibilidade analítica sem comprometer a fidelidade aos resultados e é compatível com literatura que utiliza dados territoriais de favela para discutir efeitos diferenciados da pandemia (Brotherhood et al., 2022; Menezes et al., 2021).

A interpretação foi guiada por dois critérios. O primeiro foi a relevância substantiva dos indicadores para o debate em Saúde Coletiva, especialmente quando expressava barreiras materiais à prevenção, à alimentação, ao acesso à água ou à proteção vacinal. O segundo foi a capacidade dos resultados evidenciarem desigualdades internas à própria favela, evitando tratá-la como espaço homogêneo. Assim, diferenças entre mulheres e homens, entre pessoas brancas, pretas e pardas, entre faixas etárias e entre grupos de renda foram lidas como indicadores de estratificação socio sanitária.

No caso da renda, o manuscrito estima o ponto médio das faixas declaradas para calcular renda familiar média e renda per capita. Em diálogo com a metodologia do Banco Mundial, o rendimento per capita local foi convertido em dólares correntes médios do biênio 2023-2024, permitindo comparar a situação do território com os limiares internacionais de pobreza e extrema pobreza. Como se trata de artigo derivado de manuscrito maior ainda em

³ Em um universo de 388 pessoas.

consolidação, algumas informações metodológicas finas por exemplo, detalhes adicionais do processo de campo deverão ser aprofundadas em publicação ampliada; isso não impede, contudo, a análise precisa dos padrões quantitativos centrais descobertos.

Resultados

Contexto nacional, perfil local e materialidade da moradia A Tabela 1 condensa o pano de fundo nacional mobilizado pelo manuscrito. Seu sentido analítico é mostrar que a favela não pode ser lida como exceção ou marginalidade a um desenvolvimento bem-sucedido, mas como parte constitutiva de um padrão histórico de concentração de riqueza. Se o PIB cresceu mais de 155% entre 2010 e 2022 e, no mesmo intervalo, o número de favelas quase dobrou, a hipótese de que crescimento econômico, por si só, reduziria desigualdades urbanas torna-se empiricamente frágil (IBGE, 2023)⁴.

Tabela 1. Evolução das favelas, da população em favelas e do PIB no Brasil (2010-2022)

Indicador	2010	2022	Variação absoluta	Variação percentual
Número de favelas	6.329	12.348	+6.019	+95,2%
População em favelas	11.425.644	16.390.815	+4.965.171	+43,5%
PIB (R\$ trilhões)	3,8	9,9	+6,0	+155,2%

Fonte: elaboração dos autores a partir dos dados do IBGE sistematizados no manuscrito-base.

No plano local, a Tabela 2 resume alguns marcadores estruturais do território. A renda familiar média estimada foi de R\$ 1.778,02, com renda per capita de R\$ 487,13. Convertido para o valor médio do dólar no biênio 2023-2024, esse rendimento correspondeu a aproximadamente US\$ 3,13 por pessoa/dia, isto é, muito próximo do limiar de extrema pobreza considerado pelo Banco

Mundial. A combinação entre baixa renda monetária, adensamento habitacional e composição racial majoritariamente preta e parda define o contexto em que a pandemia foi vivida.

Tabela 2. Caracterização sintética do território e da base analítica

Dimensão	Indicador sintético	Valor
Composição por cor/raça	Parda; preta; branca; amarela	50,0%; 30,65%; 17,74%; 1,61%
Moradia	Cômodos médios por habitação	2,82
Moradia	Moradores médios por domicílio	3,65 a 3,85
Renda	Renda familiar média estimada	R\$ 1.778,02
Renda	Renda per capita média estimada	R\$ 487,13
Pobreza monetária	Equivalência média em dólares/dia	US\$ 3,13 por pessoa/dia

Fonte: elaboração dos autores a partir dos dados primários do estudo e das estimativas apresentadas no manuscrito-base.

A dimensão habitacional ajuda a compreender por que a proteção doméstica foi limitada. O

⁴ Esse é mais um dado, entre vários, que rompem com a ideia do economista Simon Kuznets: a partir de (trickle-down), a população pobre seria beneficiada com a participação na riqueza produzida. Economistas contemporâneos e em atividade, contestam esse tipo de afirmação. Entre eles, por exemplo, Ladislau Dowbor (Dowbor, 2026).

manuscrito registra média inferior a três cômodos por habitação (2,82, incluindo cozinha e banheiro) e cerca de quatro moradores por domicílio. Nessas condições, a recomendação sanitária do isolamento domiciliar é inútil, sobretudo quando associada à necessidade de circulação para trabalho, compra de alimentos e busca por serviços.

A impossibilidade de distanciamento dentro da própria casa apareceu como resultado recorrente. No recorte de gênero, mais da metade das mulheres (52,08%) e dos homens (57,14%) declarou não ter conseguido realizar distanciamento intradomiciliar. No recorte geral de renda, 54% também não conseguiram. A variação de renda é particularmente expressiva: entre famílias com renda entre meio e um salário mínimo, 70,59% não conseguiram se isolar; entre um e um salário mínimo e meio, 46,15%; entre dois e três, 20%; e, entre as faixas de quatro a cinco salários mínimos, todos os respondentes declararam ter conseguido. O isolamento, portanto, não foi um ato de mera vontade individual, mas uma possibilidade materialmente distribuída de forma desigual.

Desinformação, vacinação e desigualdades por gênero e cor/raça

A dimensão informacional foi um dos eixos mais contundentes do estudo. O território não apenas enfrentou um vírus biológico; enfrentou também uma ecologia de desinformação que corroeu a adesão a medidas protetivas e a confiança em autoridades sanitárias. Os resultados por gênero sintetizados na Tabela 3 mostram esse padrão com nitidez. Entre as mulheres, 35,42% não acreditavam sempre, não sabiam ou apenas talvez acreditassem nas informações de autoridades médicas e científicas sobre a vacinação; entre os homens, 28,57%. O medo da vacina alcançou 54,17% das mulheres e 21,43% dos homens, o que está em consonância com a literatura nacional sobre hesitação vacinal e fake news (Galhardi et al., 2022).

Tabela 3. Indicadores selecionados de desinformação, prevenção e alimentação por gênero

Indicador	Mulheres (%)	Homens (%)
Não conseguiram realizar distanciamento dentro de casa	52,08	57,14
Não acreditavam sempre / não sabiam / talvez acreditassem nas autoridades científicas	35,42	28,57
Tiveram medo de tomar vacina em algum momento	54,17	21,43
Acreditavam, talvez acreditavam ou não sabiam sobre eficácia do 'kit Covid'	45,83	21,43
Acreditaram que a Covid-19 não era tão séria no início	68,75	78,57
Acreditaram que o isolamento não era fundamental	54,16	35,71
Televisão como principal fonte isolada de informação	43,75	42,86
Tiveram falta de alimento ou dificuldade em fazer refeições	45,83	35,71

Fonte: elaboração dos autores com base nas distribuições percentuais do banco primário. Nota: nos indicadores de desinformação agregada, somaram-se respostas 'não', 'talvez' e/ou 'não sei', conforme o caso.

A crença em desinformação específica também foi elevada. Considerando a soma de respostas 'sim', 'talvez' e 'não sei', 45,83% das mulheres e 21,43% dos homens mostraram adesão a ideias favoráveis ao chamado 'kit Covid' ou incerteza sobre sua ineficácia. Quando a questão foi a gravidade inicial da doença, 68,75% das mulheres e 78,57% dos homens declararam ter acreditado, em algum momento, que a Covid-19 não era tão séria. Ainda, 54,16% das mulheres

e 35,71% dos homens chegaram a considerar que o isolamento social não era fundamental para

reduzir a transmissão. Tais resultados sugerem que a desinformação operou como condicionante concreto da exposição ao risco.

A principal fonte singular de informação foi a televisão aberta, mencionada isoladamente por 43,75% das mulheres e 42,86% dos homens. Contudo, o ecossistema informacional foi híbrido: apareceram de forma recorrente combinações entre televisão, familiares, *WhatsApp*⁵, Facebook, Instagram, Google e profissionais de saúde. Isso significa que a informação circulou por circuitos sobrepostos, nos quais conteúdos televisivos, mensagens pessoais e plataformas digitais se reforçavam mutuamente. Em ambientes de baixa regulação e alta repetição, a produção de crença em conteúdos enganosos se torna mais provável, como sugerem estudos sobre WhatsApp e verdade ilusória (Agência Brasil, 2020; Vijaykumar et al., 2021).

Observemos os números por cor/raça:

Tabela 4. Indicadores selecionados por cor/raça

Indicador	Branca (%)	Parda (%)	Preta (%)
Não conseguiram realizar distanciamento dentro de casa	36,36	58,06	57,89
Não acreditaram que a vacina fosse muito importante	18,18	3,23	15,79
Tiveram medo de tomar vacina em algum momento	--	67,74	36,84
Acreditavam ou hesitavam quanto a efeitos colaterais graves da vacina	72,73*	48,39	52,63
Acreditavam, hesitavam ou não sabiam sobre eficácia da cloroquina	36,36	35,49	52,63
Relataram ter sofrido preconceito	--	11,11	76,92
Reduziram despesas com alimentos na pandemia	--	--	73,68
Dependiam de compra + doação para alimentação	--	41,94	36,84

Fonte: elaboração do autor com base nas distribuições percentuais do banco primário. * Soma de 'sim' e 'talvez'.

No recorte de cor/raça, as desigualdades internas da favela ganharam densidade. Pessoas pretas e pardas apresentaram maior desvantagem em dimensões centrais. Quase 60% da população parda (58,06%) e preta (57,89%) não conseguiu realizar distanciamento dentro de casa, contra 36,36% da população branca. No caso da importância da vacina, 18,18% da população branca e 15,79% da preta afirmaram não terem acreditado, em algum momento, que a vacinação fosse muito importante, ao passo que, entre pardos, esse percentual foi residual, mas combinado a incertezas e hesitações.

O medo da vacina também variou racialmente. Destaca-se percentuais particularmente altos entre a população parda (67,74%) e mais baixos, embora ainda expressivos, entre a população preta (36,84%). Quando se observam crenças em efeitos colaterais graves, os números voltam a crescer: entre brancos, a soma de 'sim' e 'talvez' ultrapassou 72%; entre pretos e pardos, permaneceu entre mais de 40% e mais da metade, confirmando ambiente de incerteza generalizada em torno da imunização.

⁵ Entre as redes sociais, o WhatsApp foi mencionado com maior frequência.

A mesma tendência apareceu em relação à cloroquina e outras medicações ineficazes. Entre a população branca, 36,36% declararam acreditar, talvez acreditar ou não saber se esses medicamentos poderiam funcionar; entre pardos, 35,49%; e entre pretos, 52,63%. Já a crença de que a Covid-19 poderia não ser tão séria atingiu em torno de 70% nos três grupos. A conjunção desses resultados indica que as mensagens falsas não produziram efeitos homogêneos, mas incidiram fortemente sobre um território já atravessado por hierarquias raciais, educacionais e econômicas.

Além da desinformação, o racismo foi revelado por meio de indicadores. No conjunto da amostra, 20,97% relataram ter sofrido preconceito, mas a distribuição foi radicalmente desigual: 11,11% entre pardos e 76,92% entre pretos. Também o abastecimento de água mostrou desvantagem para pessoas pretas e pardas, que dependiam mais de ligações clandestinas e, em alguns casos, de poço, sugerindo que um dos requisitos básicos da prevenção água regular para higiene já era frágil antes mesmo da pandemia.

Desigualdades por idade, renda e segurança alimentar

As diferenças etárias reforçam a tese de que a vulnerabilidade à desinformação não se restringiu a um único grupo geracional. Há leve tendência de maior peso entre pessoas idosas em alguns itens, mas o padrão geral é de dispersão ao longo de praticamente todas as faixas etárias. Entre 60 e 64 anos, 33,33% não consideravam a vacinação muito importante. Ao mesmo tempo, entre 25 e 29 anos, o medo da vacina alcançou 85,71%, um dos maiores valores dos dados coletados. Entre 45 e 49 anos e também entre 65 e 69 anos, todos os respondentes declararam ter acreditado, em algum momento, que a Covid-19 não era tão séria, resultado compatível com estudos que mostram efeitos heterogêneos da desinformação por idade (ONU, 2021; Vijaykumar et al., 2021; Zucloto et al., 2022).

Os dados sugerem, assim, dois movimentos simultâneos. De um lado, faixas etárias mais velhas aparecem em alguns itens com maior ceticismo vacinal ou maior dependência de fontes tradicionais de informação. De outro, grupos jovens e adultos também apresentaram forte permeabilidade à desinformação, possivelmente associada à circulação intensiva em redes sociais e à percepção de menor risco pessoal. Em vez de personalizar o problema no idoso ou no jovem, os resultados recomendam políticas amplas de alfabetização midiática e comunicação pública territorializada.

A renda familiar introduz um eixo adicional de estratificação. Entre os respondentes, 51% das famílias viviam com até um salário mínimo mensal e outros 25% entre um e um salário mínimo e meio; em conjunto, 76% da base situava-se até esse patamar. Essa distribuição ajuda a explicar tanto a proximidade do território ao limiar de extrema pobreza quanto a dificuldade de transformar recomendações sanitárias em práticas efetivas de proteção. Não se trata apenas de renda baixa; trata-se de renda insuficiente para sustentar simultaneamente moradia, alimentação, transporte, medicamentos e conexão informacional em um período de crise prolongada. Os dados:

Tabela 5. Resultados selecionados por renda e idade

Eixo	Achado	Resultado selecionado
Renda	Famílias com até 1 salário mínimo	51%
	Famílias entre 1 e 1,5 salário mínimo	25%
	Base até 1,5 salário mínimo	76%

	Sem distanciamento intradomiciliar (0,5 a 1 SM)	70,59%
	Sem distanciamento intradomiciliar (1 a 1,5 SM)	46,15%
	Sem distanciamento intradomiciliar (2 a 3 SM)	20%
	Conseguiram distanciamento (4 a 5 SM)	100%
Idade	Faixa 60-64 anos que não considerava a vacina muito importante	33,33%
	Faixa 25-29 anos com medo da vacina	85,71%
	Faixas 45-49 e 65-69 que chegaram a achar a Covid-19 'não tão séria'	100% em cada faixa
Percepção territorial	Entrevistados que afirmaram que a favela sofreu mais com a pandemia	Mais de 2/3

Fonte: elaboração dos autores a partir dos cruzamentos por renda e idade apresentados no manuscrito-base.

A percepção subjetiva do território também é importante. Mais de dois terços dos respondentes afirmaram que a população de favela sofreu mais com a pandemia. Essa percepção, conforme os dados estão evidenciando, dialoga com o conjunto dos resultados apresentados: impossibilidade de isolamento, fome, maior dependência de doação, crença em desinformação, dificuldades materiais de prevenção e maior sobrecarga de grupos racializados e femininos. Em termos de DSS, trata-se de uma experiência social de grave vulnerabilização concentrada.

A insegurança alimentar foi um dos resultados mais dramáticos do estudo. Considerando a população da comunidade, 43,55% responderam ter passado por falta de alimentos ou dificuldade para realizar todas as refeições em algum momento da pandemia. No recorte por gênero, o percentual aproximou-se de uma em cada duas mulheres (45,83%) e permaneceu elevado entre homens (35,71%). Mais de dois terços das mulheres receberam algum tipo de auxílio governamental durante a pandemia, o que sugere centralidade feminina na gestão da sobrevivência doméstica. Ainda assim, quase dois terços delas foram obrigadas a reduzir despesas com alimentos. O dado revela um mecanismo clássico de desigualdade: a política de transferência de renda mitiga o dano, mas não elimina a insuficiência estrutural de recursos, recaindo sobre as mulheres o trabalho cotidiano de administrar a escassez.

No recorte racial, a desigualdade alimentar foi ainda mais marcada. No campo estudado, 62,9% tiveram de reduzir despesas com alimento devido à redução da renda ou perda de emprego; entre pessoas pretas, o percentual chegou a 73,68%. Além disso, 36,84% desse grupo relataram ter sido obrigados, em algum momento, a escolher entre comprar comida ou remédio; entre pardos, esse percentual alcançou 48,39%. A forma de aquisição dos alimentos reforça o quadro: entre pardos, 41,94% combinavam compra e doação, com outros 12,9% dependendo exclusivamente de doação; entre pretos, 36,84% combinavam compra e doação e 10,53% dependiam apenas de doações. O resultado dialoga com o debate sobre racismo alimentar e nutricional no Brasil contemporâneo (Cabral, 2024).

Aqui se evidencia a articulação entre racismo estrutural, fome e território. A pandemia não criou a desigualdade alimentar, mas a acentuou em grupos que já ocupavam posições desvantajosas na hierarquia racial e urbana. A dependência da solidariedade para acesso à alimentação básica

mostra, ao mesmo tempo, potência comunitária e falha sistêmica do Estado e do mercado em garantir direitos elementares.

Os resultados de renda e alimentação dialogam diretamente com os ODS 1 e 2. Novamente sublinhando, é preciso entender as precariedades em sua encarnação territorial concreta. Os

respectivos DSS não devem ser vistos isoladamente, mas sim como elementos que se acumulam, reforçam e são perpetuados pela elevadíssima concentração de riqueza. No Morro da Kibon, pobreza significa renda monetária comprimida, moradia adensada, água precária, risco sanitário ampliado, maior circulação de desinformação e maior probabilidade de interrupção de rotinas alimentares, especialmente entre os grupos das mulheres e pretos/pardos.

Discussão

A síntese dos resultados permite identificar pelo menos quatro núcleos interpretativos. O primeiro é a centralidade da materialidade da vida cotidiana. O problema não foi apenas ter ou não ter informação correta ou ter ou não ter medo da doença ; foi viver a pandemia em casas pequenas, com baixíssima renda, em território racialmente desigual, com fragilidade de abastecimento de água e dependência de trabalho e circulação. A prevenção recomendada pelo discurso sanitário dominante esbarrou, repetidas vezes, em limites estruturais, provocados pela concentração de riqueza.

O segundo núcleo é o peso da desinformação como determinante social. No território estudado,

crenças falsas sobre gravidade da doença, isolamento, vacina e cloroquina foram estatisticamente relevantes em diferentes estratos sociais. Isso significa que a resposta à Covid-19, em contextos de favela, exige tratar comunicação pública e alfabetização midiática como componentes da política de saúde, e não como mera camada complementar. Quando, principalmente, televisão aberta, WhatsApp, redes sociais e sociabilidade local (igualmente informada por esses meios) compõem o conjunto hegemônico de elaboração das opiniões e ideias, a produção pública de conhecimento e educação, de qualidade e confiança, precisa ser contínua, territorializada e multicanal (Galhardi et al., 2022; ONU, 2021).

O terceiro núcleo é a desigualdade dentro da desigualdade. A favela não apareceu como bloco homogêneo. Mulheres concentraram mais medo vacinal, mais responsabilidade pela gestão alimentar e maior dependência relativa de auxílios; pessoas pretas e pardas sofreram mais com racismo, precariedade hídrica, fome e dificuldade de distanciamento; faixas de menor renda tiveram menor possibilidade de proteção intradomiciliar; e os efeitos da desinformação estiveram espalhados por praticamente todas as idades. Essa heterogeneidade interna exige evitar formulações genéricas sobre a população favelada e apostar em recortes interseccionais. O quarto núcleo diz respeito à relação entre DSS e ODS. Os achados dialogam diretamente com ODS 1 (erradicação da pobreza), ODS 2 (fome zero), ODS 3 (saúde e bem-estar), ODS 4 (educação

de qualidade), ODS 6 (água potável e saneamento), ODS 8 (trabalho decente), ODS 10 (redução das desigualdades), ODS 11 (cidades e comunidades sustentáveis) e ODS 16 (instituições eficazes

e acesso a direitos). O estudo mostra que a inviabilização de um único objetivo tende a repercutir sobre vários outros. Quando falta renda, falta alimento; quando a água é precária, a higiene é comprometida; quando a informação é desorganizada, a adesão à vacinação cai; quando o racismo estrutura a vida cotidiana, as chances de proteção também se distribuem de modo desigual. Vejamos:

Tabela 6. Síntese analítica entre Determinantes Sociais da Saúde e ODS 2030

Determinante Social da Saúde	Expressão empírica no Morro da Kibon	ODS relacionados
Renda e trabalho	Renda familiar comprimida, perda de renda e dificuldade para manter isolamento e alimentação	ODS 1, 8 e 10
Moradia	Adensamento domiciliar e baixa capacidade de distanciamento intradomiciliar	ODS 3 e 11
Água e saneamento	Abastecimento precário e maior dependência de soluções irregulares entre pretos e pardos	ODS 3, 6 e 10
Informação e educação	Descrença em autoridades científicas, medo vacinal e circulação de fake news	ODS 3, 4 e 16
Alimentação	Falta de alimentos, redução de despesas com comida e dependência de doação	ODS 2, 3 e 10
Racismo estrutural	Maior precariedade material, preconceito e penalização alimentar de pessoas pretas e pardas	ODS 3, 10 e 16
Proteção social e Estado	Centralidade de auxílios, SUS e políticas públicas para mitigação do dano	ODS 1, 3, 10 e 16

Fonte: elaboração dos autores

Do ponto de vista da gestão pública, os resultados apontam para a necessidade de uma agenda territorial intersetorial. O fortalecimento do SUS e da Atenção Primária é decisivo, mas insuficiente se não vier articulado à segurança alimentar, à assistência social, à regularização do abastecimento de água, à inclusão digital e à produção ativa de comunicação pública/estatal de qualidade. A política de enfrentamento de emergências em favela não pode depender exclusivamente da capacidade moral e material das próprias famílias, caridade ou doações, sob pena de transformar solidariedade comunitária em substituto permanente de direitos sociais.

Implicações para políticas públicas e agenda de pesquisa

Os achados do estudo têm implicações diretas para a formulação de políticas públicas em contexto de favela. A primeira delas é a necessidade de reconhecer que emergências socio sanitárias futuras não poderão ser enfrentadas apenas com protocolos generalistas concebidos para territórios médios e socialmente estabilizados. A recomendação de isolamento domiciliar, por exemplo, precisa vir acompanhada de medidas materiais de viabilização: renda emergencial adequada, abastecimento regular de água, distribuição de alimentos, apoio comunitário organizado e comunicação clara produzida em escala territorial. Sem isso, a norma sanitária se converte em prescrição de baixa factibilidade e alto potencial de culpabilização e individualização das famílias.

A segunda implicação recai sobre o SUS e, em especial, sobre a Atenção Primária à Saúde. Em territórios como o Morro da Kibon, equipes de base territorial (ESF-ACS) podem atuar não apenas no cuidado clínico, mas também como mediadoras de informação confiável, educação em saúde, orientação vacinal e articulação com assistência social. O estudo sugere que a política de saúde deve incorporar, de forma mais sistemática, dispositivos de comunicação popular em saúde, visitas, busca ativa, alianças com lideranças locais e estratégias permanentes de enfrentamento da desinformação. Em cenário de alta circulação de fake news, a credibilidade informacional não se constrói de maneira automática: ela precisa ser produzida em interação cotidiana com o território.

A terceira implicação refere-se à segurança alimentar. Os dados do Morro da Kibon mostram que a fome e a redução de despesas com alimentos foram componentes centrais da experiência pandêmica, particularmente entre mulheres e pessoas pretas e pardas. Isso exige ultrapassar a

visão de que alimentação é tema estritamente assistencial. Segurança alimentar é política de saúde, de renda e de justiça racial. Ações emergenciais de distribuição de cestas e transferências

monetárias são importantes, mas insuficientes quando não articuladas a políticas mais duradouras de renda, abastecimento, apoio a cozinhas solidárias, fortalecimento do comércio local e integração entre assistência social e vigilância em saúde.

Uma quarta implicação diz respeito ao abastecimento de água e ao saneamento. O estudo indica

que a impossibilidade de prevenção não decorreu apenas de convicções equivocadas, mas também da fragilidade das condições materiais de higiene. A presença mais intensa de soluções irregulares de abastecimento entre pretos e pardos reforça que a agenda do ODS 6, em favelas, precisa ser pensada como agenda de equidade socio sanitária. Sem regularidade de água e saneamento, qualquer política de prevenção fica estruturalmente incompleta. Em síntese:

Tabela 7. Recomendações operacionais derivadas dos achados

Eixo de ação	Problema evidenciado	Recomendação operacional
Proteção de renda	Baixíssima renda per capita e variação de isolamento por renda	Priorizar transferências e busca ativa de famílias em extrema pobreza em emergências socio sanitárias.
Atenção Primária/SUS	Desinformação e hesitação vacinal persistentes	Integrar vacinação, comunicação territorial e ações educativas contínuas com equipes de base local.
Segurança alimentar	Falta de alimentos, redução de despesas e dependência de doação	Articular assistência social, cozinhas solidárias, escolas e comércio local para resposta rápida.
Água e saneamento	Abastecimento precário e desigualdade racial no acesso à água	Criar protocolos emergenciais de garantia de água potável e monitoramento territorial do abastecimento.
Comunicação pública	Ecosistema híbrido de fake news com centralidade de TV e WhatsApp	Produzir campanhas multicanais e redes locais de checagem e resposta rápida a rumores.
Equidade racial e de gênero	Maior penalização de mulheres e população preta/parda	Definir critérios de priorização interseccional nas ações de saúde, renda e alimentação

Fonte: elaboração do autor

A quinta implicação se refere à desigualdade racial e de gênero como problemas centrais/organizadores, e não acessórios, da política pública. O fato de mulheres concentrarem mais medo vacinal e maior responsabilidade pela gestão da escassez alimentar, ao mesmo tempo em que pessoas pretas exibem níveis extremos de preconceito e maior penalização alimentar, recomenda estratégias interseccionais. Campanhas gerais tendem a subestimar mecanismos concretos de sobrecarga do cuidado, racismo institucional, insegurança econômica e assimetria no acesso a direitos. Em vez de políticas neutras/abstratas/generalistas que tratam igualmente os desiguais, o território estudado demanda ações focalizadas e específicas.

Nesse quadro, a Agenda 2030 pode funcionar como linguagem integradora de gestão. ODS 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11 e 16 não aparecem, aqui, como metas abstratas de organismos internacionais, mas problemas concretos locais: renda insuficiente, fome, dificuldade de prevenção, água precária, racismo, vulnerabilidade urbana, fake news e fragilidade institucional. O valor dos

ODS está justamente em evidenciar que a política de saúde deve ser articulada intersetorialmente e com perspectiva estrutural. Mesmo que isso pareça ser ainda distante ou até muito distante, é uma questão de sobrevivência das populações em favelas.

Do ponto de vista da gestão local, uma estratégia promissora é combinar ações universais e focalizadas. Universais, porque o território como um todo vive privação importante; focalizadas, porque alguns grupos são sistematicamente mais penalizados. Isso significa, por exemplo, reforçar a presença territorial do SUS e da assistência social para todos, mas também priorizar famílias em extrema pobreza, domicílios com maior adensamento, mulheres responsáveis pelo cuidado, pessoas pretas e pardas em insegurança alimentar e grupos etários com maior exposição à desinformação. O estudo sugere que políticas efetivas em favela precisam ser territorialmente universais e socialmente seletivas/particularizadas ao mesmo tempo.

Por fim, os resultados reforçam que o enfrentamento da desinformação deve ser concebido Como política pública permanente. Não basta reagir pontualmente quando uma crise sanitária já está instalada. É necessário construir infraestrutura pública de informação confiável, presença de profissionais de saúde em canais comunitários, produção de materiais em linguagem acessível, ações em escolas, espaços religiosos, equipamentos públicos e redes digitais locais, além de monitoramento de rumores.

Além das implicações de gestão, o estudo abre uma agenda relevante de pesquisa. A primeira frente é longitudinal: acompanhar se os efeitos da desinformação e da insegurança alimentar se

mantêm, se reduzem ou se se reconfiguram no pós-pandemia. A segunda é comparativa: confrontar resultados do Morro da Kibon com outras favelas do ABC Paulista, da Região Metropolitana de São Paulo e do Brasil⁶, de modo a distinguir especificidades locais e padrões mais amplos. A terceira é metodológica: articular o banco quantitativo a entrevistas e observação territorial, aprofundando sentidos subjetivos das respostas registradas nas frequências.

Outra agenda importante é a investigação do papel dos equipamentos públicos e comunitários na reconstrução pós-crise. Enfatizamos a relevância do SUS e dos auxílios governamentais⁷; futuros estudos podem detalhar como unidades básicas, assistência social, escolas, organizações religiosas, coletivos locais e redes solidárias operaram como amortecedores durante a pandemia e como precisariam atuar para dar conta dos impactos mais severos em situações emergenciais. Isso permitiria sair da identificação do dano para uma análise mais precisa dos mecanismos concretos de proteção territorial.

Há ainda uma frente decisiva sobre educação, cultura e letramento informacional. Os dados indicam a pertinência de explorar escolaridade, leitura, acesso a dispositivos eletrônicos/digitais

e dificuldades de aulas remotas, dimensões que não puderam ser desenvolvidas em profundidade neste artigo em função do recorte necessário de espaço. Trata-se, porém, de tema crucial: a circulação de fake news e a adesão desigual a medidas sanitárias não podem ser

⁶ No momento em que este artigo foi escrito, o Centro de Estudos de Saúde Coletiva (CESCO www.cesco.net.br), instituição a qual os presentes autores integram, bem como a Faculdade de Saúde Pública da USP e um grande grupo de demais pesquisadores de universidades públicas federais das cinco regiões do Brasil, realizam investigação científica sobre os impactos da Covid-19 em favelas de todo o país (www.covidnafavela.com.br).

⁷ Igualmente observamos que não houve menção de empresas privadas no cuidado ou auxílio ao Morro da Kibon.

compreendidas sem considerar as condições mais amplas de formação, conectividade e acesso a repertórios culturais.

Considerações finais

O estudo evidencia que a Covid-19, no Morro da Kibon, foi menos um episódio excepcional do que um revelador brutal de desigualdades históricas e dos atuais níveis de concentração de riqueza. A experiência local foi condicionada por baixíssima renda, adensamento habitacional, precariedade hídrica, insegurança alimentar, racismo estrutural e ampla circulação de desinformação, com penalização particularmente forte de mulheres, pessoas pretas e pardas e grupos de menor renda. A principal contribuição do artigo é mostrar, com base em dados primários, que os Determinantes Sociais da Saúde operaram de forma combinada. A dificuldade de distanciamento intradomiciliar, o medo da vacina, a crença em falsas notícias e a fome não são fenômenos independentes: são expressões articuladas de uma mesma ordem social desigual. Essa constatação reforça a inadequação de respostas estritamente biomédicas ou moralizantes para crises socio sanitárias em favelas.

À luz dos ODS 2030, o território estudado indica que saúde, pobreza, fome, água e desigualdade

precisam ser enfrentadas como agenda única. Em termos práticos, isso implica fortalecer o SUS, ampliar políticas de proteção social e renda, garantir abastecimento regular de água, investir em comunicação pública de base territorial e reconhecer que a produção de saúde depende de condições materiais de vida. Em síntese, enfrentar futuras emergências sanitárias em favelas exigirá menos abstração normativa e mais compromisso com justiça social territorialmente situada, especialmente por parte dos poderes públicos.

Referências

- AGÊNCIA BRASIL. WhatsApp é principal rede de disseminação de fake news sobre Covid-19. Agência Brasil, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/whatsapp-e-principalrede-de-disseminacao-de-fake-news-sobre-covid-19>
- AGÊNCIA BRASIL. Quase 70% dos moradores de favelas não têm dinheiro para comida, diz pesquisa. Agência Brasil, 8 mar. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2021-03/quase-70-dos-moradores-de-favela-s-nao-tem-dinheiro-para-comida>.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: Terminal RI - Sophia Biblioteca Web.
- BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Relatório final. Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2021/10/26/relatorio-final-dacpi-da-pandemia>.
- BROTHERHOOD, L.; CAVALCANTI, T.; DA MATA, D.; SANTOS, C. Slums and pandemics. *Journal of Development Economics*, v.157, 102882, 2022.
- SciELO - Saúde Pública - Nutricídio e racismo alimentar na crise neoliberal e socio sanitária da pandemia de covid-19 no Brasil Nutricídio e racismo alimentar na crise neoliberal e socio sanitária da pandemia de covid-19 no Brasil.
- COSTA, Humberto; RODRIGUES, Randolfe. A política contra o vírus: bastidores da CPI da Covid. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991. Disponível em: Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.

DOWBOR, Ladislau. Corporate interest versus human needs. Meer, 2026. Disponível em: <https://www.meer.com/en/104833-corporate-interest-versus-human-needs>

FURLAN, Leonardo et al. The regrettable story of the “Covid Jit” and the “Early Treatment of Covid-19” in Brazil. The Lancet Regional Health Americas, 2021. Disponível em: The regrettable story of the “Covid kit” and the “Early Treatment of Covid-19 in Brazil - The Lancet Regional Health Americas.

GALHARDI, Cláudia Pereira et al. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.27, n.5, 2022. Disponível em: Fake News e hesitação vacinal no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil - Artigos - Revista Ciência & Saúde Coletiva.

GUIMARÃES, Cátia; JUNIA, Raquel. Determinantes Sociais da Saúde: entrevista com Jaime Breilh. CEBES, 2011. Disponível em: <https://cebes.org.br/2011/07/determinantes-sociais-da-saude-entrevista-comjaime-breilh/>.

GUIMARÃES, Lígia. Coronavírus: 92% das mães nas favelas dizem que faltará comida após um mês de isolamento. BBC News Brasil, 2020. Disponível em: Coronavírus: 92% das mães nas favelas dizem que faltará comida após um mês de isolamento, aponta pesquisa - BBC News Brasil.

IBGE. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br>

IBGE. PNAD Contínua rendimento do trabalho. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pnad-continua.html>

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org.). Medicina social. São Paulo: Global, 1983.

MENEZES, Joana P. et al. Willingness to get the Covid-19 vaccine among residents of slum settlements in Salvador, Brazil. medRxiv, 2021. Disponível em: Willingness to Get the COVID-19 Vaccine among Residents of Slum Settlements - PubMed.

ONU. Desinformação sobre Covid-19: idosos são foco de atenção. ONU Brasil, 2021. Disponível em: Desinformação sobre COVID-19: idosos são foco de atenção | As Nações Unidas no Brasil.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, G.; LIMA, J. (org.). Estado, sociedade e formação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PASSARINHO, Nathalia. Covid: as lições da favela que reduziu mortes em 90%. BBC News Brasil, 2021. Disponível em: Covid: As lições da favela que reduziu mortes em 90% enquanto Rio vivia tragédia - BBC News Brasil.

PENNYCOOK, Gordon; RAND, David. The psychology of misinformation. Humanities and Social Sciences Communications, 2021. Disponível em: The Psychology of Fake News - ScienceDirect.

VENTURA, Deisy; REIS, Rosana. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19. Direitos na Pandemia, 2021. Disponível em: ReP USP - Detalhe do registro: A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19.

VIJAYKUMAR, Santosh et al. How shades of truth and age affect responses to Covid-19 misinformation. Humanities and Social Sciences Communications, 2021. Disponível em: How shades of truth and age affect responses to COVID-19 (Mis)information: randomized survey experiment among WhatsApp users in UK and Brazil | Humanities and Social Sciences Communications.

ZUCLOTO, Marcelo L.; MENEGHINI, Ana C.; MARTINEZ, Eliana Z. Risk perception and vaccine confidence in São Paulo State population. Health & Social Care in the Community, 2022. <https://doi.org/10.1111/hsc.13843>