

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPA  
DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO

LETÍCIA VERÍSSIMO DA SILVA

**PROPONDO UMA AGENDA DE PESQUISA:  
A SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE**

Apoio: CAPES

MARINGÁ  
2024

LETÍCIA VERÍSSIMO DA SILVA

**PROPONDO UMA AGENDA DE PESQUISA:  
A SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós –  
Graduação em Administração da Universidade  
Estadual de Maringá, como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutora em  
Administração – Área de concentração:  
Organizações e Mercado.

**Orientador: Prof. Dr. Maurício Reinert do  
Nascimento**

Apoio: CAPES

MARINGÁ  
2024

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

S586p	<p>Silva, Leticia Veríssimo da Propondo uma agenda de pesquisa : a sociologia econômica da saúde / Leticia Veríssimo da Silva. -- Maringá, PR, 2024. 122 f. : il. color., figs., tabs.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Maurício Reinert do Nascimento. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2024.</p> <p>1. Economia da saúde. 2. Desigualdade social. 3. Sociologia da saúde. 4. Covid-19. 5. Sociologia econômica da saúde. I. Nascimento, Maurício Reinert do, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Administração. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.</p> <p>CDD 23.ed. 330.981</p>
-------	---



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
Av. Colombo, 5790 - Zona 07 - 87020-900 - Maringá - PR  
Homepage: [www.ppa.uem.br](http://www.ppa.uem.br)  
Facebook: [https://www.facebook.com/pósgraduacaoadministracaouem/?modal=admin\\_todo\\_tour](https://www.facebook.com/pósgraduacaoadministracaouem/?modal=admin_todo_tour)  
LinkedIn: <https://www.linkedin.com/in/ppa-uem-b1291231/>  
Contatos: (44) 3011-5949 - E-mail: [sec-ppa@uem.br](mailto:sec-ppa@uem.br)

## ATA DE DEFESA PÚBLICA - DOUTORADO

Aos vinte e sete dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e quatro, às oito horas e trinta minutos, realizou-se, presencialmente e por videoconferência com os convidados externos, em conformidade com o Ato Executivo 004/2020-GRE e a Res. 003/2020-CEP, a apresentação do Trabalho de Conclusão, sob o título: **“Propondo uma agenda de pesquisa: a sociologia econômica da saúde”**, de autoria de **LETÍCIA VERÍSSIMO DA SILVA**, aluna(o) do Programa de Pós-Graduação em Administração – Área de Concentração: Organizações e Mercado. A Banca Examinadora esteve constituída pelos docentes: Dr. Maurício Reinert do Nascimento (presidente), Dr<sup>a</sup>. Thais Joi Martins (membro examinadora externa – UFRB), Dr. Raphael Jonathas da Costa Lima (membro examinador externo – UFF), Dr. Juliano Domingues da Silva (membro examinador do PPA), Dr. Vitor Koki da Costa Nogami (membro examinador do PPA). Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a banca examinadora faz constar a(o) candidata(o) a condição de APROVADA (Aprovado(a) / Aprovado(a) com correções / Reformulação do trabalho / Reprovado(a) pela Banca Examinadora. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada pelo coordenador e pelos membros da Banca Examinadora.

Esta ata não vale como certificado de conclusão do curso de pós-graduação em Administração. A obtenção da titulação de doutora em Administração está condicionada ao depósito da versão definitiva em PDF e não editável, com todas as correções feitas e atestadas pelo orientador, com a ficha catalográfica da BCE/UEM, no prazo máximo estabelecido no regimento do Programa, de acordo com a condição de aprovação.

EM TEMPO: Houve alteração no título da tese? Se sim, descrever aqui:

Maringá, 27 de fevereiro de 2024.

**Dr. Maurício Reinert do Nascimento**  
(Presidente)

**Dr. Raphael Jonathas da Costa Lima**  
(membro examinador externo – UFF)

**Dr. Vitor Koki da Costa Nogami**  
(membro examinador do PPA)

Documento assinado digitalmente  
gov.br  
THAIS JOI MARTINS  
Data: 28/02/2024 14:26:36-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

**Dr<sup>a</sup>. Thais Joi Martins**  
(membro examinadora externa – UFRB)

**Dr. Juliano Domingues da Silva**  
(membro examinador do PPA)

**Dr. José Paulo de Souza**  
(coordenador do PPA)

*A Deus pertence, a glória, a sabedoria, a gratidão, a honra, o poder e a força, pelos séculos dos séculos! Amém! (Apocalipse 7:12).*

## AGRADECIMENTOS

À Deus e seu filho Jesus, sou grata por tudo e pela oportunidade de ter chego até aqui. É Ele quem me dá inteligência, sabedoria e conhecimento para continuar a caminhada por meio de sua misericórdia e Graça.

*Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar (Josué 1:9).*

Ao meu marido, Fellipe, obrigado por todo amor, companheirismo, amizade, dedicação e conselhos nos últimos anos de angústias e ausências. Nossa parceria e cumplicidade têm sido maravilhosa ao longo desses mais de dez anos juntos. Te amo!

À minha família, principalmente aos meus pais, Waldir e Derci, serei eternamente grata por tudo o que fizeram e fazem por mim, mas sou grata principalmente, por suas orações.

Ao meu orientador, professor Dr. Maurício Reinert do Nascimento, agradeço pelos ensinamentos e aprendizados ao longo do doutorado. Obrigado pela paciência, autonomia e conselhos acadêmicos. Agradeço também ao professor Dr. Juliano Domingues da Silva que me auxiliou durante a etapa quantitativa e sanou todas as minhas dúvidas.

Agradeço também a participação e contribuições do professor Dr. Juliano na minha qualificação de doutorado juntamente com o professor Dr. Raphael Jonathas da Costa Lima. Ainda em tempo, agradeço aos professores Dr. Raphael Jonathas da Costa Lima, Dr<sup>a</sup>. Thais Joi Martins, Dr. Vitor Koki da Costa Nogami e Dr. Juliano Domingues da Silva por aceitarem participar da banca de defesa e forneceram contribuições valiosas.

A todos os docentes, ao Bruhmer e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Estadual de Maringá, em especial a minha turma do doutorado: Edí Carlos de Oliveira, Fernanda Ferro Malacoski, Luana Furtado Vilas Boas, Rejane Heloise dos Santos e Thaís Ribeiro Gomes. Sem dúvida esse caminho foi mais alegre com a companhia de vocês. Estendo meu agradecimento a todos os professores e professoras que, ao longo da minha trajetória de formação, foram de fundamental importância por me incentivarem a buscar novos conhecimentos e aprendizados.

À Capes, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão de bolsa de estudos.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para meu crescimento humano e intelectual.

Muito obrigado!

## RESUMO

O acesso aos cuidados de saúde é essencial para todos, mas muitos enfrentam desafios em obter essa assistência devido aos aspectos que os permeiam como os fatores econômicos e sociais. Enquanto fatores econômicos, como os custos associados aos cuidados de saúde, são amplamente abordados na Economia da Saúde, questões sociais, incluindo desigualdades e políticas de saúde, são frequentemente analisadas pela Sociologia da Saúde. No entanto, muitas vezes, essas discussões ocorrem de forma isolada, negligenciando importantes considerações morais que também influenciam a prestação de cuidados de saúde. Desse modo, considerando lacunas teóricas e empíricas, nosso objetivo principal nesta tese foi analisar como fatores sociais e econômicos influenciam a saúde. A partir de objetivos específicos, elaboramos três artigos científicos. No primeiro trabalho, apresentamos um ensaio teórico em que propomos uma agenda de pesquisa para o campo da Sociologia Econômica da Saúde que consiga abraçar os debates de ambas as perspectivas. Nessa agenda de pesquisa as principais discussões estão relacionadas ao direito à saúde e os seus limites econômicos, ao financiamento da saúde apresentando uma argumentação entre o mercado e Estado, e as desigualdades em saúde e a distribuição de renda. No segundo artigo, compreendemos se a desigualdade social influenciou a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19. Para isso, foi realizado um levantamento com 970 estudantes universitários das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) durante a segunda onda da pandemia no país (abril e maio de 2021). Este artigo contribuiu para expandir o campo de conhecimento da Sociologia Econômica para a área da saúde, afim de proporcionar uma pesquisa que contribua para a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde e na elaboração de políticas públicas que auxiliem estudantes universitários mais vulneráveis durante períodos de crise. Por sua vez, no terceiro artigo, buscamos verificar se a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná. Para isso, utilizamos dados secundários para mensurar a desigualdade social, sendo eles: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), o Índice de Gini, o PIB *per capita*, dados da concessão de auxílio emergencial referentes as cidades pesquisadas do Paraná e por fim, os números de beneficiários de plano de saúde das cidades. Dessa forma, o artigo também contribuiu para expandir o campo de conhecimento da Sociologia Econômica para a área da saúde, afim de proporcionar uma pesquisa que contribua para a nova agenda.

**Palavras-chave:** Economia da Saúde. Sociologia da Saúde. Sociologia Econômica da Saúde. Desigualdade Social. Pandemia. Covid-19.

## ABSTRACT

Access to healthcare is essential for everyone, but many face challenges in obtaining this assistance due to aspects that permeate them, such as economic and social factors. While economic factors, such as the costs associated with healthcare, are widely addressed in Health Economics, social issues, including inequalities and health policies, are often analyzed in Health Sociology. However, these discussions often occur in a isolated, neglecting important moral considerations that also influence the provision of health care. Therefore, considering theoretical and empirical gaps, our main objective in this thesis was to analyze how social and economic factors influence health. Based on specific objectives, we prepared three scientific articles. In the first work, we present a theoretical essay in which we propose a research agenda for the field of Health Economic Sociology that can embrace debates from both perspectives. In this research agenda, the main discussions are related to the right to health and its economic limits, health financing presenting an argument between the market and the State, and health inequalities and income distribution. In the second article, we understand whether social inequality influenced the mental health of university students during the Covid-19 pandemic. To this end, a survey was carried out with 970 university students from the five regions of Brazil (North, Northeast, South, Southeast and Central-West) during the second wave of the pandemic in the country (April and May 2021). This article contributed to expanding the field of knowledge of Economic Sociology to the health area, in order to provide research that contributes to the research agenda of Health Economic Sociology and in the development of public policies that help more vulnerable university students during periods of crisis. In turn, in the third article, we sought to verify whether inequality and social vulnerability influenced the number of people infected and deaths from Covid-19 in cities in the state of Paraná. To do this, we use secondary data to measure inequality and social vulnerability, namely: the Municipal Human Development Index (IDHM), the Gini Index, GDP per capita, data on the granting of emergency aid referring to the cities surveyed in Paraná and finally, the numbers of health plan beneficiaries in the cities. In this way, the article also contributed to expanding the field of knowledge of Economic Sociology to the health area, in order to provide research that contributes to the new agenda.

**Keywords:** Health Economics. Health Sociology. Health Economic Sociology. Social Inequality. Pandemic. Covid-19.



## LISTA DE FIGURAS

### **Artigo II – Desigualdade social influenciando a saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19**

- Figura 1: Esquema das hipóteses 1(a), (b) e (c), e 2(a), (b) e (c).....54
- Figura 2: Gráficos de média de senso de perigo, sintomas de angústia e bem-estar por renda.....66
- Figura 3: Gráficos de média de senso de perigo, sintomas de angústia e bem-estar por plano de saúde.....67

### **Artigo III – Desigualdade social e sua relação com o número de casos confirmados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná**

- Figura 1: Esquema das hipóteses 1(a), (b), (c), (d) e (e) 2(a), (b), (c), (d) e (e).....91
- Figura 2: Casos confirmados de Covid-19 em cidades grandes do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021.....95
- Figura 3: Casos confirmados de Covid-19 em cidades médias do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021.....95
- Figura 4: Casos confirmados de Covid-19 em cidades pequenas do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021.....96
- Figura 5: Óbitos de Covid-19 em cidades grandes do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021.....96
- Figura 6: Óbitos de Covid-19 em cidades médias do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021.....97
- Figura 7: Óbitos de Covid-19 em cidades pequenas do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021.....97

## LISTA DE TABELAS

### **Artigo II – Desigualdade social influenciando a saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19**

Tabela 1: Estatísticas descritivas.....	56
Tabela 2: Correlações de Pearson entre as variáveis do estudo.....	61
Tabela 3: Resultados da MANCOVA para o critério de <i>Pillai's Trace</i> .....	63
Tabela 4: Resultados dos testes univariados.....	64
Tabela 5: Diferença de média da instituição AA11 e a média nacional para a variável categórica “renda”.....	76
Tabela 6: Diferença de média da instituição AA11 e a média nacional para a variável categórica “não possui plano de saúde”.....	76
Tabela 7: Número de respondentes por idade.....	77
Tabela 8: Tipos de instituições de ensino superior.....	77
Tabela 9: Número de respondentes por tipos de instituição de ensino superior.....	77
Tabela 10: Quantidade de instituições de ensino superior por estado.....	78
Tabela 11: Quantidade de instituições de ensino superior por região.....	78
Tabela 12: Quantidade de respondentes por região.....	79
Tabela 13: Respondente por instituição de ensino superior.....	79

### **Artigo III – Desigualdade social e sua relação com o número de casos confirmados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná**

Tabela 1: Parâmetros descritivos das variáveis do estudo.....	94
Tabela 2: Correlação de Pearson entre as variáveis do estudo.....	99
Tabela 3: Análise de regressão para dados em painel dos casos confirmados e óbitos por Covid-19.....	101
Tabela 4: Modelo 2 considerando as variáveis independentes: “Índice de Desenvolvimento Humano”, “Índice de Gini”, “Pib per capita” e “Beneficiários de plano de saúde”.....	115
Tabela 5: Modelo 3 apresentam a regressão de dados em painel com as interações das variáveis de controle com as variáveis independentes.....	116

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

### **Artigo I – Propondo uma agenda de pesquisa: A Sociologia Econômica da Saúde**

PIB – Produto Interno Bruto  
OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
IRPF – Imposto de Renda Pessoa Física  
IRPJ – Imposto de Renda Pessoa Jurídica  
PNUD – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
DST – Doenças Sexualmente Transmissível

### **Artigo II – Desigualdade social influenciando a saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19**

OMS – Organização Mundial da Saúde  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
SUS – Sistema Único de Saúde  
CONEP- Conselho Nacional de Ética em Pesquisa  
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
MANCOVA – Análise Multivariada de Covariância  
M – Média  
DP – Desvio Padrão  
IES – Instituição de Ensino Superior

### **Artigo III – Desigualdade social e sua relação com o número de casos confirmados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná**

OMS – Organização Mundial da Saúde  
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
PIB – Produto Interno Bruto  
SESA – Secretaria de Saúde do Paraná  
SUS – Sistema Único de Saúde  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social  
ANSS – Agencia Nacional de Saúde Suplementar

## SUMÁRIO

<b>PRIMEIRA PARTE</b> .....	<b>15</b>
<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	<b>16</b>
1.1 OBJETIVOS.....	17
1.2 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA .....	18
1.3 ORGANIZAÇÃO DA TESE .....	20
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>21</b>
<b>SEGUNDA PARTE</b> .....	<b>23</b>
<b>ARTIGO I – PROPONDO UMA AGENDA DE PESQUISA: A SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE</b> .....	<b>24</b>
<b>1 PORQUE SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE?</b> .....	<b>24</b>
1.1 ECONOMIA DA SAÚDE: PRINCIPAIS DEBATES.....	28
1.2 SOCIOLOGIA DA SAÚDE: PRINCIPAIS DEBATES.....	29
<b>2 AGENDA DE PESQUISA: A SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE</b> .....	<b>31</b>
2.1 DIREITO À SAÚDE E OS LIMITES ECONÔMICOS .....	31
2.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE: MERCADO E ESTADO .....	34
2.3 DESIGUALDADES EM SAÚDE E A DISTRIBUIÇÃO DE RENDA.....	38
<b>3 CONCLUSÃO</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>42</b>
<b>ARTIGO II – DESIGUALDADE SOCIAL INFLUENCIANDO A SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19</b> .....	<b>47</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>48</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>50</b>
2.1 SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE .....	50
2.2 DESIGUALDADE SOCIAL INFLUENCIANDO A SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 .....	51
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>54</b>

3.1 AMOSTRA.....	55
3.2 PROCEDIMENTO E MEDIÇÃO.....	57
3.3 ESTRATÉGIA ANALÍTICA.....	59
<b>3.3.1 Validação do modelo de medição: verificando pressupostos e confiabilidade.....</b>	<b>59</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>62</b>
4.1 TESTANDO HIPÓTESES.....	62
4.2 EFEITOS DE RENDA E NÃO POSSUIR PLANO DE SAÚDE SOBRE OS CONSTRUTOS “SENSO DE PERIGO”, “SINTOMAS DE ANGÚSTIA” E “BEM- ESTAR”.....	65
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>70</b>
6.1 LIMITAÇÃO E ORIENTAÇÃO PARA PESQUISAS FUTURAS.....	71
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>72</b>
<b>ARTIGO III – DESIGUALDADE SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM O NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS POR COVID-19 NAS CIDADES DO ESTADO DO PARANÁ.....</b>	<b>81</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>85</b>
2.1 SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE.....	85
2.2 DESIGUALDADE SOCIAL RELACIONADA AO NÚMERO DE CONTAMINADOS E ÓBITOS POR COVID-19 NO PARANÁ.....	87
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>92</b>
3.1 PROCEDIMENTO E MEDIÇÃO.....	92
3.2 ESTRATÉGIA ANALÍTICA.....	94
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>100</b>
4.1 TESTANDO HIPÓTESES.....	100
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>104</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>106</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>115</b>
<b>TERCEIRA PARTE .....</b>	<b>119</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>120</b>

**PRIMEIRA PARTE**

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os cuidados de saúde são essenciais, podendo ser considerado como um dos pilares para o bem-estar das pessoas. Sua implantação de maneira universal, constitui um dos fundamentos para redução de outros problemas, incluindo os relativos à igualdade de gênero, trabalho e crescimento econômico, principalmente no tocante a diminuição das diversas desigualdades, incluindo as sociais. Ao aprofundar os fatores que estão ligados as questões dos cuidados de saúde é possível notar que eles também podem ser compreendidos numa perspectiva abrangente.

Alguns desses fatores estão ligados às características sociais e econômicas, e podem constituir uma forte explicação, embora não exclusiva, para as discussões no campo dos cuidados de saúde (Chor & Lima, 2005). Dentre eles podemos destacar os fatores sociais, tais como: a educação, indicando que maiores níveis de instrução permitem o acesso a empregos com salários mais altos, condições de habitação superiores, e como consequência, melhor acesso aos cuidados de saúde; a pobreza, que segundo Alves e Rodrigues (2010), pode ser considerada como a privação de bens e serviços, dentre eles o acesso aos cuidados de saúde; o gênero no qual as mulheres tendem a necessitar de maiores cuidados de saúde anuais, comparados aos homens; a cultura onde as pessoas podem ser fortemente influenciadas por informações da mídia, propagandas, e pressão por pares (Geib, 2012); e a genética pois os próprios fatores genéticos que estão ligados a família e as doenças hereditárias, podem influenciar nos cuidados de saúde.

Ademais, relacionado com os fatores econômicos dos cuidados de saúde estão: o emprego, no qual a estabilidade e satisfação no trabalho está ligado à melhores níveis de saúde e bem-estar, enquanto o desemprego, está associado a maiores níveis de doença e mortalidade. Além disso, a falta de emprego pode levar a carência de bens essenciais como a alimentação prejudicando a saúde da pessoa; a habitação que proporciona abrigo e segurança, pois pessoas sem-abrigo ou abrigos precários também ficam expostas a um maior risco de doenças e mortalidade; e a urbanização pois as dificuldades no acesso aos bens essenciais, associado aos estilos de vidas menos saudáveis, ambiente poluído, transportes sobrelotados, maior nível de violência que cidades maiores trazem, bem como a falta de transportes, e falta de comunicação das cidades menores são favoráveis a um maior risco à saúde (Alves & Rodrigues, 2010).

Dessa forma, tanto fatores sociais como econômicos são fundamentais para o debate sobre os cuidados de saúde. Além disso, esses fatores estão conectados (Zelizer, 2011) e não podem ser compreendidos de maneira separada. Quando apresentamos discussões no campo do



direito à saúde, por exemplo, é difícil não apresentar debates sobre os limites econômicos impostos para que de fato esse direito possa ser executado. Ao apresentar o debate proposto pelo financiamento dos cuidados de saúde, seja no Brasil, ou em outros países, discussões entre o mercado e o Estado estão presentes, além disso, a própria questão das desigualdades em saúde não pode ser realizada sem os debates sobre a distribuição de renda. Logo, é possível compreender como os fatores sociais e econômicos estão conectados no campo dos cuidados de saúde.

Para discutirmos essas questões propomos a introdução da Sociologia Econômica. Essa perspectiva investiga os fatores econômicos na sociedade compreendendo como esses fenômenos a influenciam, e também como a sociedade influencia os fatores econômicos (Swedberg, 2004). Entendendo ambos como imbricados (*embeddedness*), conectados, onde não se consegue compreender um sem tratar a perspectiva do outro. Por essa razão a Sociologia Econômica pode ser uma importante contribuição no campo da saúde. Como discutido, os cuidados de saúde apresentam aspectos relevantes no campo social e econômico podendo contribuir para o crescimento dessa perspectiva e também para o campo dos cuidados de saúde.

Dessa forma, a próxima seção irá apresentar os objetivos dessa pesquisa.

## 1.1 OBJETIVOS

Através do que foi descrito até o momento, esta tese apresenta o seguinte objetivo geral: **Analisar como fatores sociais e econômicos influenciam a saúde.** De forma mais específica, pretendemos:

- a) Propor uma agenda de pesquisa para o campo da Sociologia Econômica da Saúde.
- b) Compreender se a desigualdade social influenciou a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.
- c) Verificar se a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná.

Diante desses objetivos, seguem as justificativas desta pesquisa.

## 1.2 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

Com o objetivo de analisar como fatores sociais e econômicos influenciam a saúde foi discutido o novo campo da Sociologia Econômica da Saúde e a proposta de uma agenda de pesquisa para essa área. Dessa forma, essa pesquisa contribui a fim de oferecer um ramo específico para as discussões de saúde que abrangem os fatores sociais e econômicos permeados ainda pelos fatores morais. A criação do novo campo e a proposta da agenda de pesquisa teceu uma conexão entre diferentes temas e áreas que a princípio estavam apartadas na literatura. Através da lente da Sociologia Econômica da Saúde a discussão desses fatores em um único campo avança com os debates no campo científico, principalmente no campo que vem se consolidando a alguns anos como é a perspectiva da Sociologia Econômica. Além disso, o entendimento de como a saúde é impactada para além de uma visão econômica, incluindo uma visão que integre os fatores econômicos, e sociais têm um resultado e impacto relevante nas políticas públicas.

Ademais, realizou-se duas pesquisas no campo da saúde relacionadas com a pandemia da Covid-19 vivida pela humanidade desde março de 2020. Ambas as pesquisas contribuem para analisar como os fatores sociais e econômicos influenciam a saúde e representam discussões para enriquecer o campo da Sociologia Econômica da Saúde, além disso, também contribuem na elaboração de políticas públicas que auxiliem na diminuição dos prejuízos causados pela pandemia do coronavírus.

Na primeira pesquisa compreendemos que a desigualdade social influenciou a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19. Os resultados revelaram que variáveis “renda” e “não possuir plano de saúde” influenciaram os construtos de “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”. Em relação à renda, observamos que menores níveis de renda estão associados a um maior “senso de perigo”, enquanto o aumento da renda está relacionado a uma diminuição desse sentimento. Indivíduos com renda muito abaixo da média apresentaram maiores “sintomas de angústia”, e conforme a renda aumentou, esses sintomas diminuíram. Similarmente, aqueles com renda muito abaixo da média experimentaram menor “bem-estar”, e à medida que a renda aumentou, maior era essa sensação. Quanto a “não possuir plano de saúde”, constatamos que os indivíduos sem plano de saúde apresentaram maior “senso de perigo”, maiores “sintomas de angústia” e menor sensação de “bem-estar” em comparação aos que possuíam plano de saúde.

Dessa maneira esta pesquisa consegue apoiar na elaboração de políticas públicas que auxiliem na saúde mental de estudantes universitários que estão mais vulneráveis devido as desigualdades sociais durante períodos de crise, como a pandemia da Covid-19.

Além disso, descobrimos que variáveis como resiliência individual, religiosidade, gênero, idade, perspectiva política e isolamento estão relacionadas à saúde mental, atenuando ou amplificando os efeitos nas áreas mencionadas. Dificuldades financeiras e o fato de estar trabalhando também emergiram como fatores impactantes, destacando a importância dos aspectos econômicos durante uma pandemia. Os resultados também apontaram que aqueles com acesso ao sistema privado acabam apresentando um melhor estado de saúde mental. Novamente os mais vulneráveis economicamente acabam sofrendo mais as consequências da pandemia.

Dessa forma, essa pesquisa também auxilia para que os gestores de instituições de ensino superior forneçam maior apoio na preservação da saúde mental de estudantes universitários em situação de maior desigualdade social, além de contribuir para aprimorar a educação superior.

A última pesquisa, voltada para municípios no estado do Paraná, que verificou se a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná, concluiu que as variáveis utilizadas para mensurar desigualdade social como IDHM, Índice de Gini, PIB *per capita*, número de concessões de auxílio emergencial e número de beneficiários de plano de saúde, não tiveram relação com o número de casos confirmados e óbitos nas cidades do estado do Paraná investigadas nessa pesquisa.

A pesquisa também apontou que para a primeira dose da vacina, houve significância em relação ao número de casos confirmados e óbitos, indicando que um maior número de vacinados estava associado a mais casos e óbitos. Já em relação à segunda dose, os resultados sugeriram significância, apontando que cidades com menor número de vacinados apresentaram maior número de casos confirmados e óbitos. O que contribui para ressaltar a eficácia da vacina após a segunda dose, compreendendo o impacto e a importância da vacinação em contextos epidêmicos específicos.

O tamanho da população atual das cidades pesquisadas indicou que municípios com menor população tinham um maior número de casos confirmados, embora não tenha havido significância para o número de óbitos. Além disso, a variável medidas de fechamento também foi significativa para o número de casos confirmados e óbitos. O modelo indicou que cidades com medidas de fechamento menos restritivas registraram mais casos confirmados e óbitos.

Isso contribui para enfatizar a importância do isolamento social na contenção da propagação do vírus, auxiliando na formulação de estratégias eficazes em contextos epidemiológicos.

Os números de equipes de saúde também foram relevantes, indicando uma relação positiva. Cidades com maior número de equipes de saúde apresentaram mais casos confirmados e óbitos, sugerindo que um aumento nos casos e óbitos estava associado a um aumento no número de equipes de saúde. No entanto, a variável estabelecimentos de atenção não foi significativa no modelo.

Portanto, os achados da pesquisa contribuem para a elaboração de políticas públicas municipais mais eficazes durante períodos de crise. Logo, tomadores de decisão e formuladores de políticas públicas devem estar atentos e levar essas informações em consideração no desenvolvimento de políticas específicas para as cidades que participaram desse estudo.

### 1.3 ORGANIZAÇÃO DA TESE

Para alcançar o objetivo geral dessa tese, esta pesquisa foi dividida em três artigos científicos. Nesses trabalhos foram apresentados como base o quadro teórico envolvendo a Sociologia Econômica que nos apoiou como corrente teórica. Também foi investigado e explorado as características do campo dos cuidados de saúde, a fim de desenvolver uma discussão da Sociologia Econômica da Saúde. Ao final, foram realizados dois estudos de acordo com a nova agenda de pesquisa proposta por esta tese.

O primeiro artigo foi denominado “Propondo uma agenda de pesquisa: Sociologia Econômica da Saúde”. Este trabalho partiu de pesquisas que desenvolvem o tema da Sociologia da Saúde e a Economia da Saúde. Nessa direção, foram discutidas diversas contribuições de abordagens para a Sociologia Econômica e como ela pode contribuir para a saúde. Além disso, foi elaborado uma proposta de agenda de pesquisa que considera esses dois últimos campos. Nesta proposta foram abordados temas como: Direito à saúde e os limites econômicos, o financiamento da saúde: mercado e Estado e as desigualdades sociais em saúde e a distribuição de renda. A partir dessas discussões construímos a agenda de pesquisa.

Em seguida, no segundo artigo, denominado “Desigualdade social influenciando a saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19”, foi procedida como um estudo quantitativo. Utilizamos dados primários que foram coletados durante os meses de maio e abril de 2021 com estudantes universitários das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) a fim de compreender se a desigualdade social influenciou a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19. Os

resultados da pesquisa corroboraram essa hipótese. Utilizamos desse debate para enriquecer as discussões propostas na agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde.

Por fim, o último artigo denominado “Desigualdade social e sua relação com o número de casos confirmados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná”, também foi procedida como um estudo quantitativo. Utilizamos dados secundários a fim de verificar se a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná. Os resultados da pesquisa não corroboraram essa hipótese. No entanto, utilizamos desse debate para enriquecer as discussões propostas na agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde.

## REFERÊNCIAS

Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.

Chor, D., & Lima, C. R. D. A. (2005). Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1586-1594.

Cruz, A. I. B., & Manso, S. S. A. M. L. (2004). Saúde e economia da saúde. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal: Autor. 3 (3), 101-110. Recuperado de [http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/218/1/Gestin\\_artigo.pdf](http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/218/1/Gestin_artigo.pdf). Acesso em 24 set 2021.

Del Nero C.R. (1995). O que é economia da saúde, pp. 5-21. In SF Piola & SM Vianna (orgs.). *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Ipea, Brasília.

Emanuel, E. (2020). *Which Country has the world's best health care?* New York – EUA: Public Affairs.

Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 123-133.

Goes, E. F., Ramos, D. O., Ferreira, A. J. F. (2020). Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho educação e saúde*, 18 (3), p. 1-7.

Nunes, E.D (2014). A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre sua trajetória. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19 (04):1007-1018

Reinert, M. Melhores do mundo em assistência à saúde: Aprendendo com boas práticas. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, [S. l.], v. 62, n. 1, p. 1–3, 2021. DOI: 10.1590/S0034-759020220108.

Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/85091>. Acesso em: 10 jun. 2022.

Swedberg, R. (2004). Sociologia econômica: hoje e amanhã. *Tempo Social*, 16(2), 7-34.

Tavares, D. (2016). Introdução à Sociologia da Saúde. Editora: Almedina.

Zelizer, V. A. *Economic lives: How Culture Shapes the Economy*. Princeton University Press, 2011.

**SEGUNDA PARTE**

## **ARTIGO I – PROPONDO UMA AGENDA DE PESQUISA: A SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE**

**RESUMO:** Os cuidados de saúde são essenciais a todos. No entanto, o acesso a esses cuidados nem sempre é possível, pois existem diversos fatores que permeiam esses serviços. Os principais deles são de ordem econômica e social. Fatores econômicos podem ser compreendidos como os custos em saúde, tendo a perspectiva de que os recursos são limitados. Esses fatores são normalmente discutidos pela Economia da Saúde, enquanto os fatores sociais são ligados aos debates das desigualdades sociais e políticas na área da saúde e são discutidos em grande parte pela Sociologia da Saúde. No entanto, nas discussões sobre temas relacionados aos cuidados de saúde, ambas as perspectivas são compreendidas de maneira separada, deixando ainda, fatores morais de fora de debates importantes. Dessa forma, pretende-se apresentar uma agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde que consiga abraçar os debates de ambas as perspectivas. Nessa agenda de pesquisa as principais discussões estão relacionadas ao direito à saúde e os seus limites econômicos, ao financiamento da saúde apresentando uma argumentação entre o mercado e Estado, e as desigualdades em saúde e a distribuição de renda.

### **1 PORQUE SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE?**

Desde a década de 1870 a teoria econômica convencional ou *mainstream* vêm sendo consolidada como teoria dominante. Suas ideias são mantidas e ensinadas nas mais aclamadas universidades e faculdades, publicadas em revistas de maior prestígio, recebem fundos de fundações de pesquisa mais importantes e ganham mais prêmios (Dequech, 2008). Seus principais conceitos são fundamentados no mercado de concorrência perfeita, sendo que para ser caracterizado como esse tipo de mercado, é necessário atender a alguns critérios. Os principais podem ser resumidos como: mercados com diversas empresas com produtos idênticos; com vários compradores com disposição para comprar o produto; mercados que tanto vendedores quanto compradores possuem todas as informações relevantes para a tomada de decisão racional sobre o produto que está sendo comprado e vendido; além disso, as empresas podem entrar e sair sem nenhuma restrição (Nunes et al, 2018).

Gacia-Parpet (2003) também argumenta sobre a concorrência perfeita, através do mercado de morangos de Sologne. Para a autora, esse mercado deveria se aproximar do ideal de mercado da teoria econômica convencional. Basicamente para que ocorra seu



funcionamento, deve existir um equilíbrio entre oferta e demanda, pois ambos estão atrás de seus próprios interesses, resultado da “mão invisível” de Adam Smith (1976). Obviamente o mercado de concorrência perfeita é um ideal, como apontado pela autora, mesmo o mercado de morangos de Sologne, não consegue corresponder a esse ideal, pois existem diversos fatores, com ênfase nos sociais, que interferem nessa relação. Contudo, alguns mercados podem se aproximar mais, outros menos dessa ideologia.

O mercado dos cuidados de saúde, segundo a teoria econômica convencional, são um tipo de mercado que não satisfaz nenhum dos critérios de concorrência perfeita (Arrow, 1963; Donaldson & Gerard, 1993). Isso o caracteriza como diferente de qualquer outro tipo de produto ou serviço. Consegue-se destacar pelo menos quatro características que fazem dos cuidados de saúde serem distintos utilizando o próprio argumento da teoria *mainstream*: (1) a natureza de demanda irregular, ou seja, ela não é constante durante toda a vida da pessoa, (2) o comportamento de médicos é diferente de empresários, pois enquanto o segundo tem preocupações de interesse próprio, os médicos se preocupam com o bem-estar do paciente, (3) as barreiras de entrada devido às dificuldades de ingressar na profissão, incluindo a obtenção da licença médica, e (4) os preços que não são fixos, havendo uma distinção até mesmo com base nos tratamentos (Arrow, 1963; Castro, 2002).

Todas essas características relacionadas a incerteza e assimetria de informação, fazem com que os cuidados de saúde sejam considerados únicos e não satisfaçam os critérios de mercado para a perfeita competição da economia convencional (Castro, 2002). Apesar de promover alguns debates a respeito dos cuidados de saúde, a Econômica da Saúde, responsável por promover as argumentações econômicas nessa área, não consegue satisfazer completamente as discussões em relação a esses cuidados, pois muitos deles promovem os fatores sociais e também morais que a disciplina não abrange.

Quando tratamos dos fatores morais, ele se aproxima do pensamento Hegeliano, pois leva em conta as consequências, suas circunstâncias, seus desdobramentos e os efeitos de cada ato. Definimos a moral como “um conjunto de convenções sociais sobre o melhor modo de agir ou de pautar o comportamento humano sendo, portanto, algo relativo e dependente das regras e representações de uma dada sociedade” (Barbosa & Souza, 2008, p. 238). A moral está ligada a valores morais de uma sociedade, costume do grupo e do próprio indivíduo (Figueiredo; Guilhem, 2008). Esses valores estão intrinsecamente ligados a moral e podem ser definidos como conceitos, julgamentos e ações que são considerados “certo” ou “errado”, para uma pessoa. As regras morais permitem realizar uma adequação entre os interesses individuais e coletivos divulgando um princípio de justiça que orienta e influencia a vida (Raud-Mattedi,

2005). Já o imoral pode ser definido como um tipo de comportamento que vai contra os princípios que foram estabelecidos pela moral (Motta, 1984).

Com relação a perspectiva do social dos cuidados de saúde, discorre a Sociologia da Saúde. Ela é responsável por investigar fenômenos relacionados aos cuidados de saúde dando destaque para discussões com relação as desigualdades sociais e políticas nessa área. Para Annandale (1998) um dos temas da Sociologia da Saúde é compreender a desigualdade em um clima intelectual e político que enfatiza a morte da classe social, deslocando as fronteiras de gênero e raça.

Diversos exemplos podem ser descritos envolvendo os fatores sociais e econômicos dos cuidados de saúde ressaltando sua configuração indissociável. O primeiro é que algumas pessoas não possuem renda para ter acesso aos cuidados de saúde, o que poderia ser compreendido como uma situação no mínimo injusta, por se tratar de saúde, um dos direitos fundamentais de qualquer cidadão, e que causa frustração excluir esse acesso a uma parcela da população simplesmente porque não dispõem de recursos financeiros (Castro, 2002).

Um segundo exemplo é a distribuição desigual de informação. A economia apresenta como falha de mercado na área de saúde a assimetria de informação na relação médico-paciente, ou seja, onde se relata um maior conhecimento técnico por parte do médico, sobre as consequências e os possíveis tratamentos (Silva, 2003). No entanto, também existe uma distribuição desigual de informação de ordem social. Pessoas com menos recursos financeiros, possuem menor acesso às informações relativas à saúde, que podem ser limitadas a diversos fatores, tal como a baixa escolaridade. Enquanto pessoas com nível de escolaridade mais elevada, e que possuem maior acesso às informações sobre saúde, acabam por obter mais oportunidades de atenção e cuidados de saúde, comparados com aqueles que possuem menor acesso à informação (Rabello, 2010).

Um terceiro exemplo é que segundo os economistas, o que deve ocorrer é a regulação dos serviços de saúde pelo Estado, através de agências de coordenação dos mercados e a regulamentação por meio de leis de defesa do consumidor e de defesa da concorrência (Nunes et al, 2018). Como nos cuidados de saúde nenhuma das condições de perfeita competição está presente, isso justificaria a forte presença do Estado nesse setor. Contudo, não é o que ocorre em diversos países, incluindo o Brasil, pois se percebe uma forte presença do setor privado através de planos privados de saúde. O que implica na exclusão de uma parcela da população que não possui recursos financeiros suficientes para ter acesso aos cuidados de saúde.

No entanto, essas questões precisam ser melhor discutidas de uma maneira extensiva, visto que a Sociologia da Saúde está focada somente nas discussões de ordem social, enquanto

a Economia da Saúde aborda apenas as questões econômicas da saúde e nenhuma das duas abordam os fatores morais que permeiam as discussões envolvendo esses cuidados. Para isso, é necessária uma lente mais holística que consiga incorporar tanto questões racionais de ordem econômica, como comportamentos de classes e de grupos. Um dos campos que estão explorando esses aspectos desde 1980, é a Sociologia Econômica que inclui o estudo de instituições e mercados.

A Sociologia Econômica vem a ser uma das áreas que propõe soluções para fatores sociais que a Teoria Econômica não consegue resolver sozinha (Dequech, 2011). A perspectiva da Sociologia Econômica segundo Granovetter, “é mostrar que as teses neoclássicas seriam reforçadas, mesmo em seu domínio mais central, se lhes fosse acrescentada uma perspectiva sociológica” (Granovetter, 2001, p. 207). Fligstein acrescenta ainda que grande parte dos estudos da Sociologia Econômica “enfoca o seu objeto empírico e a literatura na qual ele está inserido” (Fligstein, 1996, p. 8). Essa perspectiva tem pelo menos três fundamentos principais: (1) toda ação econômica é uma ação social, (2) a ação econômica é socialmente situada, e (3) as instituições econômicas (que fazem parte do mercado) são construções sociais (Lévesque et al, 2001). Esses três pressupostos confirmam a importância do aspecto sociológico, e também apresentam a perspectiva que complementa a teoria econômica convencional.

Uma das áreas de estudo da Sociologia Econômica está relacionada a concepções normativas morais e político-ideológicas, como debates com relação a que tipos de bens e serviços devem ou não ser promovidos pelo Estado (Dequech, 2011). Um desses bens e serviços é justamente os cuidados de saúde, que por possuir diversos fatores sociais, imersos na economia, pode ser estudado pela Sociologia Econômica. Na área da saúde, em que há muito envolvimento público, a Sociologia Econômica pode dar início para a discussão nesse campo (Hammer, 2007). Portanto, desenvolver um estudo no campo dos cuidados de saúde unindo debates econômicos e sociais que não devem ser entendidos e compreendidos de maneira separada é essencial.

Para Hammer (2007) que iniciou um debate entre a saúde e a arquitetura de mercados de Fligstein (2002) através de um debate antitruste, um modelo é útil se fornece uma estrutura favorável para pensar sobre problemas que levam a novos entendimentos e novas linhas de investigação. Logo, o objetivo desse ensaio teórico é propor uma agenda de pesquisa para o campo da Sociologia Econômica da Saúde, pois os cuidados de saúde englobam fatores sociais, culturais, ambientais, psicológicos, biológicos e econômicos (Del Nero, 1995), e que são ainda permeados por fatores morais. Esse último fator é essencial na discussão da nova agenda. Dessa forma, primeiramente será apresentado os principais debates abordados pela Economia da

Saúde e a Sociologia da Saúde com discussões a respeito da saúde pública. Em seguida será exposto como a nova agenda da Sociologia Econômica da Saúde pode auxiliar em uma melhor discussão dos cuidados de saúde.

### 1.1 ECONOMIA DA SAÚDE: PRINCIPAIS DEBATES

Grande parte da literatura sobre Economia da Saúde concorda que Kenneth Arrow (1963) foi o primeiro a apresentar um debate das diferenças do mercado da economia convencional a respeito dos cuidados de saúde. Para Zucchi (2000) essa área de estudo é um modo de compreender a saúde através da avaliação dos custos e da escassez, afim de melhorar a partilha dos meios disponíveis, e que, portanto, exige que se façam escolhas na melhor utilização dos recursos.

Para os estudiosos da Economia da Saúde os custos, são em essência, relacionados aos custos de oportunidades, ou seja, é necessário ausentar-se de destinar recursos a um cuidado de saúde para que se possa dirigir a outros. Ocorre que os recursos, de quaisquer tipos que forem, são limitados, e o debate sobre a sua aplicação é fundamental. Portanto, segundo essa perspectiva, se faz necessário seguir alguns critérios de custo-efetividade a fim de que se melhore o bem-estar social.

Dessa forma, os principais estudos da Economia da Saúde atualmente estão relacionados à temas de caráter econométrico e quantitativo como: a) o impacto do desenvolvimento econômico no nível de saúde da população, que estuda dados dos riscos diferenciais de mortalidade, relacionados com as condições ambientais do lugar onde vivem, as condições de trabalho, o status socioeconômico, educacional e a distribuição de recursos que não é igual para todos (Prata, 1994); b) relacionar fatores socioeconômicos e indicadores de saúde na qual aponta estudos relacionados a indicadores de obesidade, saúde de idosos, recém nascidos, gestantes, etc; c) a distribuição geográfica dos recursos dedicados à saúde que discorre a respeito da construção, aplicação e interpretação de índices de desigualdade muito utilizados na Economia da Saúde como índice de Gini, índice de dissimilaridade, coeficientes de variação, razão e diferença de taxas. Todos eles indicando os níveis de desigualdades geográficas no acesso à saúde.

Cruz e Manso (2004) também apontam que os estudos de Economia da Saúde realizam debates como: d) a avaliação comparativa entre sistemas de saúde de vários países utilizando diversas variáveis como o gasto per capita em saúde dos países, esperança de vida ao nascer, índices de sobrevivência infantil, entre outros, a fim de analisar como melhorar e/ou o que

mudar nos sistemas de saúde de seus próprios países; e) estudos específicos de programas de saúde de intervenção na comunidade, mensurando sua eficiência através da minimização dos custos, o custo/benefício, o custo/utilidade, e o custo/eficácia que esses programas podem apresentar; f) estudos sobre gastos globais em saúde que no Brasil representa 9,2% e nos Estados Unidos 14,5% do PIB (2020) debatendo sobre os tipos de financiamentos em saúde, e em como o dinheiro pode ser melhor aplicado, assim como a controversa questão entre público e privado.

Nero (1995) também aponta alguns debates no campo da Economia da Saúde. Segundo o autor nessa área estão vinculados debates como g) qual melhor combinação de pessoas e tecnologia para produzir um cuidado de saúde com excelência; e por fim i) quais as principais demandas e ofertas nos cuidados de saúde, e dentro dessas demandas qual deve ser a prioridade.

Todos esses temas são a base das discussões da Economia da Saúde. Eles são fundamentais para a discussão desses serviços, pois se ignorados podem ter como consequência o fato de que eles acabem por se impor sobre as políticas de saúde sem que seja mensurado seus efeitos significativos sobre a saúde das pessoas (Saes, 2000). No entanto, a abordagem não abrange completamente as discussões sociais dos cuidados de saúde, muito menos os fatores morais que serão fundamentais na construção da agenda da Sociologia Econômica da Saúde.

## 1.2 SOCIOLOGIA DA SAÚDE: PRINCIPAIS DEBATES

A Sociologia da Saúde iniciou seus debates nos Estados Unidos por volta da década de 1950, mas apresentou maior destaque a partir de 1980. Seus estudos focaram, naquela década, nas mudanças envolvendo a saúde, como as tecnologias e as novas compreensões sobre o bem-estar. As suas discussões iniciaram em grande medida nos departamentos de sociologia, no entanto, atualmente migraram para o campo das escolas de saúde pública, administração e medicina preventiva (Nunes, 2014).

Toda a discussão desse campo está centrada na dimensão social da saúde, nos seus fenômenos e movimentos sociais, nas desigualdades e nas políticas de saúde. No âmbito dos debates sobre as desigualdades em saúde, diversas são as discussões: a) sobre as classes sociais com debates acerca das relações assimétricas de acesso aos recursos de cuidados de saúde. Nas análises da Sociologia da Saúde através das classes sociais entende-se que quanto pior a posição social, pior a saúde das pessoas, ou maior o risco de saúde quando comparados a classes mais privilegiadas (Tavares, 2016); b) de raça com pesquisas envolvendo estudos sobre como pessoas negras sofrem mais em diversos contextos relacionados aos cuidados de saúde, até

mesmo em contextos de pandemia (Goes, Ramos & Ferreira, 2020); e c) étnica que envolvem estudos como os baixos cuidados de saúde em populações de imigrantes em diversos países e estudos envolvendo os cuidados de saúde com indígenas.

As pesquisas da Sociologia da Saúde também envolvem temas como: d) territorial indicando que as pessoas que moram em grandes cidades e que são fortemente marcadas pela segregação residencial, onde normalmente pessoas menos favorecidas residem as margens da cidade, e que as condições de moradia são mais precárias em termos estruturais, em sua grande maioria sem acesso a serviços básicos de saneamento, água potável, equipamentos de cuidados de saúde desde postos de saúde, farmácias até mesmo a parques e espaços recreativos o que resulta em acúmulo de fatores que não são favoráveis aos cuidados de saúde; e) gênero identificando estudos à respeito das diferenças entre homens e mulheres, dando ênfase nas maiores dificuldades das mulheres nos cuidados de saúde frente a desafios como reprodução, parto, menopausa, etc; e e) idade, no qual estudos envolvendo principalmente o envelhecimento da população, e os cuidados de saúde na terceira idade (Tavares, 2016).

Por fim, ainda são apresentados como temas de discussão da Sociologia da Saúde segundo Nunes (2014) os g) fatores ambientais e sua influência na saúde, compreendendo-os como as distribuições de doenças em determinados países e regiões que afetam essa população de maneira diferente das demais podendo ser caracterizados como agentes físicos, biológicos e substâncias químicas; h) as tecnologias de alto custo e seu restrito acesso a somente uma parte mais favorecida da população, enquanto outra parte não possui acesso a determinadas tecnologias; e i) por fim, dentro das perspectivas das políticas de saúde na Sociologia da Saúde as principais discussões estão relacionadas ao grau de intervenção do Estado, a universalidade ou deficiência do acesso, e sua eficiência e eficácia (ou falta delas).

Apresentado os principais temas estudados tanto pela Economia da Saúde como pela Sociologia da Saúde, consegue-se compreender que enquanto a primeira se preocupa principalmente com os fatores econômicos da saúde, a segunda está principalmente relacionada com os fatores sociais. Dessa forma, a ideia dessa agenda de pesquisa é além de expor a importância de ambos os fatores, apresentar como os debates morais fazem parte dessas discussões, sendo essa sua principal contribuição.

## 2 AGENDA DE PESQUISA: A SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE

Através das discussões do tópico anterior, são apresentados os principais pontos para a formação da agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde, sendo eles: Direito à saúde e os limites econômicos, o financiamento da saúde: mercado e Estado, e por fim, as desigualdades em saúde e a distribuição de renda.

### 2.1 DIREITO À SAÚDE E OS LIMITES ECONÔMICOS

Um dos primeiros assuntos a serem abordados pela agenda da Sociologia Econômica da Saúde é referente ao direito à saúde e os limites econômicos. Sandel (2016) argumenta que há “coisas” que o dinheiro não compra. A saúde e os cuidados de saúde podem ser caracterizados dentro dessa categoria? Segundo a Economia da Saúde, com a participação de uma equipe de profissionais multidisciplinares, seria possível atribuir um preço à vida e uma escala de valores monetários para diferentes estados de saúde, dessa forma, conseguiria justificar a aplicação de princípios econômicos para tomar decisões, pois segundo Del Nero (1995) os recursos em saúde são limitados.

No entanto, se é possível atribuir um preço aos serviços que promovem a saúde, quer dizer que ela pode ser vendida. Se os cuidados de saúde e por consequência a saúde está à venda, como ficam as pessoas que dispõem de recursos modestos? (Sandel, 2016). Discutir os cuidados de saúde como um direito não é apenas uma questão de ordem econômica, mas também de ordem social e moral.

Sandel (2016) argumenta que deixamos de ser uma sociedade que possui uma “economia de mercado”, para ser uma “sociedade de mercado”. Enquanto a primeira é utilizada como uma atividade de produção, a segunda é uma sociedade em que as pessoas são cercadas em todas as suas atividades pelos valores de mercado. Um dos problemas relacionados a sermos, ou estarmos caminhando para ser esse tipo de sociedade é a desigualdade cada vez maior. Quanto mais o dinheiro pode comprar, mais importante ele será. Dessa forma, nesse tipo de sociedade, em que os cuidados de saúde também estão à venda, ter ou não ter dinheiro passa a fazer muita diferença, tornando-se uma questão de ordem moral.

Se os cuidados de saúde são considerados mercadorias na “sociedade de mercado”, e apenas aqueles que possuem dinheiro podem ter acesso a esses serviços, aqueles que não possuem recursos financeiros para adquirir essa “mercadoria”, não poderão ter acesso a esses cuidados? É devido a todas essas questões que a saúde não deveria ser compreendida como uma

mercadoria, mas como um direito de todo o cidadão. Dessa forma, Ventura et al (2010) discute que é um consenso entre a moralidade comum que deve haver um direito à saúde a qualquer cidadão se tratando de uma obrigação moral.

No entanto, Powers e Faden (2008) argumentam que uma das questões morais mais contestadas, diz respeito a se realmente existe um direito à saúde. Alguns acreditam que esse direito exista por uma questão de boa-fé, ou ainda por confiar na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (Assembleia Geral das nações Unidas, 1948), não havendo um documento que tenha sido amplamente aceito justificando o direito, ou o que esse direito pode significar. No entanto, o direito à saúde são reivindicações de ordem moral, social e econômica, logo um reconhecimento de um direito moral universal à saúde. Governos e sociedades que não conseguem assegurar esse direito estão infringindo algo básico ao ser humano (Powers e Faden, 2008).

Como argumentado ainda por Ventura et al (2010), em países em que o direito à saúde é legislado, existe um abismo entre o direito que é vigente, ou seja, aquele direito que é consenso não somente perante a moralidade comum, mas também exposto através de leis, e o direito de fato vivido. O último denuncia as reais violações dos cuidados de saúde que são realizadas pelo Estado. Ele é fundamental na obtenção de um direito à saúde que seja universal, pois o Estado é o principal responsável por se fazer cumprir esse direito como uma obrigação que possa atender a toda a população.

No Brasil, por exemplo, o direito à saúde é garantido na Constituição Federal como segue:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, Art.196).

No entanto, Sass (1988) apresenta que embora o direito à saúde seja garantido pela Constituição Federal Brasileira, eles excluem alguns grupos populacionais e/ou proíbem alguns tratamentos através de financiamento público, ou seja, são excluídos por meios administrativos ou procedimentais. Esse é um dos principais problemas, e também um dos norteadores dessa agenda de pesquisa, conciliar as batalhas para a efetivação de um direito à saúde com os limites econômicos impostos sobre esse direito.

Emanuel (2020) discute algumas dessas batalhas. A primeira diz respeito a pressão dos custos para que o Estado consiga manter um direito à saúde para a população de seu país. Cada vez mais os países tem de lidar com a exigência da população para o atendimento com os



cuidados de saúde, no entanto, as pessoas se opõem aos impostos elevados para arcar com esses cuidados. Dessa forma, é necessário que os países se adequem para equilibrar os custos com cuidados de saúde da população, mas ao mesmo tempo consigam atender suas necessidades.

A segunda dificuldade está relacionada ao alto preço de medicamentos. Ter direito à saúde, logo aos cuidados de saúde, corresponde a ter acesso aos medicamentos utilizados para diversos tipos de tratamentos. Mesmo com a maioria dos países regulando os preços dos medicamentos (Emanuel, 2020), eles continuam a ser um custo alto para a população, e com o avanço da tecnologia empregada no desenvolvimento de medicamentos tendem a aumentar ainda mais. Portanto, é necessário que o Estado continue atuando na regulação dos preços e nas políticas públicas e acesso cada vez maior da população, inclusive de baixa renda, para ter acesso aos medicamentos a fim de que haja de fato um direito à saúde e aos cuidados de saúde.

A terceira dificuldade está relacionada a redução de ineficiência e de tratamentos que são compreendidos como desnecessários. Para Emanuel (2020), os países apresentam um alto custo com esses cuidados. Dentre eles estão internamentos e tratamentos com medicamentos que não melhoram a saúde do paciente. Esses tratamentos utilizam recursos econômicos que poderiam ser utilizados e que seriam eficientes. Todos têm o direito à saúde e aos cuidados de saúde, no entanto, é necessário equilibrar os custos, e aproveitá-los de maneira correta.

Uma quarta dificuldade apontado por Emanuel (2020) está relacionada com as pessoas que possuem doenças crônicas como diabetes, asma, hipertensão e câncer. Essas doenças são aquelas que não são resolvidas a curto prazo, ou seja, normalmente três meses, e não colocam em risco a vida das pessoas nesse período, portanto, não são compreendidas como emergências médicas. No entanto, não deixam de ser necessários seus atendimentos e cuidados de saúde como um direito à saúde, sendo fundamental um atendimento especial para essas pessoas, o que Emanuel (2020) chama de cuidado proativo, ou seja, um atendimento que seja interacional entre pacientes e médicos. Segundo o autor, esses cuidados em saúde não existem em nenhum país do mundo.

A quinta dificuldade relacionada ao direito à saúde e apontado por Emanuel (2020) é com relação aos cuidados de saúde mental que hoje são compreendidos como tão importantes quanto a saúde física. Esses cuidados de saúde também são caros, e com o reconhecimento de sua importância precisam ser tratados como cuidados de saúde fundamentais para o bem-estar da população. Reconhecido nesse século como relevante, os tratamentos em cuidados de saúde mental também devem ser abordados nas políticas públicas dos países.

Por fim, tem-se os cuidados de saúde a longo prazo, ou seja, os cuidados de saúde com os idosos. Essas pessoas também devem ter os mesmos direitos à saúde. Mais uma vez a questão

é como o Estado irá arcar com seus custos. São custos com lares de idosos e tratamentos de saúde. Países como Brasil, Alemanha e Holanda que possuem um seguro de assistência a longo prazo também não conseguem administrar eficientemente esses custos, ou apresentar uma infraestrutura que seja eficaz (Emanuel, 2020). Essa também deve ser uma das atenções da agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde no que diz respeito ao direito à saúde e os limites econômicos impostos sobre ele.

Todas essas dificuldades são barreiras e batalhas que precisam ser transpostas para que haja um verdadeiro acesso à saúde. Essas barreiras devem ser removidas através de políticas públicas que possam sanar esses problemas. Além disso, a maioria desses apontamentos estão relacionados com os custos e os recursos financeiros para financiar os sistemas de saúde. Desse modo, o próximo tópico nessa agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde está relacionado com o financiamento da saúde.

## 2.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE: MERCADO E ESTADO

Como fica claro, apesar de ser um direito do cidadão, os cuidados de saúde envolvem diversos recursos econômicos, logo, uma das principais questões que envolvem a saúde e os cuidados de saúde em diversos países, é como ocorrerá seu financiamento. Os serviços de saúde devem ser financiados pela iniciativa pública ou privada? Enquanto algumas pessoas defendem que a provisão desses recursos deve ser financiada pelo Estado, outros defendem que a iniciativa privada é quem deveria ser responsável pela promoção à saúde (Del Nero, 1995). Esses últimos são a favor da livre competição, atribuindo ao mercado o poder de controlar as relações entre os agentes envolvidos.

Aqueles que defendem que a iniciativa privada deveria ser responsável pela promoção à saúde, argumentam que o mercado é a melhor maneira para que haja um equilíbrio entre custos e benefícios e que através do livre mercado é possível atingir objetivos e que o poder de mercado controlaria as relações entre os agentes envolvidos. Afirmando também que a saúde é outro ativo entre vários que não necessita de proteção governamental deixando a responsabilidade pessoal para o indivíduo. Por outro lado, aqueles que defendem que o Estado deveria intervir nessa área, acreditam que a saúde é especial e básica, logo deveria ser garantida pelo Estado através de uma regulamentação sustentada pelo legislativo e administrativo ou através do sistema de previdência, por meio de instituições do governo voltadas para a saúde (Sass, 1988).

Para Emanuel (2020) a abordagem dos defensores de financiamento governamental *versus* financiamento em saúde privada é muito simplista. Portanto, há ainda uma terceira via. Quando implementados, os sistemas de financiamento em saúde dificilmente são puros, ocorrendo um mix de financiamento público e privado (Sass, 1988). Esse “mix” refere-se aos arranjos públicos e privados para o financiamento dos cuidados de saúde. Normalmente essa classificação é referente a maneira como os sistemas de saúde privado está inserido no país, podendo ser chamados de principal, complementar, suplementar ou duplicado (OECD, 2004). Os países que adotam o sistema de financiamento em saúde chamado principal são aqueles como os Estados Unidos em que o seguro privado em saúde deve atender a maioria da população, e o atendimento público em saúde é fornecido para pessoas com menor renda e para idosos (Santos, 2011).

Os sistemas complementares são aqueles em que o seguro privado em saúde, ou seja, os planos de saúde ampliam o acesso a serviços não cobertos pelo sistema público, ou ainda que necessitam de copagamento. Exemplos de países que adotam esse tipo de sistema de financiamento em cuidados de saúde são encontrados em países europeus como França, Luxemburgo, Dinamarca, Alemanha e Suíça (Santos, 2011). Esses serviços também podem ser compreendidos como substitutivos, ou seja, quando o indivíduo deve escolher entre o sistema de seguro privado ou sistema público.

O financiamento suplementar em saúde ocorre em casos em que os seguros privados em saúde oferecem elementos que vão além daqueles que o serviço público abrange no país, que são entendidos como diferenciados como por exemplo: cirurgia estética, hotelaria, procedimentos realizados com diferentes equipamentos, mas que também cobrem serviços que o sistema público em saúde oferece. Quando se trata de países em que o seguro de saúde privado é suplementar, ele poderá ser compreendido como duplicado, ou seja, quando os mesmos serviços de saúde que o sistema privado fornece, são atendidos pelo sistema de financiamento público. Países que são exemplos de sistemas de financiamento “duplicado” são o Brasil, Reino Unido, Espanha e Itália. Em resumo são países em que o sistema público é nacional e universal (Santos, 2011).

Um dos problemas do mix público-privado nos financiamentos caracterizados como duplicados é que as pessoas com seguro privado normalmente continuam utilizando o sistema público para os serviços mais onerosos. As consequências dessa duplicação é o aumento das filas pela utilização do sistema público. Justamente o contrário do que deveria acontecer nos sistemas de financiamento suplementar (Santos, 2011). Segundo Tuohy et al (2004) não existem evidências da desoneração dos sistemas públicos devido a existência do seguro privado,

além disso, da perspectiva dos cuidados de saúde e do custo desses serviços, o sistema privado retira recursos do sistema público.

Um exemplo de como isso ocorre é no Brasil. No país, o segmento de saúde privado vem recebendo subsídios através de renúncias de arrecadação fiscal conhecidas também como gastos tributários. Esses gastos, são renúncias de receitas governamentais de um seletivo grupo de contribuintes, setores ou regiões (Tesser & Serapioni, 2019). Uma das formas mais relevantes dos gastos tributários é através da dedução fiscal nos Impostos de Renda de gastos com planos de saúde, tanto para pessoas físicas, como para pessoas jurídicas. Além disso, não há um teto para as deduções dos gastos com saúde nos IRPF ou IRPJ (Tesser & Serapioni, 2019). Os beneficiários são geralmente os mais ricos. As deduções de despesas médicas são concentradas naqueles que recebem mais de dez salários mínimos mensais. No ano de 2016, os gastos com planos de saúde foram 71% das deduções de despesas médicas do IRPF (Tesser & Serapioni, 2019). Com relação as pessoas jurídicas, as renúncias fiscais em saúde no ano de 2008 foram de 1,9 bilhão no IRPJ (Piola et al, 2010).

Segundo Ocké-Reis (2018) o gasto tributário em saúde é considerável no orçamento público e o seu efeito é semelhante ao de uma despesa direta, ele representa 30% dos gastos do Ministério da Saúde, e beneficia apenas a camada dos 10% mais ricos da população brasileira. Esse gasto é um fator que gera e/ou aumentam as desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde, pois os planos de saúde são utilizados por pessoas com maior escolaridade, e moradoras de capitais e regiões metropolitanas (Pinto & Soranz, 2004; Malta et al, 2017).

Discussões de como o sistema público tem financiado o sistema privado em saúde, e como consequência favorecido uma parcela específica da população gerando mais desigualdade social, como ocorre no Brasil, são questões de ordem moral e que precisam ser abordadas pela agenda da Sociologia Econômica da Saúde. Segundo Santos et al (2008) essas desigualdades podem ocorrer em todos os tipos de financiamento público-privado. Através dessas discussões sobre financiamento e desigualdades em saúde, nascem dúvidas essenciais como: O que constitui um adequado sistema de saúde? Quais os princípios que regem a organização e o financiamento dos serviços de saúde? Através desses financiamentos, a saúde é de fato um direito ou é comercializado? Essas questões são fundamentais no debate dessa agenda.

Decisões referentes ao que constitui um adequado sistema de saúde, dependem da visão do valor de uma vida (Sass, 1988). Para Emanuel (2020) os cuidados em saúde são orientados por esses valores, contendo pontos fortes e fracos. Para o autor, não existe nenhum país com o

melhor sistema de saúde<sup>1</sup>, mas existem sistemas melhores e piores, dependendo da dimensão estudada. Relacionados ao financiamento, o autor propõe quatro dimensões, para análise dos melhores sistemas de saúde, uma delas é até que ponto a população mais vulnerável, ou seja, os indivíduos de baixa renda, pessoas com doenças crônicas e crianças, são protegidas dos custos excessivos em saúde. Nessa dimensão os países que melhor realizam essa proteção são Reino Unido e Canadá, nos quais pessoas de baixa renda pagam nada ou muito pouco para obterem os cuidados de saúde. Enquanto os piores nessa dimensão, são Estados Unidos e a Suíça. Outra dimensão relevante de análise é os cuidados com pessoas idosas, chamados de cuidados à longo prazo. Nessa classificação os países em melhores posições são Holanda e Alemanha, por possuírem impostos para financiar esses cuidados específicos. Enquanto os piores são a Noruega e Taiwan, onde idosos tem que absorver grandes despesas de cuidados de saúde. Esses debates são fundamentais na agenda da pesquisa.

Apesar da resistência do autor em classificar os países com os melhores sistemas de saúde, Emanuel (2020) classifica como melhores, segundo suas vinte e duas dimensões<sup>2</sup>, a Holanda e a Alemanha. Ao estudar os sistemas caracterizados como melhores sistemas de saúde podemos perceber algumas características principais. A Holanda se destaca no financiamento para idosos, e para pessoas com doenças crônicas e em bons médicos e hospitais. Além disso, a Holanda não possui desempenho ruim em nenhuma das dimensões analisadas pelo autor. A Alemanha oferece cuidados acessíveis sem tempo de espera, um financiamento dedicado a idosos, além de bons médicos e hospitais.

A pesquisa de Emanuel (2020) é realizada com países desenvolvidos. Mas existe uma necessidade de realizar pesquisas nessa temática em países em desenvolvimento, pois auxilia na sustentação de um financiamento público universal, como defendido por Emanuel (2020). Também reforça a necessidade desse tipo de financiamento em países com níveis de desigualdades sociais alarmantes como o Brasil, o sétimo mais desigual no mundo (PNUD,

---

<sup>1</sup> Emanuel (2020) realiza um estudo comparativo entre onze países (Estados Unidos, Austrália, Canadá, China, França, Alemanha, Holanda, Noruega, Suíça, Taiwan e Reino Unido) para compreender qual o melhor sistema de saúde. A justificativa da utilização desses onze sistemas se deve ao quão diferente são entre si, incluindo seu sistema de financiamento.

<sup>2</sup> Emanuel (2020) analisa vinte e duas dimensões para classificar os melhores e os piores sistemas de saúde, sendo elas: Cobertura universal; Simplicidade e facilidade na obtenção de cobertura; Abrangência de benefícios; Acessibilidade (localização) de serviço de saúde; Financiamento progressivo; Grupos especialmente subsidiados - baixa renda, crianças e doentes crônicos; Mecanismo dedicado para financiamento de cuidados de longo prazo; Limites efetivos dos gastos totais com saúde; Alinhamento de incentivos de pagamento; Simplicidade no pagamento pelos pacientes; Simplicidade no pagamento a médicos e hospitais; Inovação em pagamento; Escolha de médicos e hospitais; Simplicidade de obtenção de serviços; Excelente atendimento primário; Excelente coordenação de cuidados crônicos; Tempos de espera; Excelente atendimento de saúde mental; Inovação na prestação de cuidados; Preços baixos de medicamentos; Acesso a medicamentos inovadores; Mecanismo rigoroso e objetivo de precificação de medicamentos.

2019). Além disso, auxilia na argumentação para evitar repasses de recursos ao setor privado, como ocorre no Brasil, aumentando as desigualdades sociais. O próximo tópico dessa agenda de pesquisa apresenta a discussão sobre desigualdades em saúde e a distribuição de renda através da Sociologia Econômica da Saúde proposta nesse ensaio teórico.

### 2.3 DESIGUALDADES EM SAÚDE E A DISTRIBUIÇÃO DE RENDA

Não se pode dialogar sobre desigualdades em saúde sem discutir também sobre igualdades em saúde. A igualdade tratada aqui como sinônimo de equidade, pode ser compreendida na dimensão vertical e horizontal (Giovanella et al, 2012). A dimensão da igualdade horizontal, segundo Giovanella et al, 2012, corresponde a igualdade entre iguais, e é associada ao financiamento de saúde, discutidos no tópico anterior, e que diz respeito a proporcionalidade do quanto cada um pode contribuir de acordo com sua renda. Enquanto a dimensão vertical, corresponde a igualdade na utilização dos serviços de saúde entre os diferentes grupos sociais, para as necessidades de cuidados de saúde que são iguais.

Segundo Buchanan (1995) para se discutir igualdades em saúde seria necessário que todas as pessoas recebessem recursos iguais, alcançassem as mesmas oportunidades e chances de obter cuidados de saúde de igual maneira. Para Carapinheiro (2010), a igualdade de oportunidades ocorre apenas quando a situação em que os indivíduos vivem são desprendidas de desfavorecimento, sejam elas de ordem econômica, de classe, étnica ou religiosa. Se trata, segundo o autor, de um ideal a se atingir.

Como exemplo, temos a oportunidade de acesso aos cuidados de saúde, acesso que é relacionado a geografia (localização), para se conseguir obter os cuidados de saúde (Carapinheiro, 2010). Para Giovanella et al (2012) essa discussão está atrelada ao debate das características do sistema de saúde. Essas características podem ajudar ou dificultar os acessos aos cuidados de saúde. Portanto, modificações nessas áreas podem melhorar ou piorar as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, ocorrendo principalmente através de alterações em políticas públicas. No entanto, o acesso aos cuidados de saúde é influenciado também por questões que afetam os grupos sociais como pobreza, exclusão social, desemprego, moradia e até mesmo suas redes de relacionamento, ou seja, está estritamente relacionado aos fatores econômicos.

Grupos que possuem menos privilégios, apresentam maior chance de ficarem doentes e de falecerem comparados aqueles socialmente mais privilegiados (Giovanella et al, 2012). Pessoas que vivem em moradias mais simples, com pequena renda para adquirir alimentos

saudáveis e mais caros, até mesmo para praticar esportes e um tempo de lazer, possuem menor controle sobre sua saúde (Wolff, 1998). Existem preocupações inclusive com pessoas que não podem procurar serviços de saúde pois perderiam um dia de trabalho e o seu pagamento.

Programas sociais elaborados através de políticas públicas em saúde como Programa Saúde da Família<sup>3</sup>, Programa Nacional de Imunizações<sup>4</sup> e Programa de Controle de HIV/Aids<sup>5</sup> que estão presentes no Brasil, conseguem reduzir essas desigualdades sociais que são profundas no país. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os sistemas de saúde também são fundamentais na redução dessas desigualdades. Quando tratamos dos sistemas de saúde implantados em diversos países podemos observar a diminuição ou aumento das desigualdades sociais.

Segundo Giovanella et al (2012) países que se orientam na dimensão da igualdade horizontal, na qual os cuidados de saúde são financiados conforme suas capacidades de pagamento, como por exemplo a Inglaterra, em que o serviço nacional a saúde é pautada pela universalidade de acesso, são países em que as desigualdades em saúde tendem a ser menores. Contudo, Emanuel (2020) também afirma que sistemas que atendem a universalidade de atendimento são necessários, mas ainda não são suficientes. A simplicidade na cobertura, nos benefícios incluindo o acesso das pessoas, também são relevantes. Nesses critérios a Noruega, Taiwan e Inglaterra são um dos países que atendem melhor a esses critérios. Enquanto, o pior é os Estados Unidos e a Suíça que possuem altos custos individuais.

Estudos concluídos por Van Doorslaer et al (2006), confirmam essas afirmações, indicando que nos países pesquisados, consultar um médico geral não variou com a renda, no entanto, quando se tratou de médico especialista, as pessoas mais ricas tinham maior probabilidade de se consultar, ou seja, consultar um médico especialista é mais difícil para pessoas de baixa renda. Segundo a pesquisa, essa desigualdade era maior em países onde a participação do setor privado era maior. Como exemplo, tem-se Estados Unidos e México, que não possuem cobertura universal e, portanto, possuem maiores desigualdades com o desfavorecimento de pessoas com menor renda.

---

<sup>3</sup> Implantado em 1994, o objetivo do Programa Saúde da Família é atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos na manutenção da saúde da comunidade, através de equipes que operam em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) (BRASIL, 1997).

<sup>4</sup> Formulado em 1973, o objetivo do Programa Nacional de Imunização, é atuar na estimulação e coordenação para utilização de imunizantes, como vacinas, de maneira gratuita em todo o território nacional (BRASIL, 2003).

<sup>5</sup> Criado em 1988, o Programa de Controle de HIV/Aids possui como objetivo reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST, bem como ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e assistência melhorando sua qualidade no que se refere ao HIV/aids e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da Aids (BRASIL, 1999).

Dentro dessas discussões e pelas conclusões dos diversos estudos citados acima (Giovanella et al, 2012; Van Doorslaer et al 2006; Emanuel, 2020) cabe concluir que um sistema único e universal é o melhor para a redução da desigualdade social, visto que a saúde é uma parte fundamental para o bem-estar das pessoas (Powers e Faden, 2008). O Reino Unido é um dos países que mais é destacado pelos autores quando se fala em um Sistema Único de Saúde. A necessidade de um sistema nesse aspecto deve ser retratada por ser um serviço muito relevante para permitir acesso apenas de forma privatizada. Quando relatado conceitos como equidade e justiça, um sistema totalmente privado aumentaria a desigualdade. Nuffield Council on Bioethics (2007) também afirma que países com sistemas privatizados possuem maiores desigualdades no acesso a saúde.

Quando relacionado ao acesso aos cuidados de saúde discussões morais a respeito da justiça social também são fundamentais, pois os valores morais relacionados a justiça social estão associados com os valores para a diminuição das desigualdades em saúde (Carapinheiro, 2010). Esses valores morais tendem a ser um consenso social quando se trata da discussão de que as desigualdades em saúde são injustas e deveriam ser extintas (Carapinheiro, 2010).

Para Powers e Faden (2008) a justiça social em saúde, principalmente em saúde pública diz respeito a melhorar o bem-estar humano melhorando a saúde, de modo que as necessidades dos menos favorecidos economicamente seja centralizada. A justificativa moral que é a base para se fornecer os cuidados de saúde para todas as pessoas é a justiça social. Segundo os autores, quando se fala em justiça social, a justiça não reivindica igualdade em saúde. Mas existem algumas desigualdades em saúde que certamente são injustas e ainda possuem um aspecto moral (Powers e Fader, 2008). Siqueira-Batista e Schramm perguntam se é possível a justiça como igualdade. Para Santos (2020) isso seria difícil, pois os princípios que regem essa questão se baseiam em pressupostos de *welfare state* (bem-estar social), que vem sendo superados desde a década de 1970, por políticas neoliberais de diminuição da máquina estatal, inclusive na área da saúde. No entanto, o bem-estar das pessoas, incluindo aquelas mais desfavorecidas, logo aquelas com mais necessidades, também são o foco. Isso é a justiça social, que é essencial nos cuidados de saúde, pois se trata de uma urgência de ordem moral (Powers e Faden, 2008).

Além das pessoas mais desfavorecidas, que devem ser priorizadas em questões de saúde, por questões relativas à moral, tem-se também como prioridade as crianças e os mais idosos, que possuem mais urgências em relação ao seu bem-estar em saúde e que também são menos favorecidos economicamente. Além deles, também temos a maioria dos grupos minoritários como mulheres que sofrem injustiças relacionadas a saúde, além do respeito e segurança



pessoal, como relatado por Rasekh et al (1998). Portanto, na saúde a preocupação com desigualdades sociais desses grupos minoritários, justiça social e discussões morais precisam sempre estar presentes. O conceito de saúde e cuidados de saúde, segundo Sass (1988), é permeado por fatores culturais, e por esse motivo as questões morais também devem ser levadas em consideração, tanto o ter saúde e estar saudável. Desse modo, todos esses debates são pertinentes para a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde.

### **3 CONCLUSÃO**

Estabelecer uma agenda de pesquisa para a Sociologia Econômica da Saúde que abranja fatores econômicos e sociais é fundamental, uma vez que a Economia da Saúde lida apenas com os fatores econômicos da saúde, enquanto a Sociologia da Saúde apenas com os fatores sociais, não abordando ainda os debates de ordem moral. Dessa forma, a Sociologia Econômica que consegue lidar com os fatores econômicos imersos na estrutura das relações sociais (Granovetter, 2007), passa a ser uma lente ideal para compreender os cuidados de saúde.

Logo, através dessa agenda de pesquisa, diversos assuntos são propostos para serem debatidos dentro da Sociologia Econômica da Saúde em especial, nesse ensaio teórico, foram destacados três deles: O direito à saúde e os limites econômicos, o financiamento da saúde e os debates entre o mercado e Estado e as desigualdades em saúde e as distribuições de renda.

Quanto ao direito à saúde e os limites econômicos, discussões pertinentes ao cuidado de saúde ser um direito das pessoas, ou se está sendo comercializado, incluindo discussões se estamos vivendo em uma “economia de mercado”, ou “sociedade de mercado” e onde a moralidade comum se enquadra nessa discussão. Além disso, discussões como os países onde a saúde é considerada um direito, como ela é de fato efetivada? Discussões que são essenciais nesse tópico abrangem também como o Estado lida com os impostos que são destinados a saúde, como os preços dos medicamentos são tratados nos países e a existência de regulação nesse setor. Gastos de dinheiro com tratamentos desnecessários em saúde, o tratamento de pessoas com doenças crônicas, e com a saúde mental e de longo prazo da população são discussões essenciais pois evidenciam fatores sociais e econômicos que são permeados por discussões morais na agenda dessa nova abordagem.

O segundo tema a ser discutido dentro da agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde é o financiamento da saúde e os debates entre mercado e Estado. Dentro dessa discussão os principais debates a serem abordados estão relacionados a quem deve financiar os cuidados de saúde. Iniciativa pública ou privada? Debates relacionados a melhor maneira de

financiar os sistemas de saúde através de classificações como principal, complementar, suplementar e duplicado, levando em consideração as inclusões e exclusões sociais que cada uma delas pode gerar. Além de debates sobre como o sistema público subsidia os sistemas privados de saúde, e discussões a respeito do melhor financiamento de sistema de saúde em países em desenvolvimento a fim de conciliar os fatores econômicos e sociais.

Por fim, o último tema abordado neste ensaio teórico como uma proposta de estudo para a Sociologia Econômica da Saúde estão as desigualdades em saúde e a distribuição de renda. Dentro desse tópico estão debates como oportunidades de acesso segundo sua geografia (localização). Discussões a respeito de como grupos não privilegiados economicamente possuem menos controle sobre seus cuidados de saúde, e os fatores que levam a isso. Discussões sobre como programas sociais governamentais podem melhorar o acesso aos cuidados de saúde dessas pessoas, e como eles podem reduzir essas desigualdades. Além disso, debates de como as desigualdades em saúde são injustas principalmente para pessoas com menos recursos, crianças, mulheres e idosos e como fazer para diminuir essas injustiças através dos desenvolvimentos de políticas públicas.

Portanto, seria de grande avanço científico uma abordagem que conseguiria reunir todas essas discussões em um só espaço, visto que atualmente existem discussões dentro Economia da Saúde que abordam fatores fundamentalmente econômicos não priorizando abordagens sociais e morais relacionadas aos cuidados em saúde, e também discussões no campo da Sociologia da Saúde que abordam fatores essencialmente ligados as relações sociais. Dessa forma, a Sociologia Econômica da Saúde apresenta uma união das discussões em um campo onde tanto o econômico quanto o social e a moral é primordial para as discussões sobre os cuidados de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

Annandale E. (1998). *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. Cambridge: Polity Press.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care: reply (the implications of transaction costs and adjustment lags). *The American Economic Review*, 55(1/2): 154–158.

Barbosa, D. R.; Souza, M. P. R. (2008). Ética na pesquisa qualitativa: Reflexões sobre privacidade, anonimato e confidencialidade. *In: Guerriero, I. C. Z.; Schmidt, M. L. S.; Zicker, F. Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. Editora Hucitec, São Paulo. p. 237-249.

Buchanan, A. (1995). *Privatization and just health care*. *Bioethics* 9:220–39.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.

Brasil. Ministério da Saúde. (1997). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Brasília-DF. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. (1999). Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília. Disponível em : [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_17.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf). Acesso em: 20 jun. 2021.

Carapinheiro, G. (2010). Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para uma reflexão sociológica. *Alicerces*, Edição do Instituto Politécnico de Lisboa, Ano III, nº3.

Castro, J. D. (2002). Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, v.4, n.7, p.122-36.

Cruz, A. I. B., & Manso, S. S. A. M. L. (2004). Saúde e economia da saúde. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal: Autor. 3 (3), 101-110. Recuperado de [http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/218/1/Gestin\\_artigo.pdf](http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/218/1/Gestin_artigo.pdf). Acesso em 24 set 2021.

Del Nero C.R. (1995). O que é economia da saúde, pp. 5-21. In SF Piola & SM Vianna (orgs.). *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Ipea, Brasília.

Dequech, D. (2008), Neoclassical, mainstream, orthodox, and heterodox economics. *Journal of Post Keynesian Economics*. v. 30, n. 2, p. 279-302.

Dequech, D. (2011). Instituições e a relação entre economia e sociologia. *Estud Econ.*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 599-619, jul./set., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ee/v41n3/a05v41n3.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2021.

Donaldson, C. & Gerard, K. (1993). Market failure in health care. In: *Economics of health care financing: the visible hand*. London: MacMillan.

Emanuel, E. (2020). *Which Country has the world's best health care?* New York – EUA: Public Affairs.

Fligstein, N. (1996). Market as politics: a political-cultural approach to market institutions. *American Sociological Review*, v. 61, p. 656-673.

Fligstein, N. *The architecture of markets: an economic sociology of twenty-first-century capitalist societies*. Princeton: Princeton University Press, 2002.

- Garcia-Parpet, M. F. (2003). A construção social de um mercado perfeito: o caso de Fontaines-en-Sologne. *Estudos sociedade e agricultura*.
- Goes, E. F., Ramos, D. O., Ferreira, A. J. F. (2020). Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho educação e saúde*, 18 (3), p. 1-7.
- Giovanella, L. et al orgs. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Guilhem, D., & Figueiredo, A. M. D. (2008). *Ética e moral*.
- Granovetter, M. (2001). *Le marché autrement: essais*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Granovetter, M. (2007). Ação Econômica e Estrutura Social: o Problema da Imersão. *RAE - eletrônica*, 6(1).
- Hammer, P. J. (2007). Architecture of health care markets: Economic sociology and antitrust law, the. *Hous. J. Health L. & Pol'y*, 7:227
- Lévesque, B.; Bourque, G.; Forgues, É. (2001). *La nouvelle sociologie économique*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Malta, D.C et al. (2007). Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, 22(1):179-190.
- Motta, N. S. *Ética e vida profissional*. Rio de Janeiro: Ambito Cultural, 1984.
- Nero D. C. R. (1995). O que é economia da saúde. Repositório do conhecimento do IPEA. Acesso em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9778/1/O%20Que%20%C3%A9%20economia.pdf> Acesso em 30 de set. 2021.
- Nuffield Council on Bioethics (2007) *The Forensic use of Bioinformation: Ethical Issues*.
- Nunes, E.D (2014). A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre sua trajetória. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19 (04):1007-1018.
- Nunes, A.; Almeida, A.N.; Silva, J. L.H. (2018). As imperfeições do mercado de saúde: revisitando o marco teórico da economia da saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.09, n.01, p.125-145.
- Ocké-Reis C.O. (2018). Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*; 23(6):2035-2042.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2004). *Private health insurance in OECD countries*. Paris: OECD.
- Pinto L.F, Soranz D.R. (2004). Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 9(1):85-98.

Piola, S. F. et al. (2010). Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: Castro, J. A.; Santos, C. H.; Ribeiro, J. A. C. *Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008- 2009*. Brasília: IPEA. p. 351-374.

PNUD apresenta Relatório de Desenvolvimento Humano 2019 com dados de 189 países. PNUD, publicado em 09/12/2019. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2019/pnud-apresenta-relatorio-de-desenvolvimento-humano-2019-com-dado.html>>. Acesso em 01 de jul. 2021.

Powers, M.; Faden, R. (2008). *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. Oxford: University Press.

Prata, P. R. (1994). Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Caderno de saúde Pública*, 10(3): 387-391.

Rabello, L. S. (2010). *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Rasekh, Z., H. M. Bauer, M. M. Manos, and V. Iacopino. 1998. Women's health and human rights in Afghanistan. *Journal of the American Medical Association* 280:449–55.

Raud-Mattedi, C. (2005). A construção social do mercado em Durkheim e Weber: análise do papel das instituições na sociologia econômica clássica. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20, 127-142.

Saes, S. G. (2000) Estudo bibliométrico das publicações em economia da saúde, no Brasil, 1989 - 1998. [Dissertação de Mestrado], São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - USP. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01032002-132854/publico/suelisaes.pdf> . Acesso em 30 de set. 2021.

Sass, H. M. (1988). National Health Care Systems: Concurring Conflicts. In: Sass, H. M., Massey, R. U. *Health Care Systems: Moral Conflicts in European and American Public Policy*. Kluwer Academic Publishers.

Santos, I.S. (2011). Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(6):2743-2752.

Santos, I.S.; Ugá, M.A.D.; Porto, S.M. (2008). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 13(5):1431-1440.

Sandel, M. (2016). *O que o dinheiro não compra: os limites morais do mercado*. Trad. de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Silva, H. P. (2003). Estado, regulação e saúde: considerações sobre a regulação econômica do mercado de saúde suplementar. *Leituras de Economia Política*, Campinas, (10): 193-226.

Smith, A. *An inquiry into the nature and causes of the weath of Nation Oxford*. Oxford University Press, 1976.

Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Editora: Almedina.

Tesser, C.D, Serapioni, M. (2019). Obstáculos à universalização do SUS: Gastos tributários, demandas sindicais e subsídio estatal de planos privados. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2019/Set). [Citado em 29/05/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/obstaculos-a-universalizacao-do-sus-gastos-tributarios-demandas-sindicais-e-subsidio-estatal-de-planos-privados/17334?id=17334>

Tuohy CH, Flood CM, Stabile M. (2004). How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2004; 29(3):359-396.

Van Doorslaer, E, et al. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*; 174(2):177-83.

Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FR. (2010). Judicialização da saúde, acesso à justiça e à efetividade do direito à saúde. *Physis* (Rio J.); 20:77-100.

Wolff, J. (1998). Fairness, respect, and egalitarian ethos. *Philosophy and Public Affairs* 27:97–122.

Zucchi, P. Del Nero, C. Malik, A. M. (2000). Gastos em saúde: Os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e sociedade*. 9 (1/2): 127-150.

## ARTIGO II – DESIGUALDADE SOCIAL INFLUENCIANDO A SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

**RESUMO:** Após o início do surto do novo coronavírus (Covid-19), diversos países do mundo, incluindo o Brasil, adotaram medidas como isolamento social para a contenção do vírus. Com as atitudes para intervir na sua propagação, várias áreas na vida das pessoas foram abaladas, incluindo sua saúde mental. Um dos grupos também afetados, foram os estudantes universitários, que tiveram suas vidas e rotinas alteradas. Dessa forma, este artigo buscou compreender se a desigualdade social influenciou a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19. Para isso, foi realizado um levantamento com 970 (N=970) estudantes universitários das cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) durante a segunda onda da pandemia no país (abril e maio de 2021). Os resultados da MANCOVA foram significativos (*Pillai's Trace*) indicando que as variáveis independentes “renda” e “não possuir plano de saúde” utilizadas para mensurar desigualdade social tinham influência sobre os construtos: “senso de perigo” ( $F_{renda}=35,43$ ;  $F_{plano\ de\ saúde}=62,53$ ), “sintomas de angústia” ( $F_{renda}=10,41$ ;  $F_{plano\ de\ saúde}=4,47$ ) e “bem-estar” ( $F_{renda}=15,23$ ;  $F_{plano\ de\ saúde}=9,05$ ) utilizados para mensurar saúde mental. Os achados também apontaram que indivíduos com menor renda, tinham maior “senso de perigo”, e conforme o aumento da renda, o “senso de perigo” foi diminuindo. Indivíduos com renda muito abaixo da média também tinham maiores “sintomas de angústia” e conforme a renda aumentava, menores eram esses sintomas. Por fim, indivíduos com renda muito abaixo da média também apresentavam menor “bem-estar” e conforme sua renda aumentava, maior era essa sensação. Os achados também apontaram que indivíduos que não possuíam plano de saúde tinham maior “senso de perigo”, maiores “sintomas de angústia” e menor sensação de “bem-estar”, comparados aqueles que tinham. Portanto, este artigo possui duas contribuições principais: expandir o campo de conhecimento da Sociologia Econômica para a área da saúde, afim de proporcionar uma pesquisa que contribua para a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde e na elaboração de políticas públicas que auxiliem estudantes universitários mais vulneráveis durante períodos de crise.

**Palavras-chave:** Desigualdade social. Saúde mental. Pandemia. Covid-19. Estudantes universitários.

## 1 INTRODUÇÃO

Um surto de coronavírus (Covid-19) foi relatado em dezembro de 2019. Três meses depois, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a doença uma pandemia. Em diversas partes do mundo foram sendo notificados casos do novo vírus. No Brasil não foi diferente. O primeiro caso notificado no país foi em fevereiro de 2020 no estado de São Paulo, sendo o primeiro óbito registrado em março do mesmo ano. Até outubro de 2021 foram registrados 21.781.436 casos de pessoas infectadas e o número de óbitos no país chegou a 607.068 devido as complicações da doença (BRASIL, 2021). O início da vacinação contra a Covid-19 iniciou em janeiro de 2021, sendo que até outubro do mesmo ano aproximadamente 55,6% da população do país estava totalmente vacinada (Our World in Data, 2021).

Além das complicações na saúde, a pandemia gerada pelo vírus vem causando diversas implicações na área econômica. Como uma das formas de conter a propagação do vírus, diversos países, inclusive o Brasil, adotaram o isolamento social. Com a medida implementada, muitas empresas tiveram de optar pelo trabalho remoto, que além de uma medida preventiva, também foi uma forma de diminuir seus custos trabalhistas. Ademais, foi constatado a demissão de diversos trabalhadores devido a paralisação de várias atividades.

Essas medidas de enfrentamento da pandemia da Covid-19 afetaram principalmente as pessoas em situação de vulnerabilidade, onde o trabalho remoto não era uma possibilidade, acarretando em um aumento da desigualdade social<sup>6</sup> no país. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, um total de 12,9 milhões de pessoas estavam desempregadas antes da pandemia (IBGE, 2019), no auge dela esse número chegou a 14,8 milhões (IBGE, 2021), um aumento de 1,9 milhão de pessoas, deixando evidente o aumento da desigualdade que já era grande no país.

Tendo em vista a perda de renda e a insegurança financeira, diversas pesquisas têm sido realizadas sobre como isso influencia a saúde mental das pessoas durante a pandemia. Grandey, Sayre e French (2021) ao pesquisarem trabalhadores dos Estados Unidos e do Reino Unido, constaram que a ameaça financeira afetou negativamente a saúde mental no longo prazo durante a pandemia de Covid-19. Outra pesquisa realizada por Elisondo (2021) com a população argentina, demonstrou que durante o período de isolamento social houve um predomínio de emoções negativas, e que um dos fatores relacionados a esses sentimentos eram as dificuldades econômicas. Além disso, no Brasil, Silva, Albuquerque e Lopes (2021) relataram aumento do

---

<sup>6</sup> Neste artigo o conceito de desigualdade social, é compreendido como sinônimo de desigualdade econômica.



sentimento de ansiedade, e medos relacionados a insegurança financeira dos participantes da pesquisa.

Um dos grupos que também foram afetados pela pandemia da Covid-19 foram os estudantes universitários. Diversas pesquisas relatam a relação negativa entre a insegurança financeira e a saúde mental dos estudantes durante a pandemia. Luckás (2021) relata que os estudantes universitários da Hungria experimentaram mudanças negativas significativas após algumas semanas de confinamento relacionados a situação financeira e satisfação com a vida. Na Alemanha, Kohls et al (2021) destacaram que a maioria dos alunos (80%), não teve a situação financeira alterada devido a pandemia, contudo, aqueles que tiveram sua renda afetada, tiveram grandes consequências, mostrando que os desafios financeiros são um grande fator de estresse para os estudantes universitários. Como conclusão, os autores argumentaram que a perda de emprego levou a um menor bem-estar psicológico dos estudantes.

No Brasil, algumas pesquisas apontaram que os estudantes universitários brasileiros tiveram maior nível de depressão, ansiedade e estresse no período pandêmico do que comparado a períodos normais (Maia & Dias, 2020), e que tiveram sua saúde mental comprometida indicando maior neuroticismo e maior ideação suicida (Teodoro et al, 2021). No entanto, não temos conhecimento de quaisquer estudos que abordem se no país a desigualdade social influenciou a saúde mental dos estudantes universitários na pandemia de Covid-19. Dessa forma, propomos um modelo no qual a desigualdade social (medida por renda e não possuir plano de saúde) impacta na saúde mental (medida por senso de perigo, sintomas de angústia e bem-estar) dos estudantes universitários no Brasil.

Para aprofundar essa discussão introduzimos o debate da Sociologia Econômica. A disciplina possui como fundamento que os fatores econômicos e sociais, seja de uma sociedade ou de uma ação individual, estão conectados (Zelizer, 2009). Logo, como a saúde é uma das áreas em que é possível compreender a relação entre os fatores econômicos como o saneamento básico, renda e trabalho, e fatores sociais como o meio ambiente, alimentação e educação é possível relacionar como a discussão da Sociologia Econômica consegue abranger discussões na área da saúde, incluindo a saúde mental que propõe debates pertinentes ao bem-estar, estresse e trabalho (OMS, 2014). Portanto, para desenvolver essa discussão, elaboramos um debate a partir do que denominamos de Sociologia Econômica da Saúde.

Logo, este artigo contribui de duas maneiras. Primeiro expandindo o campo de conhecimento da Sociologia Econômica para a área da saúde, afim de proporcionar uma pesquisa que contribua para a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde. Em segundo lugar, destacando como a desigualdade social influencia a saúde mental de estudantes

universitários em contextos de crise, a fim de que possam ser apresentadas políticas públicas que minimizem esse problema de saúde, além de fornecer fundamentos para que as instituições de ensino superior possam apoiar seus alunos em situações de adversidades.

Dessa forma, o artigo está organizado da seguinte maneira: Na primeira parte apresentamos o referencial teórico abrangendo a Sociologia Econômica da Saúde e as hipóteses da desigualdade social influenciando a saúde mental dos estudantes universitários. Na segunda parte são expostos os métodos de coleta de dados. Na terceira, quarta e quinta parte são apresentados os resultados, as discussões, e a conclusão do artigo, respectivamente. Por fim, são apontados as limitações e orientação de pesquisas futuras.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a construção desse debate, será utilizado como fundamentação teórica a discussão da Sociologia Econômica da Saúde.

### 2.1 SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE

A sociologia econômica é um campo que vem se desenvolvendo e ganhando destaque nos últimos anos. Desde a década de 1985 com a publicação de “*Economic action and social structure: the problem of embeddedness*” (Granovetter, 1985) ela vem (re)surgindo com discussões cada vez mais abrangentes e atuais. A disciplina pode ser entendida como a maneira pela qual as relações econômicas e sociais coexistem e não convivem de maneira separada (Zelizer, 2009). Compreendendo uma relação na qual a economia está imersa nas relações sociais, e “são enraizados como um conjunto” (Swedberg, 2004, p.). Uma das áreas onde essa relação pode ser percebida são nos cuidados de saúde.

A saúde é composta por diversos fatores como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação e transporte (Brasil, 1990). Através dos fatores que compõe esses cuidados é possível identificar sua estreita relação com a Sociologia Econômica, afinal, uma das maneiras pela qual a organização social e econômica de uma população pode ser expressa é através de seus níveis em cuidados de saúde. Caracterizando dessa forma, a esfera econômica e social conectadas e imersas (*embeddedness*), proposta pela Sociologia Econômica.

Um dos campos que também compõe os cuidados de saúde é a saúde mental. Essa dimensão dos cuidados de saúde é formada por diversos fatores que englobam as relações

sociais e econômicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde mental pode ser definida como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse cotidiano, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade” (OMS, 2014, grifo da autora). Nessa definição é possível identificar conceitos que remetem aos fatores econômicos e sociais estudados pela Sociologia Econômica, como o bem-estar, que para Gaino et al. (2018) é fortemente influenciado pela cultura, logo pelos fatores sociais que a compõe. Além disso, a definição da OMS também apresenta o conceito de trabalhar produtivamente remetendo a renda, aspecto econômico básico como outro fator fundamental da saúde mental.

Dessa forma, é possível compreender que os cuidados de saúde, em específico a saúde mental, podem compor uma discussão dentro do campo da Sociologia Econômica que denominamos Sociologia Econômica da Saúde. Portanto, a fim de alcançar o objetivo de pesquisa proposto, ou seja, compreender se a desigualdade social influenciou a saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19. Foram utilizados os seguintes construtos: para mensurar “desigualdade social”, foram utilizadas as variáveis categóricas “renda” e “não possuir plano de saúde”, enquanto para mensurar “saúde mental” foram utilizados os construtos “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”. Desse modo, foram elaboradas as hipóteses a seguir para responder ao problema de pesquisa.

## 2.2 DESIGUALDADE SOCIAL INFLUENCIANDO A SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

A pandemia da Covid-19 trouxe diversos malefícios, dentre eles estão: o medo real da morte, sentimento de impotência frente a doença, mudanças nas rotinas de trabalho e estudo, dificuldades econômicas, além do isolamento social tomado como medida para a contenção do vírus. Todos esses fatores desencadearam implicações na saúde mental da população (Ornell et al., 2020). Logo, quando tratamos de saúde mental três preocupações são descritas: o senso de perigo, os sintomas de angústia e o bem-estar psicológico.

O senso de perigo influencia a reação das pessoas durante períodos de adversidades (Scott et al, 2013). Para Kimhi et al (2021) eventos ameaçadores e dolorosos, como a crise da Covid-19, diminuem o senso básico de segurança das pessoas e podem aumentar a sensação contínua de perigo. Esse senso influencia fortemente e negativamente a reação das pessoas a essas adversidades (Scott, Poulin & Cohen Silver, 2012), influenciando assim sua saúde mental em situações de crise.

Para Kimhi et al. (2020) os sintomas de angústia estão relacionados a problemas emocionais e comportamentais como a depressão, ansiedade e luto, ou seja, são relacionados a comportamentos negativos. Ademais, diversos estudos vêm apontando que eventos como a pandemia da Covid-19, aumentam os sintomas de angústia (Wu et al. 2009; Horesh et al, 2020; Kimhi et al, 2020) e influenciam a saúde mental das pessoas.

Contudo, o bem-estar psicológico está relacionado aos sentimentos subjetivos de saúde e uma percepção positiva da qualidade de vida da pessoa (Hernandez et al. 2018). De acordo com Naci e Ioannidis (2015) o bem-estar não está ligado apenas a saúde física, mas também a mental, sendo um fator fundamental e que se tornou um desafio durante a pandemia do coronavírus (Trudel-Fitzgerald et al., 2019). Estudos de Qiu et al (2020) apontaram que a pandemia da Covid-19 vem prejudicando o padrão de vida por diversas limitações resultantes das medidas tomadas para combater a propagação do vírus.

Além disso, várias pesquisas têm relatado as implicações econômicas que a pandemia tem causado na saúde mental das pessoas (Trudel-Fitzgerald et al, 2019; Grandey, Sayre & French, 2021; Wanberg et al, 2020). Estudos anteriores também mostraram que as preocupações com as dificuldades financeiras estão relacionadas à uma pior saúde mental (McCloud & Bann, 2019). Dessa forma, acreditamos que a desigualdade social (“renda” e “não possuir plano de saúde”) pode influenciar três mecanismos relacionados a saúde mental dos estudantes (“senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”) durante a pandemia da Covid-19.

Utilizamos, além da renda, não possuir plano de saúde para mensurar desigualdade social, pois no Brasil, o acesso a assistência privada à saúde indica formalização no mercado de trabalho quando o plano de saúde é pago pela empresa, ou melhores condições econômicas, as quais possibilitam deduzir do imposto de renda os valores pagos à saúde privada. O Brasil possui um sistema público e gratuito universal de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), todavia, entre os países com acesso universal a saúde, o Brasil é o único no qual os gastos privados com a saúde são maiores que os gastos públicos (Silveira et al, 2020). No país, apenas 25% da população possui plano de saúde e ter acesso a ele é dezesseis vezes mais frequente na parcela socialmente privilegiada pela distribuição de renda (Neri & Soares, 2002). Além disso, no país existe a percepção de que o plano de saúde, como algo privado, é melhor que o sistema de saúde público, pois 53% dos gastos em saúde públicos, são investidos na saúde privada (IESS, 2021).

Partindo da perspectiva da Sociologia Econômica da Saúde, podemos acreditar que a desigualdade social (“plano de saúde” e “renda”) pode influenciar três mecanismos

relacionados a saúde mental dos estudantes (“senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”) durante a pandemia da Covid-19. Todos são fundamentais para a qualidade de vida dos estudantes universitários, e podem ser percebidos de uma maneira imbricada e conectada (Zelizer, 2009).

Com base nas discussões acima, o argumento proposto é que a desigualdade social influenciou a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19, dessa forma as seguintes hipóteses foram elaboradas:

**Hipótese 1: Renda influenciou a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.**

Hipótese 1a: Quanto menor a renda maior o senso de perigo dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.

Hipótese 1b: Quanto menor a renda maior os sintomas de angústia dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.

Hipótese 1c: Quanto menor a renda menor o bem-estar dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.

**Hipótese 2: Não possuir plano de saúde influenciou negativamente a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.**

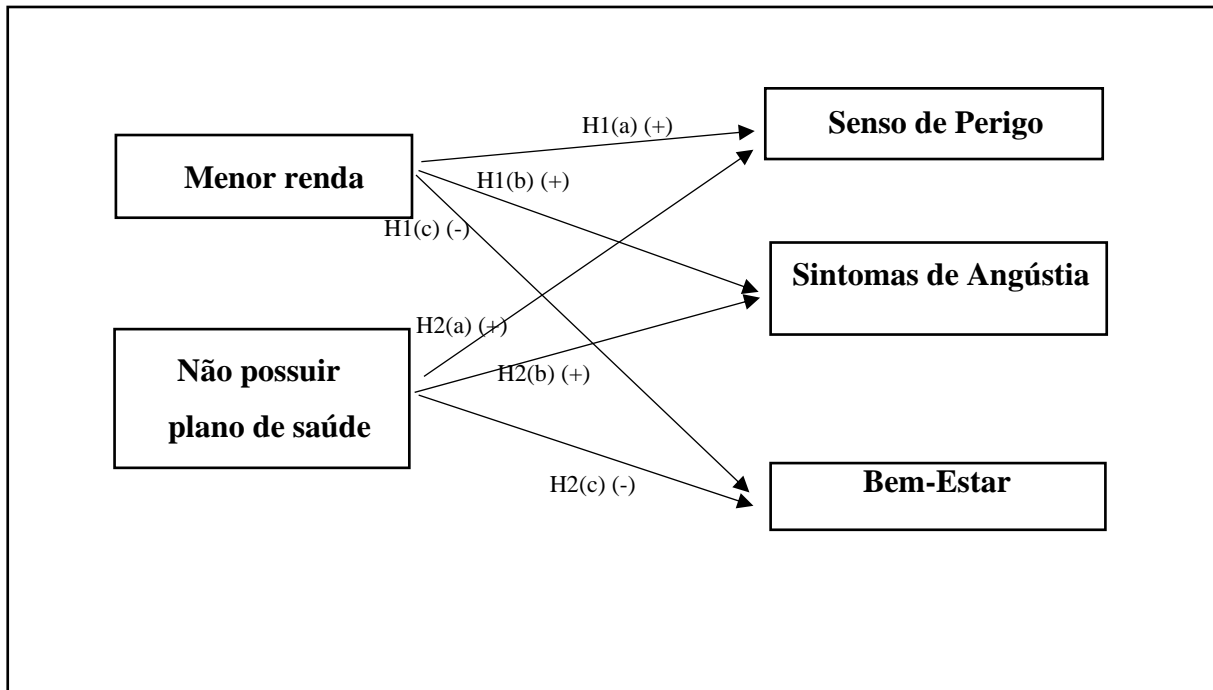
Hipótese 2a: Não possuir plano de saúde aumentou o senso de perigo dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.

Hipótese 2b: Não possuir plano de saúde aumentou os sintomas de angústia dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.

Hipótese 2c: Não possuir plano de saúde diminuiu o bem-estar dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19.

A figura 1 apresenta o esquema de hipóteses elaboradas.

**Figura 1- Esquema das hipóteses 1(a), (b) e (c), e 2(a), (b) e (c)**



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para complementar o modelo proposto, também foram utilizadas variáveis de controle, sendo elas: (a) Resiliência Individual (Connor-Davidson Resilience Short Scale, 2003; Campbell & Stein 2007); (b) Religiosidade; (c) Ajuda financeira aos pais; (d) Dificuldades financeiras; (e) Trabalhando; (f) Política; (g) Isolamento; (h) Corona; (i) Isolamento da família; (j) Tipo de instituição; (k) Grau de instrução; (l) Ano escolar; (m) Região da Instituição de Ensino Superior; (n) Idade e (o) Gênero.

### 3 MÉTODO

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de um formulário on-line, hospedado na plataforma SurveyMonkey, contendo todas as perguntas de pesquisa. Ele foi distribuído através das redes sociais de modo on-line, utilizando o método bola de neve. Também foi solicitado para os chefes, chefes-adjuntos, coordenadores e coordenadores-adjuntos dos departamentos de diversos cursos de várias Instituições de Ensino Superior, que divulgassem o formulário nos e-mails de seus alunos. Foi informado no formulário, que a participação era voluntária, para maiores de 18 anos, e que a sua conclusão indicava a aprovação para participar do estudo. Dessa forma, os dados foram coletados de maneira anônima, e seguiu as orientações éticas da CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, res. 510/2016-CNS) conforme

aprovação do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 44955521.6.0000.0104.

### 3.1 AMOSTRA

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2021. Foram coletadas 1.514 respostas, das quais 970 (64,06%) foram válidas. A amostra foi bastante diversificada e incluiu respondentes de 17 estados brasileiros, das cinco regiões do país (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste, Sul), sendo um total de 70 instituições de ensino superior (conforme Anexo).

Do total da amostra, 64,33% (N=624) eram do sexo feminino. A média de idade dos respondentes foi de 26,6 anos (DP=8,43). A maioria dos estudantes universitários cursavam o bacharelado (51,96%) possuindo também estudantes de licenciatura (17,32%), mestrado (12,89%), doutorado (12,27%), tecnólogo (2,37%) e especialização (1,75%). A maior parte dos estudantes universitários estavam no segundo ano (24,54%), enquanto a minoria estava no quinto ano ou acima (17,42%).

Além disso, estabelecida a renda familiar bruta média no Brasil de R\$ 5.088,20 por mês, 19,18% dos respondentes tinham renda muito abaixo da média, 28,45% abaixo da média, 25,05% na média, 21,24% mais alta do que a média e 5,67% muito mais alta do que a média. A tabela 1 apresenta as principais características da amostra.

Tabela 1: Estatísticas descritivas

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Nº de respondentes</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Gênero</b>	Feminino	624	64,33%
	Masculino	340	35,05%
	<b>Omissos</b>	<b>6</b>	<b>0,62%</b>
<b>Idade</b>	< 25	526	54,23%
	>26<35	284	29,28%
	>36<45	83	8,56%
	>46<55	40	4,12%
	>56	16	1,65%
	<b>Omissos</b>	<b>21</b>	<b>2,16%</b>
<b>Renda</b>	Muito abaixo de R\$ 5.088,20 por mês	186	19,18%
	Abaixo de 5.088,20 por mês	276	28,45%
	Em torno de 5.088,20 por mês	243	25,05%
	Mais alta do que 5.088,20 por mês	206	21,24%
	Muito mais alta do que 5.088,20 por mês	55	5,67%
	<b>Omissos</b>	<b>4</b>	<b>0,41</b>
<b>Educação</b>	Bacharelado	504	51,96%
	Licenciatura	168	17,32%
	Mestrado	125	12,89%
	Doutorado	119	12,27%
	Tecnólogo	23	2,37%
	Especialização	17	1,75%
	<b>Omissos</b>	<b>14</b>	<b>1,44%</b>
<b>Ano de estudo</b>	Primeiro	195	20,10%
	Segundo	238	24,54%
	Terceiro	172	17,73%
	Quarto	183	18,87%
	Quinto ou acima	169	17,42%
	<b>Omissos</b>	<b>13</b>	<b>1,34%</b>
<b>Região</b>	Sul	514	52,99%
	Nordeste	168	17,32%
	Sudeste	131	13,50%
	Norte	70	7,22%
	Centro-Oeste	29	2,99%
	<b>Omissos</b>	<b>58</b>	<b>5,98%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Ademais, o número máximo de respondentes de uma Instituição de Ensino Superior foi (302)<sup>7</sup>, enquanto algumas instituições tiveram apenas um respondente. Do total dos

<sup>7</sup> Apesar do número grande de participantes dessa Instituição de Ensino Superior na amostra, ela não apresentou diferença de média com as demais instituições de ensino superior nos construtos “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”, mas apresentou diferença em algumas categorias das variáveis “renda” e “plano de saúde”, conforme apêndice 1.



respondentes, 88,5% são de Instituições de Ensino Superior, classificadas como universidades, ou seja, aquelas que possuem ensino, pesquisa e extensão. E 80,8% dos respondentes pertenciam a instituições de ensino superior público.

### 3.2 PROCEDIMENTO E MEDIÇÃO

Foi desenvolvido um questionário com 55 questões. Para mensurar desigualdade social foram utilizadas duas medidas, “renda” e “não possuir plano de saúde”. A variável “renda” foi mensurada com a seguinte pergunta: “A renda familiar bruta média no meu país por mês é R\$ 5.088,20. Qual é a renda da sua família?” “Muito abaixo da média”, “Abaixo da média”, “Média”, “Mais alta do que a média”, ou “Muito mais alta do que a média”. Para a medida de “não possuir plano de saúde” foi realizado a seguinte pergunta: “Você possui plano de saúde?” “Sim” ou “Não”.

Para a mensuração de saúde mental foram considerados três construtos “senso de perigo” (baseado em Solomon e Prager, 1992), “sintomas de angústia” utilizando subescalas de ansiedade e depressão, da escala BSF; (BSI, Derogatis & Savitz, 2000; Derogatis & Spencer, 1982) e “bem-estar” (Kimhi & Eshel, 2009). O construto “senso de perigo” mensura os sentimentos de medo e ansiedade devido à pandemia de coronavírus. Foi empregada uma escala de “senso de perigo” de dez itens, baseada na escala de Solomon e Prager (1992) e referida como um senso de perigo persistente no contexto de ameaças à segurança. No entanto, em vez do termo “segurança”, a ameaça foi modificada para a “ameaça de pandemia da Covid-19” em todas as questões relevantes. As respostas foram classificadas em uma escala tipo Likert variando de 1 (Nem um pouco) a 5 (Extremamente).

O construto “sintomas de angústia” foi utilizado para revelar as respostas negativas à pandemia de coronavírus. O nível de sintomas de angústia individual, no contexto da pandemia Covid-19, foi mensurado por nove itens que dizem respeito à ansiedade e à depressão. As respostas foram classificadas em uma escala tipo Likert variando de 1 (Nem um pouco) a 5 (Extremamente). Por questões éticas, não incluímos o item referente a pensamentos suicidas.

Por fim, o construto que mensura o “bem-estar”, que é a sensação subjetiva de saúde e uma percepção positiva da qualidade de vida do indivíduo (Hernandez et al., 2018), possui nove itens e descreveu os pontos fortes individuais percebidos nos domínios do trabalho, saúde, recreação, contatos sociais mais amplos, realizações, relações familiares, funcionamento diário, relações com amigos e avaliação geral da vida. A escala de resposta de seis pontos variou de 1 (Bem ruim) a 6 (Muito bom/boa).

Também foram utilizadas como variáveis de controle:

(a) Resiliência Individual (Connor-Davidson Resilience Short Scale, 2003; Campbell & Stein 2007): A resiliência individual consiste na capacidade de manter uma trajetória estável e saudável após passar por um evento adverso (Bonanno, 2004). Esse construto foi mensurado pela escala de Connor Davidson de dez itens e foi avaliada por respostas de 5 pontos, variando de 0 (Nem um pouco verdadeiro), a 4 (Quase sempre verdadeiro). O alfa de Cronbach de 0,88 indica uma confiabilidade dentro do esperado.

(b) Religiosidade: A variável categórica foi mensurada com a pergunta: Como você se definiria com respeito à religiosidade? 1.Secular/Laico 2.Tradicional 3.Regilioso/a 4. Muito Religioso/a.

(c) Ajuda financeira aos pais: A variável foi mensurada com a seguinte pergunta: Em que medida, se for o caso, você está ajudando seus pais financeiramente nos dias de hoje? 1. De forma alguma 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Muito 5. Muitíssimo.

(d) Dificuldades financeiras: A variável categórica “Dificuldades financeiras” foi mensurada com a seguinte pergunta: Você está passando por dificuldades financeiras nos dias de hoje? 1. De forma alguma 2. Um pouco 3. Moderadamente 4. Muito 5. Muitíssimo.

(e) Trabalhando: A variável categórica “Trabalhando” foi mensurada com a seguinte pergunta: Você está trabalhando nos dias de hoje? 1. De forma alguma 2. Muito parcialmente (menos de 4 horas de trabalho) 3. Moderadamente (cerca de 4 horas de trabalho) 4. Em grande medida (mais de 4, mas menos de 8 horas de trabalho) 5. Em uma medida muito grande (tempo integral).

(f) Política: A variável categórica “política” foi mensurada com a seguinte pergunta: Como você se descreveria politicamente? 1. Fortemente de direita. 2. De direita. 3. De centro. 4. De esquerda. 5. Fortemente de esquerda.

(g) Isolamento: A variável categórica “Isolamento” foi mensurada com a seguinte pergunta: Você esteve recentemente ou está agora em isolamento em casa como resultado da crise do Coronavírus? 1. Sim 2. Não.

(h) Corona: A variável categórica “Corona” foi mensurada com a seguinte pergunta: Você pegou covid durante a pandemia? 1. Sim 2. Não.

(i) Isolamento da família: A variável categórica “Isolamento da família” foi mensurada com a seguinte pergunta: Algum dos seus familiares próximos está agora ou esteve recentemente em isolamento como resultado da crise do Coronavírus? 1. Sim 2. Não.

(j) Tipo de instituição: A variável “Tipo de instituição” foi mensurada com a seguinte pergunta: 10. Qual é o tipo de instituição acadêmica em que você estuda? 1. Faculdade 2. Centro Universitário 3. Universidade.

(k) Grau de instrução: A variável “Grau de instrução” foi mensurada com a seguinte pergunta: 12. Para qual grau de instrução você está estudando? 1. Tecnólogo 2. Licenciatura 3. Bacharelado 4. Especialização 5. Mestrado 6. Doutorado.

(l) Ano escolar: A variável categórica “Ano Escolar” foi mensurada com a seguinte pergunta: Em que ano do curso você está estudando atualmente? 1. Primeiro 2. Segundo 3. Terceiro 4. Quarto 5. Quinto ou acima.

(m) Região da Instituição de Ensino Superior: A variável foi mensurada com a seguinte pergunta: Qual é o nome da instituição acadêmica em que você está estudando? As respostas foram categorizadas de acordo com as cinco regiões brasileiras: norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste, de acordo com a localização da instituição acadêmica do respondente.

(n) Gênero: A variável categórica “Gênero” foi mensurada com a seguinte pergunta: Seu gênero 1. Masculino 2. Feminino.

(o) Idade: A variável foi mensurada com a seguinte pergunta: Qual é a sua idade? (por favor escreva um número de dois dígitos).

### 3.3 ESTRATÉGIA ANALÍTICA

Para realizar a análise dos dados e testes de hipóteses foi utilizado a análise multivariada de covariância através do software JAMOV v.1.6.23. A MANCOVA foi empregada pois analisa diversas variáveis de resposta contínuas e preditores categóricos ao mesmo tempo. Além disso, permite a inserção de variáveis de controle ao modelo. Possibilitando ainda o controle do erro tipo I (Field, 2013).

#### **3.3.1 Validação do modelo de medição: verificando pressupostos e confiabilidade**

Após a coleta de dados, as respostas foram analisadas quanto à validade e confiabilidade para confirmar sua adequação antes de conduzir a análise de dados e apresentar os resultados. Para isso, verificamos os pressupostos de normalidade multivariada e homogeneidade das matrizes de covariância.

O teste Shapiro-Wilk de normalidade multivariada foi de  $p=0,338$ , portanto os dados apresentam distribuição normal. Quanto a homogeneidade das matrizes de covariância, o

pressuposto não foi atendido, portanto para relatar os resultados foi utilizado o teste *Pillai's Trace*. A validade e confiabilidade dos construtos foram mensurados através do Alfa de Cronbach que foram todos superiores a 0,8: “senso de perigo” ( $\alpha=0,83$ ); “sintomas de angústia” ( $\alpha=0,89$ ); “bem-estar” ( $\alpha=0,85$ ); e “resiliência individual” ( $\alpha=0,88$ ).

A tabela 2 apresenta as correlações de Pearson entre as variáveis do estudo.

**Tabela 2: Correlações de Pearson entre as variáveis do estudo**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>1.Senso de Perigo</b>	-																	
<b>2.Sintomas de Angústia</b>	0,532**	-																
<b>3.Bem-Estar</b>	-0,345**	-0,583**	-															
<b>4.Plano de Saúde</b>	0,238**	0,082*	-0,111**	-														
<b>5.Renda</b>	-0,406**	-0,191**	0,239**	-0,468**	-													
<b>6.Resiliência Individual</b>	-0,241**	-0,498**	0,480**	-0,081*	0,196**	-												
<b>7.Religiosidade</b>	-0,064*	-0,194**	0,221**	-0,037	0,034	0,136**	-											
<b>8. Ajudando os pais</b>	0,023	-0,008	0,092*	-0,044	-0,037	0,102*	0,063	-										
<b>9. Dificuldades financeiras</b>	0,456**	0,256**	-0,314**	0,319**	-0,485**	-0,137**	-0,079*	0,047	-									
<b>10. Trabalhando</b>	-0,187**	-0,150**	0,234**	-0,163**	0,160**	0,190**	0,081*	0,343**	-0,168**	-								
<b>11.Politica</b>	0,246**	0,260**	-0,156**	0,040	-0,076*	-0,175**	-0,335**	0,042	0,063	-0,017	-							
<b>12. Isolamento</b>	-0,121**	-0,175**	0,203**	0,004	-0,016	0,089*	0,120**	0,059	-0,045	0,216**	-0,151**	-						
<b>13.Corona</b>	-0,024	-0,003	0,060	-0,003	-0,003	0,003	-0,052	0,043	-0,064*	0,040	0,060	0,069*	-					
<b>14. Isolamento da Família</b>	-0,085*	-0,088*	0,099*	-0,013	0,000	0,076*	-0,024	0,026	-0,038	0,099*	-0,035	0,351**	0,078*	-				
<b>15. Grau de instrução</b>	-0,184**	-0,102*	0,061	-0,177**	0,286**	0,131**	0,022	0,006	-0,160**	0,255**	-0,010	-0,058	0,073*	0,028	-			
<b>16. Ano escolar</b>	0,083*	0,091*	-0,066*	0,079*	-0,046	-0,105*	-0,029	0,042	0,044	0,050	-0,000	0,004	-0,044	-0,038	-0,239**	-		
<b>17. Gênero</b>	0,089*	0,181**	-0,038	-0,007	-0,010	-0,166**	0,120**	-0,056	-0,032	-0,066*	0,052	0,031	-0,017	-0,075*	-0,022	0,021	-	
<b>18. Idade</b>	-0,137**	-0,261**	0,081*	-0,082*	0,162**	0,203**	0,098*	0,085*	-0,019	0,239**	-0,014	-0,033	0,034	-0,047	0,370**	0,088*	-0,057	-

Notas: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

Fonte: Dados da pesquisa.

## 4 RESULTADOS

Abaixo são apresentados os principais resultados da pesquisa.

### 4.1 TESTANDO HIPÓTESES

Para análise das hipóteses foi utilizado a MANCOVA. Dessa forma, para o exame das hipóteses H1 (a), (b) e (c) e H2 (a), (b) e (c) as variáveis “renda” e “não possuir plano de saúde” foram consideradas como variáveis independentes, enquanto os construtos “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar” foram considerados como variáveis dependentes. O construto “resiliência individual” e as variáveis “religiosidade”, “ajuda financeira aos pais”, “dificuldades financeiras”, “trabalhando”, “política”, “isolamento”, “corona”, “isolamento da família”, “tipo de instituição”, “grau de instrução”, “ano escolar”, “região da instituição de ensino superior”, “gênero” e “idade” foram utilizadas como variáveis de controle.

Os resultados da MANCOVA apontaram que a variável “renda” e “não possuir plano de saúde” tiveram efeito sobre todas as variáveis dependentes com *Pillai's Trace*  $<0,001$ . A interação entre as variáveis independentes não foi significativa ( $p=0,790$ ). Com relação as variáveis de controle os resultados foram: “resiliência individual” ( $p<0,001$ ), “religiosidade” ( $p<0,001$ ), “ajuda financeira aos pais” ( $p=0,129$ ), “dificuldades financeiras” ( $p<0,001$ ), “trabalhando” ( $p<0,001$ ), “política” ( $p<0,001$ ), “isolamento” ( $p<0,001$ ), “corona” ( $p=0,530$ ), “isolamento da família” ( $p=0,518$ ), “tipo de instituição” ( $p=0,106$ ), “grau de instrução” ( $p=0,083$ ), “ano escolar” ( $p=0,501$ ), “região da instituição de ensino superior” ( $p=0,043$ ), “gênero” ( $p<0,001$ ), e “idade” ( $p<0,001$ ).

Verificamos também os resultados dos testes univariados para examinar o efeito sobre cada uma das variáveis dependentes e sobre as variáveis de controle. Para a variável dependente “renda” os resultados dos testes univariados foram significativos para “senso de perigo” ( $F=35,43$ ), “sintomas de angústia” ( $F=10,41$ ) e “bem-estar” ( $F=15,23$ ), corroborando parcialmente as hipóteses H1 (a), (b) e (c), respectivamente. Enquanto para a variável “não possuir plano de saúde” os resultados foram significativos para “senso de perigo” ( $F=62,53$ ), “sintomas de angústia” ( $F=4,47$ ) e “bem-estar” ( $F=9,05$ ), dessa forma, corroboramos parcialmente as hipóteses H2 (a), (b) e (c), respectivamente.

Dessa forma, é possível concluir que as variáveis “renda” e “não possuir plano de saúde”, influenciam as variáveis “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”, conforme indicado nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3: Resultados da MANCOVA para o critério de *Pillai's Trace*

Variável	Valor	F	Hipótese gl	Erro gl	Significância
<b>Plano de Saúde</b>	0,078	23,067	3	819	<0,001**
<b>Renda</b>	0,188	13,759	12	2463	<0,001**
<b>Plano de Saúde*Renda</b>	0,009	0,662	12	2463	0,790
<b>Resiliência Individual</b>	0,317	126,858	3	819	<0,001**
<b>Religiosidade</b>	0,049	14,038	3	819	<0,001**
<b>Ajudando os pais</b>	0,007	1,897	3	819	0,129
<b>Dificuldades financeiras</b>	0,132	41,544	3	819	<0,001**
<b>Trabalhando</b>	0,028	7,829	3	819	<0,001**
<b>Política</b>	0,058	16,973	3	819	<0,001**
<b>Isolamento</b>	0,025	6,995	3	819	<0,001**
<b>Corona</b>	0,003	0,737	3	819	0,530
<b>Isolamento da família</b>	0,003	0,758	3	819	0,518
<b>Tipo de instituição</b>	0,007	2,047	3	819	0,106
<b>Grau de instrução</b>	0,008	2,235	3	819	0,083
<b>Ano escolar</b>	0,003	0,787	3	819	0,501
<b>Região da IES</b>	0,009	2,728	3	819	0,043*
<b>Gênero</b>	0,038	10,904	3	819	<0,001**
<b>Idade</b>	0,058	16,712	3	819	<0,001**

Notas: \*Significativo a 95%; \*\*Significativo a 99%.

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 4 apresenta os resultados dos testes univariados.

Tabela 4: Resultados dos testes univariados

Variáveis	Efeito	Tipo III SQ	gl	Média quadrada	F	Significância
<b>Plano de Saúde</b>	Senso de perigo	20,250	1	20,250	62,528	<0,001
	Sintomas de Angústia	2,236	1	2,236	4,466	0,035
	Bem-estar	4,863	1	4,863	9,055	0,003
<b>Renda</b>	Senso de perigo	45,894	4	11,473	35,427	<0,001
	Sintomas de Angústia	20,855	4	5,213	10,414	<0,001
	Bem-estar	32,710	4	8,177	15,226	<0,001
<b>Plano de Saúde*Renda</b>	Senso de perigo	1,352	4	0,338	1,044	0,383
	Sintomas de Angústia	1,390	4	0,347	0,694	0,596
	Bem-estar	0,699	4	0,174	0,325	0,861
<b>Resiliência Individual</b>	Senso de perigo	10,386	1	10,386	32,072	<0,001
	Sintomas de Angústia	148,876	1	148,876	297,357	<0,001
	Bem-estar	129,312	1	129,312	240,770	<0,001
<b>Religiosidade</b>	Senso de perigo	0,469	1	0,469	1,449	0,229
	Sintomas de Angústia	11,646	1	11,646	23,262	<0,001
	Bem-estar	18,762	1	18,762	34,934	<0,001
<b>Ajudando os pais</b>	Senso de perigo	0,183	1	0,183	0,565	0,452
	Sintomas de Angústia	0,547	1	0,547	1,094	0,296
	Bem-estar	1,154	1	1,154	2,149	0,143
<b>Dificuldades financeiras</b>	Senso de perigo	33,982	1	33,982	104,929	<0,001
	Sintomas de Angústia	13,087	1	13,087	26,139	<0,001
	Bem-estar	20,614	1	20,614	38,381	<0,001
<b>Trabalhando</b>	Senso de perigo	3,213	1	3,213	9,921	0,002
	Sintomas de Angústia	2,473	1	2,473	4,939	0,027
	Bem-estar	9,367	1	9,367	17,442	<0,001
<b>Política</b>	Senso de perigo	14,302	1	14,302	44,161	<0,001
	Sintomas de Angústia	9,733	1	9,733	19,440	<0,001
	Bem-estar	0,022	1	0,022	0,040	0,840
<b>Isolamento</b>	Senso de perigo	1,995	1	1,995	6,160	0,013
	Sintomas de Angústia	5,814	1	5,814	11,614	<0,001
	Bem-estar	8,719	1	8,719	16,234	<0,001
<b>Corona</b>	Senso de perigo	0,234	1	0,234	0,723	0,395
	Sintomas de Angústia	0,011	1	0,011	0,023	0,878
	Bem-estar	0,719	1	0,719	1,340	0,247
<b>Isolamento da família</b>	Senso de perigo	0,268	1	0,268	0,828	0,363
	Sintomas de Angústia	0,009	1	0,009	0,018	0,891
	Bem-estar	0,681	1	0,681	1,269	0,260



<b>Tipo de instituição</b>	Senso de perigo	0,734	1	0,734	2,267	0,133
	Sintomas de Angústia	0,471	1	0,471	0,941	0,332
	Bem-estar	0,790	1	0,790	1,472	0,225
<b>Grau de instrução</b>	Senso de perigo	0,420	1	0,420	1,297	0,255
	Sintomas de Angústia	0,038	1	0,038	0,077	0,780
	Bem-estar	2,084	1	2,084	3,880	0,049
<b>Ano escolar</b>	Senso de perigo	0,446	1	0,446	1,378	0,241
	Sintomas de Angústia	0,244	1	0,244	0,488	0,485
	Bem-estar	0,746	1	0,746	1,390	0,239
<b>Região da IES</b>	Senso de perigo	0,024	1	0,024	0,075	0,784
	Sintomas de Angústia	2,662	1	2,662	5,317	0,021
	Bem-estar	0,001	1	0,001	0,002	0,960
<b>Gênero</b>	Senso de perigo	1,719	1	1,719	5,309	0,021
	Sintomas de Angústia	10,582	1	10,582	21,136	<0,001
	Bem-estar	0,642	1	0,642	1,196	0,274
<b>Idade</b>	Senso de perigo	0,630	1	0,630	1,947	0,163
	Sintomas de Angústia	19,760	1	19,760	39,468	<0,001
	Bem-estar	6,95e-4	1	6,95e-4	0,001	0,971
<b>Resíduos</b>	Senso de perigo	265,891	821	0,323		
	Sintomas de Angústia	411,046	821	0,500		
	Bem-estar	440,940	821	0,537		

Notas: Senso de Perigo a  $R^2= 0,336$ ; Sintomas de Angústia a  $R^2= 0,377$ ; Bem-estar a  $R^2= 0,34$ .  
Fonte: Dados da pesquisa.

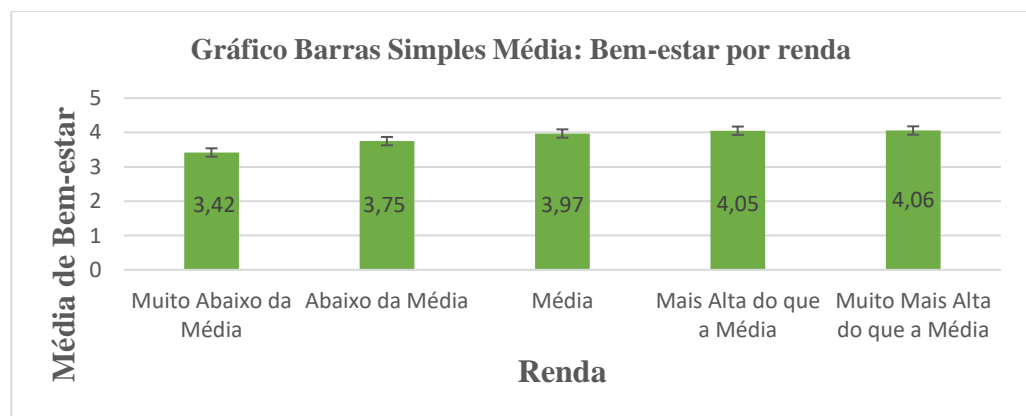
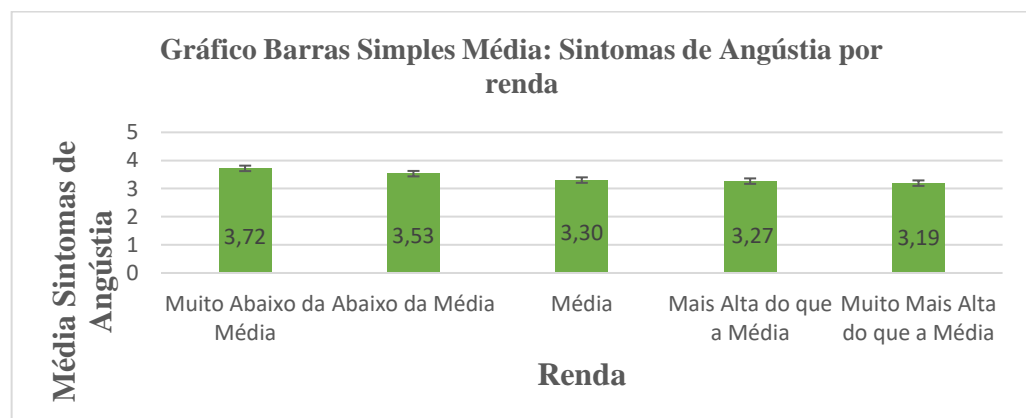
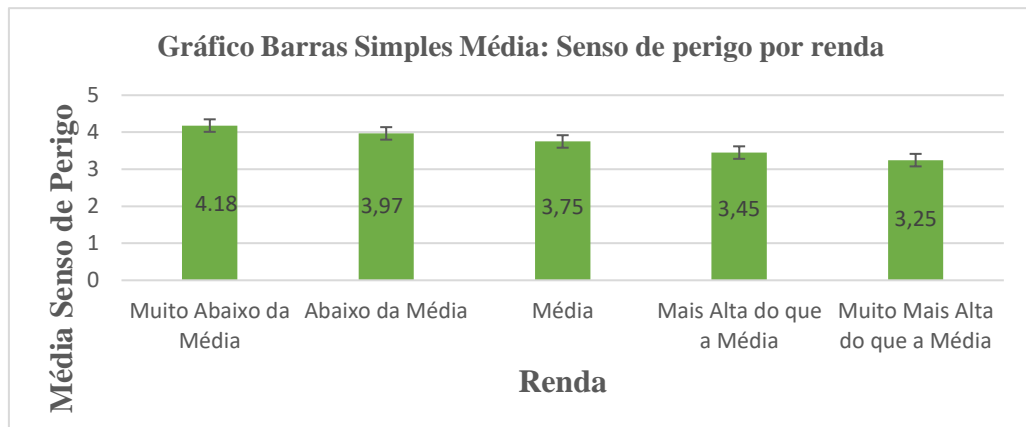
#### 4.2 EFEITOS DE RENDA E NÃO POSSUIR PLANO DE SAÚDE SOBRE OS CONSTRUTOS “SENSO DE PERIGO”, “SINTOMAS DE ANGÚSTIA” E “BEM-ESTAR”

Após realizado a MANCOVA e corroboradas parcialmente as hipóteses H1 (a), (b) e (c) e H2 (a), (b) e (c), foram analisados através das médias, os efeitos das variáveis independentes “renda” e “não possuir plano de saúde” nos construtos “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”.

Dessa forma, chegamos aos seguintes resultados: indivíduos com renda muito abaixo da média tinham maior senso de perigo ( $M=4,18$ ;  $DP=0,58$ ) comparados aqueles abaixo da média ( $M=3,97$ ;  $DP=0,63$ ), com renda média ( $M=3,75$ ;  $DP=0,63$ ), mais alta do que a média ( $M=3,45$ ;  $DP=0,66$ ) e muito mais alta do que a média ( $M=3,25$ ;  $DP=0,75$ ). Indivíduos com renda muito abaixo da média também tinham maiores sintomas de angústia ( $M=3,72$ ;  $DP=0,84$ ) comparados aqueles com renda abaixo da média ( $M=3,53$ ;  $DP=0,84$ ), na média ( $M=3,30$ ;  $DP=0,94$ ), mais alta do que a média ( $M= 3,27$ ;  $DP=0,88$ ) e muito mais alta do que a média ( $M=3,19$ ;  $DP=0,94$ ). Por fim, indivíduos com renda muito abaixo da média apresentavam menor bem-estar ( $M=3,42$ ;

DP=0,93) comparados aqueles com renda abaixo da média (M=3,75; DP=0,88) na média (M=3,97; DP=0,91) mais alta do que a média (M=4,05; DP=0,72) e muito mais alto do que a média (M=4,06; DP=0,97). Conforme apresentado na figura 2 respectivamente.

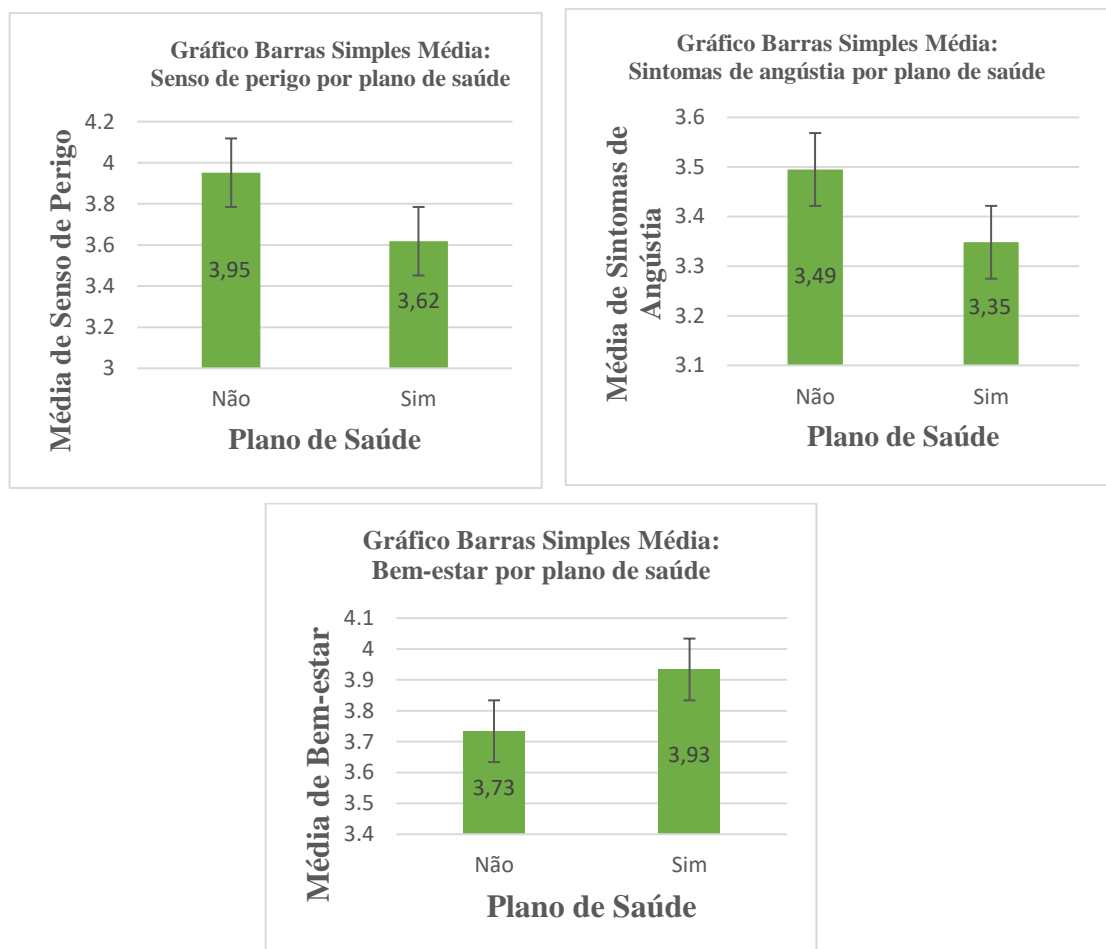
**Figura 2: Gráficos de média de senso de perigo, sintomas de angústia e bem-estar por renda**



Fonte: Dados da pesquisa.

Ademais, indivíduos que não possuíam plano de saúde tinham maior senso de perigo ( $M=3,95$ ;  $DP=0,69$ ) comparados aqueles que tinham ( $M=3,62$ ;  $DP=0,67$ ), maiores sintomas de angústia ( $M=3,49$ ;  $DP=0,88$ ) comparados aqueles que tinham ( $M=3,35$ ;  $DP=0,91$ ) e menor sensação de bem-estar ( $M=3,73$ ;  $DP=0,91$ ) comparados aqueles que tinham ( $M=3,93$ ;  $DP=0,88$ ). Conforme apresentado na figura 3.

**Figura 3: Gráficos de média de senso de perigo, sintomas de angústia e bem-estar por plano de saúde**



Fonte: Dados da pesquisa.

## 5 DISCUSSÃO

Devido a pandemia da Covid-19, várias vidas foram perdidas e milhões foram colocadas em risco em diversas partes do mundo. Além disso, as preocupações com a saúde mental aumentaram significativamente (Fiorillo & Gorwood, 2020; Kimhi, et al 2021; Ballada, et al

2021). Portanto, em períodos de calamidade, como esta pandemia, é necessário compreender os fatores que influenciam a saúde mental, tanto da população em geral, como de determinados grupos, incluindo os estudantes universitários que foram investigados nesse estudo.

Coerente com o que as pesquisas têm revelado sobre saúde mental durante a Covid-19, as variáveis resiliência individual, religiosidade, gênero e idade tem uma relação com a saúde mental, seja mitigando ou amplificando os efeitos do senso de perigo, sintomas de angústia e bem estar. Além disso, a perspectiva política e o fato de ter estado em isolamento também se apresentaram com significância estatística. Também relevante para essa pesquisa, foram os achados de que dificuldades financeiras e o fato de estar trabalhando têm um impacto na saúde mental dos estudantes universitários indicando a importância de fatores econômicos numa pandemia.

Constatamos que com relação as dificuldades financeiras, os estudantes universitários que estavam passando por esses problemas tinham maior senso de perigo, maiores sintomas de angústia e menor sensação de bem-estar comparados aqueles que não estavam com problemas financeiros. A respeito de estar trabalhando, verificamos que quanto menor o volume de trabalho dos estudantes universitários maior era seu senso de perigo e os sintomas de angústia, enquanto menor era seu bem-estar. À medida que a quantidade de horas trabalhadas aumentava, o senso de perigo e os sintomas de angústia diminuía, enquanto sua sensação de bem-estar aumentava.

Nesse artigo foi explorado se a desigualdade social, mensurada por “renda” e “não possuir plano de saúde”, influenciou a saúde mental de estudantes universitários, representada por “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”, para além das variáveis de controle.

Os resultados indicaram que as variáveis “renda” e “não possuir plano de saúde” tiveram influência sobre os construtos “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar”, corroborando parcialmente ambas as hipóteses. Com relação renda, a análise das médias apontou que quanto menor a renda, maior “senso de perigo”, e conforme o aumento da renda dos indivíduos, o “senso de perigo” foi diminuindo. Indivíduos com renda muito abaixo da média também tinham maiores “sintomas de angústia” e conforme a renda aumentava, menores eram esses sintomas. Por fim, indivíduos com renda muito abaixo da média também apresentavam menor “bem-estar” e conforme sua renda aumentava, maior era essa sensação. Corroborando assim as hipóteses H1 (a), (b) e (c).

Com relação a “não possuir plano de saúde” verificamos que os indivíduos que não possuíam plano de saúde tinham maior “senso de perigo”, maiores “sintomas de angústia” e

menor sensação de “bem-estar”, comparados aqueles que tinham. Corroborando assim as hipóteses H2 (a), (b) e (c).

Já no início da pandemia existia uma preocupação em saber como a desigualdade afetaria as populações mais vulneráveis (Bavel et al., 2020). Pesquisas revelaram que entre a população geral, estudantes universitários foram um dos grupos que sofreram durante esse período (Luckás, 2021; Kohls et al, 2021; Maia & Dias, 2020; Teodoro et al, 2021). Essa pesquisa demonstra como a pandemia afetou de maneira desigual esse grupo específico. Desigualdade de renda foi um fator que afetou negativamente a saúde mental dos estudantes. Mas mais importante foi o resultado em um tipo específico de desigualdade, a de acesso aos cuidados de saúde, que tem implicação direta em uma crise sanitária. No Brasil, a desigualdade social traz consigo a desigualdade ao acesso a saúde. Mesmo possuindo um sistema público e universal, o SUS, o qual deveria atender toda a população, os dados demonstram que a maior parte do investimento na saúde acaba por atender aos mais ricos. Os resultados dessa pesquisa demonstram que aqueles com acesso ao sistema privado acabam apresentando um melhor estado de saúde mental. Novamente os mais vulneráveis economicamente acabam sofrendo mais as consequências da pandemia.

A resposta do Governo Federal à Covid-19, tem sido problemática durante todo o período de surto da Covid-19, normalmente, negando a gravidade da situação. Como o Brasil é um país em desenvolvimento, possui menos recursos e capacidade para lidar com os desafios impostos. Essa realidade, como confirmado pelos resultados dessa pesquisa, é mais evidente entre os mais vulneráveis, que não possuem acesso a planos de saúde e dependem exclusivamente do SUS, que é gratuito para a população e financiado pelo governo, mas que vem sofrendo com desinvestimento e desmonte ao longo dos anos (Machado et al., 2012; Saldiva, 2018). O SUS tende a ter um número de atendimento alto, no entanto, os recursos são limitados e cada vez mais reduzidos. A dependência de um sistema que possui tantas deficiências, instabilidade e vulnerabilidade, acarreta numa piora nos indicadores de saúde mental.

Os resultados também reforçam a discussão da Sociologia Econômica da Saúde em que tanto fatores sociais como econômicos estão conectados. Como os fatores que compõe a saúde estão ligados aos fatores econômicos, representados neste estudo por renda e não possuir plano de saúde, esta pesquisa contribui para reforçar como a Sociologia Econômica pode contribuir para estudos da saúde.

Essa discussão abrange não somente o debate da saúde, mas também a saúde mental. Essa última também é influenciada pelos fatores econômicos e sociais, como indicado pelos

resultados da pesquisa. Dessa forma, é possível compreender que os cuidados de saúde, em específico a saúde mental, pode compor uma discussão dentro do campo da Sociologia Econômica da Saúde.

Visto que a saúde é uma das formas em que é possível expressar a organização social e econômica de uma determinada população, os resultados apontam que para o grupo de estudantes universitários as desigualdades sociais influenciam a saúde mental. Portanto, este artigo contribui com a Sociologia Econômica da Saúde expandindo seu conhecimento para o campo da saúde mental.

Por fim, é importante destacar que coerente com estudos anteriores (Kimhi et al., 2020; Kimhi et al., 2021), os achados apontam que mulheres e pessoas mais jovens são mais propensas a sofrimentos psicológicos, considerando as dificuldades financeiras no período da pandemia de Covid-19. Tomadores de decisão e formuladores de políticas públicas devem estar atentos e levar essa informação em consideração no desenvolvimento de políticas públicas específicas para esses grupos.

## **6 CONCLUSÃO**

A crise sanitária da Covid-19 trouxe junto com ela uma série de consequências para além da doença em si, ela teve impactos econômicos e sociais relevantes, mas é preciso destacar outros impactos na saúde, tais como, a diminuição nos cuidados primários a saúde em virtude do medo de ir a hospitais e clínicas médicas, ou o cancelamento de cirurgias eletivas devido a superlotação dos hospitais. A deterioração na saúde mental é mais uma dessas consequências que merece atenção. Os achados da pesquisa destacam duas conclusões que nos ajudam a compreender como fatores econômicos, a desigualdade nesse caso, afetaram a saúde mental nessa pandemia. A primeira é a de que, como já era esperado, a desigualdade social é um fator essencial para se compreender a deterioração da saúde mental. A desigualdade afeta não apenas aspectos mais objetivos, como maior risco de morte e casos graves entre as minorias e a população mais vulnerável, mas causando um impacto negativo na saúde mental. Gestores públicos e os sistemas de saúde precisam estar cientes e preparados para solucionar esse problema.

A segunda conclusão é a mais relevante, pois revela o efeito perverso da desigualdade no acesso a saúde na saúde mental da população. Nesse sentido os resultados da pesquisa são relevantes em virtude das peculiaridades do sistema de saúde brasileiro. O Brasil possui um sistema de saúde universal e gratuito e um sistema privado suplementar, todavia a realidade dos

dados econômicos que se apresentam é que mais de 50% dos gastos com saúde ocorrem no sistema privado, o qual atende em torno de 25% da população. Por exemplo, os gastos do sistema privado com internações hospitalares correspondem a 48,6% do total contra 43% dos gastos públicos que atende quase 75% da população (Silveira et al, 2020). Em uma pandemia que sobrecarregou os hospitais, essa desigualdade de acesso à saúde teve um impacto significativo na deterioração da saúde mental desse grupo mais vulnerável como demonstram os achados de pesquisa.

Por fim, os estudantes universitários, assim como a população em geral, encontraram uma série de situações estressantes devido a pandemia da Covid-19. Esses alunos devem enfrentar uma série de preocupações e complicações, relacionados à conclusão de seus estudos e obtenção do diploma acadêmico. No entanto, aqueles que apresentam maiores dificuldades econômicas devem receber maior atenção por parte dos formuladores de políticas públicas, dentro e fora das Instituições de Ensino Superior, a fim de minimizar os impactos da saúde mental desses estudantes universitários.

## 6.1 LIMITAÇÃO E ORIENTAÇÃO PARA PESQUISAS FUTURAS

Este estudo possui diversas limitações que devem ser mencionadas. Primeiro, como o estudo foi baseado em questionário, existe a falta de medidas objetivas em termos de risco à saúde, econômicos e de segurança, pois o estudo é baseado na percepção dos respondentes. A segunda limitação se refere a amostragem por meio de uma amostra na internet. Mesmo que ela seja grande, incluindo as cinco regiões do Brasil e uma ampla gama de instituições acadêmicas brasileiras, não há garantia que seja uma amostra representativa de estudantes brasileiros. Uma terceira e última limitação é que nosso estudo é correlacional e não permite inferências de causalidade.

Como orientações para pesquisas futuras, sugerimos que o estudo seja realizado em outros países para a generalização das descobertas. Mais estudos envolvendo estudantes universitários são necessários para validar os achados. O estudo também foi realizado durante a segunda onda da pandemia no país, sugerimos que pesquisas futuras possam investigar se a desigualdade social influenciou a saúde mental de estudantes universitários nas outras ondas durante o período de crise. Além disso, estudos poderiam ser realizados com outros públicos além dos estudantes universitários, incluindo uma amostra representativa da população geral.

## REFERÊNCIAS

- Bavel, Jay J.V. et al. (2020) “Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response,” *Nature Human Behaviour*, 4, 460-471.
- Ballada, C. J. A., Aruta, J. J. B. R., Callueng, C. M., Antazo, B. G., Kimhi, S., Reinert, M., Eshel, Y., Marciano, H., Adini, B., Silva, J. D., & Verdu, F. C. (2021). Bouncing back from COVID-19: Individual and ecological factors influence national resilience in adults from Israel, the Philippines, and Brazil. *Journal of community & applied social psychology*.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 03 de jan. 2022.
- Brasil. (2021). COVID. Recuperado de: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 de out. 2021.
- Derogatis, L.R.; Savitz, K.L. The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. 2000. In: *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings*; Maruish, M.E., Ed.; Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ, USA, pp. 297–334.
- Derogatis L. R.; & Spencer, P. M. (1982). *The brief symptom inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Clinical Psychometric Research, Baltimore.
- Durham, E. R. (1998). *As universidades públicas e a pesquisa no Brasil*. São Paulo: USP/NUPES.
- Elisondo, R.C. (2021). Creative activities, emotions, and resilience during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from Argentina. *Public Health*, 195, 118-122.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), 32.
- Gaino, L. V., de Souza, J., Cirineu, C. T., & Tulimosky, T. D. (2018). The mental health concept for health professionals: a cross-sectional and qualitative study. *SMAD, Revista Eletrônica em Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 14(2), 108-116.
- Grandey, A. A.; Sayre, M. G.; French. A.K. (2021). “A Blessing and a Curse”: Work Loss During Coronavirus Lockdown on Short-Term Health Changes via Threat and Recovery. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26(4), 261-275.
- Granovetter, M. S. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510.
- Hernandez, R., Bassett, S. M., Boughton, S. W., Schuette, S. A., Shiu, E. W., & Moskowitz, J. T. (2018). Psychological well-being and physical health: Associations, mechanisms, and future directions. *Emotion Review*, 10(1), 18-29.



Horesh, D.; Brown, A.D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychol. Trauma*, 12, 331

IBGE. (2021). INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desemprego mantém recorde de 14,7% no trimestre encerrado em abril. Recuperado de: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31050-desemprego-mantem-recorde-de-14-7-no-trimestre-encerrado-em-abril>>. Acesso em: 01 de jan. 2022.

IBGE. (2019). INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Com a pandemia, 20 estados têm taxa média de desemprego recorde em 2020. Recuperado de: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30235-com-pandemia-20-estados-tem-taxa-media-de-desemprego-recorde-em-2020>. Acesso em: 29 de out. 2021.

IESS. (2021) INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR. Análise especial do mapa assistencial da Saúde Suplementar no Brasil entre 2015 e 2020. Recuperado de: <https://iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/estudos-especiais-do-iess/analise-especial-do-mapa-assistencial-da-saude-1>. Acesso em 10 de fev. 2022.

Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2020). Distress and Resilience in the Days of COVID-19: Comparing Two Ethnicities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3956.

Kimhi, S., Eshel, Y., Adini, B., Jamir, J., Aruta, J. J.B., Antazo, B., Briones-Diato, A., Reinert, M., Silva, J. D., Verdu, F., Marciano, H. (2021). Distress and Resilience in Days of COVID-19: International Study of Samples from Israel, Brazil, and the Philippines. *Cross-Cultural Research*, 55, 1-23.

Kimhi, S., Eshel, Y. (2009). Individual and public resilience and coping with long term outcomes of war. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 14: 70–89.

Kohls, E.; Baldofski, S.; Moeller, R., Klemm, S. L & Kluge, C. R. (2021). Mental Health, Social and Emotional Well-Being, and Perceived Burdens of University Students During COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany, *Frontiers Psychiatry*, 12, 643957.

Lukács, A. (2021). Mental well-being of university students in social isolation. *European Journal of Health Psychology*.

Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Caderno de Saúde Pública*, 2019; 35(11).

Maia, B. M. M. R.; Dias, P. C. A. (2020). Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da Covid-19. *Estudos de psicologia*, 37, Campinas.

McCloud. T, & Bann, D. (2019). Financial stress and mental health among higher education students in the UK up to 2018: rapid review of evidence. *J Epidemiol Commun Health*. 73, 977-984.

Naci, H.; Ioannidis, J.P. Evaluation of wellness determinants and interventions by citizen scientists. *Jama* 2015, 314, 121–122.

Neri, M., & Soares, W. (2002). Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 18, S77-S87.

Our World in Data. (2021). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Recuperado de: <[https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL)>. Acesso em: 29 de out. 2021.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014). Declaração de Caracas. Recuperado de: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em: 03 de jan. 2022.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235.

Qiu, J.; Shen, B.; Zhao, M.; Wang, Z.; Xie, B.; Xu, Y. (2020) A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatry*, 33, e100312.

Saldiva, P. (2018). Saúde. In: J. Pinsky (Org.), *Brasil: O futuro que queremos* (pp. 25-41). São Paulo, SP: Contexto.

Scott, S. B., Poulin, M. J., & Cohen-Silver, R. (2012). A lifespan perspective on terrorism: Age differences in trajectories of response to 9/11. *Developmental Psychology*, 49(5), 986–998.

Scott, S. B., Poulin, M. J., & Silver, R. C. (2013). A lifespan perspective on terrorism: Age differences in trajectories of response to 9/11. *Developmental Psychology*, 49(5), 986–998.

Silva, C. P.; Albuquerque, F. D. N.; Lopes, B. J. (2021). Representações sociais do desemprego, saúde mental e pandemia da covid-19 em uma pequena amostra brasileira. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 7249-7262.

Silveira, F. G., Noronha, G.S., Funcia, F.R., Ramos, R.L.O., Moraes, R.M., Castro, L.C., & Noronha, J.C. (2020). *Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz.

Solomon, Z.; Prager, E. (1992). Elderly Israeli Holocaust survivors during the Persian Gulf War: a study of psychological distress. *The American Journal of Psychiatry*. 149. 1707-1710.

Swedberg, R. (2004). *Sociologia econômica: hoje e amanhã*. Tempo Social.

Teodoro, M.L.M., Alvares-Teodoro, J., Peixoto C.B., Pereira E.G., Diniz, M.L.N., Freitas, S.K.P., Ribeiro, P.C.C., Gomes, CMA, & Mansur-Alves, M. (2021). Saúde mental em estudantes universitários durante a pandemia de Covid-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(2), 372-382.

Zelizer, V. A. Dinheiro, poder e sexo. (2009). *Cadernos Pagu*, 32, 135-157.

Trudel-Fitzgerald, C., Millstein, R. A., von Hippel, C., Howe, C. J., Tomasso, L. P., Wagner, G. R., & VanderWeele, T. J. (2019). Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC public health*, 19(1), 1-11.

Wanberg, C. R., Csillag, B., Douglass, R. P., Zhou, L., and Pollard, M. S. (2020). Socioeconomic status and well-being during COVID-19: a resource-based examination. *Journal of Applied Psychology*, 105(12), 1382– 1396.

Wu, P.; Fang, Y.; Guan, Z.; Fan, B.; Kong, J.; Yao, Z.; Liu, X.; Fuller, C.J.; Susser, E.; Lu, J.; et al. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can. J. Psychiatry*, 54, 302–311.

Zelizer, V. A. Dinheiro, poder e sexo. (2009). *Cadernos Pagu*, 32, 135-157.

## APÊNDICE I

Apesar do número máximo de respondentes serem de uma instituição de ensino superior (AA11) não houve diferença de média dos respondentes dessa instituição com os estudantes das instituições de ensino superior nacional nos construtos “senso de perigo” ( $M_{AA11}=3,72$   $DP_{AA11}=0,69$ ;  $M_{Nacional}=3,85$   $DP_{Nacional}=0,69$ ), “sintomas de angústia” ( $M_{AA11}=3,50$   $DP_{AA11}=0,86$ ;  $M_{Nacional}=3,41$   $DP_{Nacional}=0,90$ ) e “bem-estar” ( $M_{AA11}=3,81$   $DP_{AA11}=0,87$ ;  $M_{Nacional}=3,82$   $DP_{Nacional}=0,90$ ). No entanto, nas variáveis categóricas “renda” e “não possuir plano de saúde” tiveram diferença significativa de médias entre a instituição AA11 e a média nacional.

Quanto a variável categórica “renda” existe diferença significativa entre a instituição AA11 e o restante das IES na categoria “Muito abaixo da média” e na categoria “Mais alta do que a média”. A instituição possui menor número de estudantes na categoria “Muito abaixo da média” comparados a média nacional, enquanto possui maior número de estudantes na categoria “Mais alta do que a média” comparados a média nacional. Conforme indica a tabela 1.

**Tabela 5:** Diferença de média da Instituição AA11 e a média nacional para a variável categórica renda.

	AA11			IES-BRASIL		
	N	%	R.A.	N	%	R.A.
<b>Renda</b> ( $\chi^2 = 26,833^{**}$ ; Cramer's V = 0,171 <sup>**</sup> )						
Muito abaixo da média	33 <sub>a</sub>	10,9%	-4,6	146 <sub>a</sub>	23,7%	4,6
Abaixo da média	85 <sub>b</sub>	28,1%	-0,3	179 <sub>b</sub>	29,1%	0,3
Média	86 <sub>b</sub>	28,5%	1,7	143 <sub>b</sub>	23,2%	-1,7
Mais alta do que a média	81 <sub>b</sub>	26,8%	3,1	111 <sub>b</sub>	18,0%	-3,1
Muito mais alta do que a média	17 <sub>a,b</sub>	5,6%	-0,2	37 <sub>a,b</sub>	6,0%	0,2

*Notas:* \*\* p < 0,01; \* p < 0,05. R.A = Resíduo Ajustado. Acima de 1,96 indica diferença significativa entre as categorias de um mesmo grupo. Letras sobrescritas (a,b) indicam diferenças entre os grupos: Os mesmos sobrescritos implicam em nenhuma diferença estatística em p<0,05, e sobrescritos diferentes refletem diferenças estatística.

Para a variável categórica “não possui plano de saúde” existe diferença significativa entre a instituição AA11 e o restante das IES na categoria “Sim” e “Não”. A instituição AA11 possui maior número de estudantes com planos de saúde comparados a média nacional. Conforme a tabela 2.

**Tabela 6:** Diferença de média da instituição AA11 e a média nacional para a variável categórica “não possui plano de saúde”.

	AA11			IES-BRASIL		
	N	%	R.A.	N	%	R.A.
<b>Não possuir plano de saúde</b> ( $\chi^2 = 16,484^{**}$ ; Cramer's V = 0,134 <sup>**</sup> )						
Sim	166 <sub>a</sub>	55,3%	4,1	254 <sub>a</sub>	41,1%	-4,1
Não	134 <sub>b</sub>	44,7%	-4,1	364 <sub>b</sub>	58,9%	4,1

*Notas:* \*\* p < 0,01; \* p < 0,05. R.A = Resíduo Ajustado. Acima de 1,96 indica diferença significativa entre as categorias de um mesmo grupo. Letras subscritas (a,b) indicam diferenças entre os grupos: Os mesmos subscritos implicam em nenhuma diferença estatística em p<0,05, e subscritos diferentes refletem diferenças estatística.

## ANEXO I – DADOS DETALHADOS DA AMOSTRA

**Tabela 7:** Número de respondentes por idade

**Idade**

Idade	Número de Respondentes
< 25	526
>26<35	284
>36<45	83
>46<55	40
>55	16
<b>Omissos</b>	<b>21</b>
<b>Total</b>	<b>970</b>

**Tabela 8:** Tipos de instituições de ensino superior

Instituições de Ensino Superior	Número de Instituições de Ensino Superior
Universidades	48
Centro Universitários	10
Faculdades	07
Institutos	05
<b>Total</b>	<b>70</b>

**Tabela 9:** Número de respondentes por tipos de instituição de ensino superior

Instituições de Ensino Superior	Número de respondentes
Universidades	862
Centros Universitários	15
Faculdades	19
Institutos	19
<b>Não responderam</b>	<b>55</b>
<b>Total</b>	<b>970</b>

**Tabela 10:** Quantidade de instituições de ensino superior por estado

<b>Estado</b>	<b>Quantidade de Instituições de Ensino Superior</b>
Acre	1
Alagoas	2
Ceará	3
Goiás	1
Mato Grosso	3
Mato Grosso do Sul	1
Minas Gerais	6
Pará	3
Paraná	22
Piauí	2
Rio de Janeiro	7
Rio Grande do Sul	4
Rio Grande do Norte	1
Roraima	2
Santa Catarina	5
São Paulo	6
Sergipe	1
<b>Total</b>	<b>70</b>

**Tabela 11:** Quantidades de Instituições de Ensino Superior por região

<b>Regiões</b>	<b>Número de Instituições de Ensino Superior</b>
Centro-Oeste	5
Nordeste	9
Norte	6
Sudeste	19
Sul	31
<b>Total</b>	<b>70</b>

**Tabela 12:** Quantidade de respondentes por região<sup>8</sup>

<b>Região</b>	<b>Número de Respondentes</b>
Centro-Oeste	29
Nordeste	168
Norte	70
Sudeste	131
Sul	514
<b>Não responderam</b>	<b>58</b>
<b>Total</b>	<b>970</b>

**Tabela 13:** Respondente por Instituição de Ensino Superior

<b>Instituições de Ensino Superior</b>	<b>Quantidade</b>
AA11	302
AA22	114
AA33	54
AA44	48
AA55	48
AA66	37
AA77	36
AA88	34
AA99	22
BB11	20
BB22	18
BB33	16
BB44	16
BB55	11
BB66	10
BB77	9
BB88	8
BB99	7
CC11	7
CC22	7
CC33	6
CC44	5
CC55	5
CC66	5
CC77	4
CC88	3
CC99	3
DD11	3
DD22	3

<sup>8</sup> Alguns respondentes (3) responderam que pertenciam a universidades, federal (2) ou estadual (1), mas não responderam a qual universidade pertenciam. Logo também não sabemos sua região.

---

DD33	3
DD44	2
DD55	2
DD66	2
DD77	2
DD88	2
DD99	2
EE11	2
EE22	2
EE33	1
EE44	1
EE55	1
EE66	1
EE77	1
EE88	1
EE99	1
FF11	1
FF22	1
FF33	1
FF44	1
FF55	1
FF66	1
FF77	1
FF88	1
FF99	1
GG11	1
GG22	1
GG33	1
GG44	1
GG55	1
GG66	1
GG77	1
GG88	1
GG99	1
HH11	1
HH22	1
HH33	1
HH44	1
HH55	1
HH66	1
HH77	1
<b>Não responderam</b>	<b>58</b>
<b>Total</b>	<b>970</b>

---



## ARTIGO III – DESIGUALDADE SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM O NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS E ÓBITOS POR COVID-19 NAS CIDADES DO ESTADO DO PARANÁ

### RESUMO

Foram diversos os motivos relacionados a progressão dos casos confirmados e dos óbitos devido ao avanço da Covid-19 no Brasil. Um dos fatores que podem influenciar o desenvolvimento do vírus, além da dinâmica de contágio própria de uma pandemia, são os fatores sociais e econômicos. Dessa forma, este artigo buscou verificar se a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná. Para isso, foram utilizados dados secundários para mensurar a desigualdade social, sendo eles: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), o Índice de Gini, o PIB *per capita*, dados da concessão de auxílio emergencial referentes as cidades pesquisadas do Paraná e por fim, os números de beneficiários de plano de saúde das cidades. Os resultados da análise de regressão em dados em painel para os casos confirmados foram significativos para Índice de Gini ( $p=0,018$ ) e beneficiários de plano de saúde ( $p=0,010$ ), no entanto, não foram significativos para IDHM ( $p=0,053$ ), PIB *per capita* ( $p=0,655$ ) e auxílio emergencial ( $p=0,567$ ). Quanto ao número de óbitos os dados não foram significativos para nenhuma medida: IDHM ( $p=0,106$ ), Índice de Gini ( $p=0,150$ ), beneficiários de plano de saúde ( $p=0,062$ ), PIB *per capita* ( $p=0,905$ ) e auxílio emergencial ( $p=0,802$ ). Dessa forma, este artigo pretende contribuir para expandir o campo de conhecimento da Sociologia Econômica para a área da saúde, afim de proporcionar uma pesquisa que contribua para a nova agenda denominada Sociologia Econômica da Saúde.

**Palavras-chave:** Pandemia; Covid-19; Desigualdade social; Desigualdade em saúde; Indicadores de renda.

### 1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 foi noticiado o surto de um novo vírus. Wuhan, capital da província de Hubei, na China Central, passou a ser considerado o epicentro da sua disseminação. Alguns meses depois, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a doença uma pandemia. No Brasil, o primeiro caso notificado foi em fevereiro de 2020 no estado

de São Paulo, sendo o primeiro óbito registrado em março do mesmo ano. Até setembro de 2022, no chamado pós-pandemia, foram registrados 34.638.288 casos de pessoas infectadas e o número de óbitos, no país havia chegado a 685.835 (BRASIL, 2022). O início da vacinação contra a Covid-19 foi em janeiro de 2021, sendo que até setembro do ano seguinte, aproximadamente 88,1% da população do país havia tomado pelo menos uma dose da vacina e 81,0 % estavam totalmente vacinados (Our World in Data, 2022).

No Paraná, estado brasileiro localizado na região sul do país, os primeiros casos foram notificados em março de 2020, dezessete dias após a confirmação do primeiro caso no país. Sendo registrados nas cidades de Curitiba (5 casos), capital do estado, e Cianorte (1 caso), cidade com aproximadamente 80 mil habitantes, localizado na região noroeste do estado (SESA, 2022). Até setembro de 2022, o número de contaminados havia chegado a 2.732.717 e o número de óbitos foi de 45.010 desde o início da pandemia. Além disso, haviam sido vacinados aproximadamente 97,2% da população com a primeira dose da vacina e 89,3% com a segunda dose (SESA, 2022).

Os reflexos da pandemia foram notados em diversos sentidos nas populações do mundo, tanto aspectos ligados a saúde como aqueles ligados a fatores econômicos. Como um fenômeno global, as pessoas deveriam ter a mesma probabilidade de se contaminarem, ou seja, terem as mesmas chances de serem infectadas pelo vírus. Contudo, diversas pesquisas apontam que a pandemia atingiu de maneira diferente determinados grupos. Dentre esses, é possível destacar povos afrodescendentes e pardos que segundo Pinheiro & Balbo (2021), tiveram maior número de óbitos que os brancos, além do número de recuperados brancos também ter sido maior que o de negros e pardos.

Além dessas minorias que foram substancialmente desfavorecidas em meio a pandemia, também temos uma camada da população que sofreu devido a suas desigualdades sociais. Siu (2020) investigou em Hong Kong, as experiências de grupos economicamente desfavorecidos durante a pandemia de Covid-19 e como eles foram ainda mais prejudicados no surto, delineando como a desigualdade na saúde se cruzou com a desigualdade social. O estudo concluiu que a desigualdade social está associada e pode agravar a desigualdade na saúde. Para complementar Elgar, Stefanik & Wohl (2020) testaram os dados de países sobre desigualdade de renda em quatro dimensões do capital social (confiança, afiliações a grupos, responsabilidade cívica e confiança nas instituições públicas) vinculando os dados sobre mortes por Covid-19 em 84 países por meio de uma análise de séries temporais de diferenças nacionais na mortalidade por Covid-19 durante a fase inicial da pandemia. Os resultados indicam que

sociedades mais desiguais economicamente e sem capacidade em algumas dimensões do capital social sofreram mais mortes por Covid-19.

No Brasil, diversas pesquisas vêm expondo também os impactos das desigualdades sociais, na contaminação dos indivíduos pelo Covid-19. Ribeiro et al (2021) investigou se a heterogeneidade na morbidade e mortalidade por Covid-19 é frequentemente associada à estrutura de serviços de saúde e à desigualdade social em São Paulo. Os resultados encontrados indicaram que os aumentos nas disparidades denotados por menor escolaridade, maior aglomeração de domicílios, menor renda e maior concentração de áreas subnormais foram associados a maiores taxas de mortalidade. Martins-Filho et al (2020) também examinaram a associação entre desigualdade social e taxa de letalidade por Covid-19 no município de Aracaju, Sergipe, no Nordeste do Brasil e os resultados concluíram que as populações mais vulneráveis foram mais impactadas pela Covid-19.

A desigualdade social é um problema de longa data no país. Atualmente, segundo o Índice de Gini, uma medida utilizada para verificar a desigualdade de distribuição de renda, o Brasil está entre as dez nações mais desiguais do mundo (Banco Mundial, 2020). Ademais, o país vem passando por uma crise econômica desde meados de 2015, que teve como consequência milhões de desempregados. Segundo o IBGE, no ano de 2019, eram quase 12 milhões, em 2020, devido a pandemia e as medidas necessárias para conter a propagação do vírus, como o fechamento de diversas empresas, o resultado foi o aumento desse número e a piora do cenário sobre a desigualdade social no país.

Essas desigualdades sociais afetam principalmente o acesso aos cuidados de saúde que são disponibilizados no país. No Brasil existem dois tipos principais de acesso aos serviços de saúde. O primeiro se trata dos sistemas privados. Eles incluem planos e seguros de saúde e também profissionais de saúde privados. O segundo é o Sistema Único de Saúde (SUS) que coexiste com o sistema privado. O SUS foi estabelecido pela Constituição Federal Brasileira de 1988, e é um dos maiores sistemas públicos de saúde com cobertura universal do mundo (Oliveira et al. 2020). Ele atende a toda a população brasileira, incluindo aqueles que optaram pelo sistema privado de saúde, totalizando aproximadamente 210 milhões de habitantes em 2019 (IBGE, 2019).

Apesar de sua relevância, o sistema vem sofrendo com uma carga demasiadamente alta, com baixos investimentos em estrutura e como consequência, oferecendo um serviço de saúde cada vez mais precário, além de diversas políticas de diminuição de recursos que são associadas a um desfinanciamento (Giovannella et al., 2019; Mendes & Carnut, 2020a). O reflexo dessas políticas cada vez menos favoráveis ao sistema público de saúde brasileiro, com a chegada da

pandemia, não poderia ter tido um resultado diferente, um sistema sobrecarregado com estrutura frágil e profissionais extremamente atarefados. A pandemia além de ampliar, expôs as fragilidades que o SUS vêm sofrendo ao longo das últimas três décadas após seu nascimento, perdendo cerca de metade dos recursos financeiros federais que tinha desde sua criação (Bousquat et al, 2021). Como consequência obteve-se profissionais com baixos salários, ambientes hospitalares cada vez mais degradados, sem equipamentos e instalações não adequadas, o que possivelmente está relacionado com as milhares de mortes por Covid-19 no Brasil.

No estado do Paraná, os dados do índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), criado pelo Ministério da Saúde para avaliar as regiões, os estados e os municípios com uma pontuação de 0 a 10 (quanto mais próximo de 10 melhor) e verificar a oferta de ações e serviços de saúde e a efetividade do SUS, apontam para uma média geral de 6,23 pontos, índice considerado bom comparado a média nacional de 5,47 (Cielo, Schmidt & Wenningkamp, 2015). No entanto, apesar dos bons resultados, os autores concluíram que o sistema de saúde no estado, mesmo antes da pandemia, possuía dificuldades de oferecer acesso aos cuidados de saúde de maneira adequada e com qualidade para a população.

Ademais, o estado também sofreu com a pandemia, Moreira (2020) indica que a região sul do Brasil foi uma das que tiveram maiores médias na mortalidade. A região foi uma das quais foram notadas alta escassez de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de ventiladores. O estado do Paraná ainda possui três fatores agravantes no índice de mortalidade da população: a) possui um dos maiores índices de envelhecimento do país (Miranda, Mendes & Silva, 2016); b) têm a maior incidência histórica de síndrome respiratória aguda grave (Bastos et al, 2020); e c) apresentam uma rede de saúde frágil, apesar de ser mais estruturada se comparada a outras regiões do Brasil (FIOCRUZ, 2020). Todos esses fatores agravaram não somente o número de contaminados no estado, como também a mortalidade.

Além disso, outros fatores foram agravados devido a pandemia, como o aumento das desigualdades sociais. Kunz et al (2022) com o objetivo de verificar os efeitos da Covid-19 nas famílias do Paraná concluíram que 61% das famílias participantes da pesquisa tiveram redução do salário e 40% perderam o emprego ou tiveram redução na sua jornada. Dessas famílias, 27% utilizaram do auxílio emergencial social fornecido pelo governo durante a pandemia. Dessa forma, os prejuízos relacionados a Covid-19 foram diversos, desde aqueles ligados a saúde até a fatores financeiros e econômicos.

Frente a todas essas discussões, como proposta para o último artigo a fim de desenvolver e complementar a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde apresentada por esta

tese, iremos realizar uma análise sobre a desigualdade social durante a pandemia de Covid-19. Para essa pesquisa investigaremos o argumento central de que a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná.

Logo, este artigo pretende contribuir de duas maneiras. Primeiro expandindo o campo de conhecimento da Sociologia Econômica para a área da saúde, afim de proporcionar uma pesquisa que contribua para a agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde. E em segundo lugar, destacando se a desigualdade social teve influência no número de contaminados e óbitos no Paraná devido a doença causada pelo Covid-19.

Dessa forma, o artigo está organizado da seguinte maneira: Na primeira parte apresentamos o referencial teórico abrangendo a Sociologia Econômica da Saúde e as hipóteses da desigualdade social no Paraná e sua possível relação com o número de contaminados e óbitos pelo Covid-19. Na segunda parte são expostos os métodos de coleta de dados. Na terceira, quarta e quinta parte são apresentados os resultados, as discussões, e a conclusão do artigo, respectivamente. Por fim, são apontados as limitações e orientação de pesquisas futuras.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Para realizar a apresentação desse debate, utilizaremos como base o referencial teórico da Sociologia Econômica da Saúde.

### **2.1 SOCIOLOGIA ECONÔMICA DA SAÚDE**

O campo da Sociologia Econômica se desenvolveu consideravelmente nos últimos anos. Após a publicação de “*Economic action and social structure: the problem of embeddedness*” (Granovetter, 1985) os debates que abrangem o campo se tornaram cada vez mais atuais. A discussão central da abordagem envolve a insuficiência de respostas fornecidas pelo campo da economia ortodoxa sobre as diversas questões e muitos desafios apresentados pelas mudanças da sociedade. De maneira geral, para Steiner (2016) um dos aspectos que podemos compreender sobre a Sociologia Econômica é que as ciências sociais fazem uso da sua estrutura teórica para restringir a performance da teoria econômica sobre a sociedade atual. Bovo (2014) também argumenta que a perspectiva sociológica passou a ser utilizada como um dos instrumentos para explicar diversos fenômenos de várias áreas da sociedade. A Sociologia Econômica abrange aspectos relacionados a aplicação de conceitos e modelos da sociologia em diversas atividades incluindo bens e produtos escassos (Smelser & Swedberg, 2005).

A insuficiência das respostas fornecidas em algumas áreas pela economia *mainstream*, na qual a sociologia poderia auxiliar nas abordagens, pode incluir o campo dos cuidados de saúde. Ademais, a união da perspectiva econômica com a sociologia, aspecto abordado pela Sociologia Econômica também auxilia a compreender esse campo. Os cuidados de saúde abrangem diversos aspectos ligados aos fatores sociais e econômicos muitas vezes imbricados (*embeddedness*), dentre eles podemos destacar alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação e transporte (Brasil, 1990). Todos esses aspectos que são relacionados aos cuidados de saúde, demonstram como o debate da Sociologia Econômica pode contribuir para o campo dos cuidados de saúde, sendo o contrário também verdadeiro, pois uma das formas em que se pode compreender os níveis de cuidados de saúde de uma população é através da sua organização social e econômica.

Através da união dos debates levantados pela Sociologia Econômica e dos cuidados de saúde, inserimos a abordagem da Sociologia Econômica da Saúde. Dentro desse debate estão incluídos aspectos relacionados as desigualdades sociais no acesso a esses cuidados. O contexto em que a pessoa está inserida pode afetar significativamente seu entendimento a respeito de uma determinada doença, sua maneira de prevenção, etc, podendo agravar ou minimizar seus riscos. A Covid-19 é uma dessas doenças. Ao analisarmos realidades distintas é possível observar as diferenças existentes na forma de se viver uma pandemia. Alguns grupos, mais favorecidos economicamente, puderam vivenciar esse período de maneira mais confortável e quando necessário, tiveram maior e mais fácil acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado, outros grupos, principalmente aqueles que vivem as margens da sociedade, tiveram mais dificuldades de acesso a esses cuidados. No Brasil, a desigualdade econômica pode ser considerada um preditor do aumento do número de mortes por Covid-19 somado a condições preexistentes de saúde no país (Araújo et al, 2021).

Portanto, através dessas discussões, é possível compreender que os cuidados de saúde em específico relacionados a desigualdade social, podem compor uma discussão dentro do campo da Sociologia Econômica que denominamos Sociologia Econômica da Saúde. Logo, a fim de alcançar o objetivo de pesquisa proposto, ou seja, verificar se a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná, propomos utilizar como base os seguintes índices: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Índice de Gini, PIB *per capita*, dados relacionados ao número de concessões do auxílio emergencial da população das cidades do estado do Paraná e por fim o número de beneficiários de planos de saúde das cidades. Dessa forma, a seguir serão apresentadas as hipóteses para responder ao problema de pesquisa.

## 2.2 DESIGUALDADE SOCIAL RELACIONADA AO NÚMERO DE CONTAMINADOS E ÓBITOS POR COVID-19 NO PARANÁ

Diversas pesquisas têm relacionado a desigualdade social com os números de contaminados e de óbitos por Covid-19 em diversos países do mundo (Singu et al, 2020; Araújo et al, 2020; Karaye & Horney, 2020). Nos Estados Unidos, a relação entre a vulnerabilidade social e a taxa de mortalidade ficou evidente em 13,8% dos condados estudados por Nayak et al (2020). Singu et al (2020) também apresentaram uma série de fatores que influenciaram na contaminação do vírus no país, dentre eles se destacam além dos índices socioeconômicos, determinantes ambientais relacionados a esses índices.

No Brasil, Abedi et al, (2020) argumentam que a desigualdade racial, econômica e de acesso à saúde foram considerados fatores relevantes para uma taxa maior de mortalidade por Covid-19, um dos aspectos considerados foram os cuidados básicos de saúde, incluindo os baixos níveis educacionais e de renda. Kim (2020) compreendeu que as regiões com maior número de mortes devido a Covid-19, estão associadas a concentração espacial de pobreza, segregação de raças e a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. Demenech et al (2020) argumentam que no Brasil, moradores de bairros mais pobres possuem até dez vezes mais chances de se contaminar com o vírus da Covid-19. A partir disso, elaboramos as seguintes hipóteses centrais:

**H1: Municípios do estado do Paraná em que a desigualdade social é maior, apresentam maior número de contaminados por Covid-19.**

**H2: Municípios do estado do Paraná em que a desigualdade social é maior apresentam maior número de óbitos por Covid-19.**

Portanto, para tratar de desigualdade social podemos utilizar alguns índices como: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Índice de Gini, PIB *per capita*, dados relacionados ao número de concessões do auxílio emergencial da população das cidades do estado do Paraná e o número de beneficiários de plano de saúde das cidades estudadas. Segundo Souza et al (2020) se desejamos analisar a ocorrência de contaminação por Covid-19 nos municípios brasileiros, um dos índices que devemos analisar é o IDHM, afinal, a maneira de se viver de uma população influencia nas taxas de infecção. Segundo os autores, cidades com IDHM mais baixo, ou seja, que possuem populações em maior vulnerabilidade, tem mais

dificuldades em adotar as medidas de prevenção e quando contaminadas, possuem menos acesso aos cuidados de saúde.

O IDHM é a medida utilizada para compreender o progresso a longo prazo em três dimensões do desenvolvimento humano: a renda, a educação e a saúde. Ele é uma medida geral que amplia a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, ou seja, que vai além de medidas econômicas, mas não abrange todos os aspectos do desenvolvimento. O índice vai de 0 à 1, onde cidades mais próximas de 0 são consideradas de menor desenvolvimento humano e quanto mais próximo de 1, maior é o desenvolvimento humano da cidade. Ele foi criado por Mahbub ul Haq com a colaboração de Amartya Sen (PNUD, 2022).

Maciel, Castro-Silva & Farias (2020) apontaram uma correlação positiva entre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e a incidência de Covid-19 na região metropolitana de Fortaleza ao analisarem a distribuição espacial da incidência de Covid-19 e sua correlação com o IDHM dos municípios do Ceará. No mesmo sentido, Alberti et al (2021) analisou no estado de Santa Catarina, que possui um dos maiores IDHs do país, que dentre os 295 municípios que compõe o estado, os cinco municípios com maior taxa de mortes por Covid-19 são cidades com IDHM ruim. Já no estado do Pará, Santos et al (2021) não conseguiram concluir que a maior incidência das condições socioeconômicas representadas pelo IDHM possuía fortes correlações com as variáveis epidemiológicas da Covid-19. Dessa forma, elaboramos as seguintes hipóteses:

**H1a: Municípios do estado do Paraná em que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é menor apresentaram maior número de contaminados por Covid-19.**

**H2a: Municípios do estado do Paraná em que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é menor apresentaram maior número de óbitos por Covid-19.**

Com relação ao Índice de Gini, ele é utilizado para mensurar o grau de concentração de renda de um grupo específico, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Ele também varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 0 mais próximo a situação de igualdade do grupo analisado, enquanto mais próximo de 1, indica que toda a riqueza está nas mãos de uma pessoa. Dessa forma, a medida pode ser utilizada para mensurar como a renda de um país, estado ou município é distribuída entre a população. O índice foi criado pelo matemático Conrado Gini (IPEA, 2022).



Demenech et al (2020) avaliaram se a desigualdade econômica das Unidades Federativas do Brasil estava associada com o risco de infecção e morte por Covid-19. Os autores concluíram que existe associação entre o coeficiente de Gini, índice utilizado para mensurar a desigualdade econômica e a incidência e mortalidade por Covid-19. Ademais, Almeida et al (2021) identificaram fatores que afetam a vulnerabilidade à Covid-19 em 604 municípios do estado de São Paulo, fora da região metropolitana de São Paulo. Segundo os autores, dentre as variáveis que foram positivamente associadas com a introdução precoce do vírus estavam o IDH e o Índice de Gini para desigualdades de renda. Além disso, Figueiredo et al (2020) indicaram a associação da variável Índice de Gini com a incidência encontrada no modelo de regressão mostrando que estados com maior desigualdade na distribuição de renda apresentam maior transmissão do vírus da Covid-19. Dessa forma, elaboramos as seguintes hipóteses:

**H1b: Municípios do estado do Paraná em que o Índice de Gini é maior, apresentaram maior número de contaminados por Covid-19.**

**H2b: Municípios do estado do Paraná em que o Índice de Gini é maior, apresentaram maior número de óbitos por Covid-19.**

Já o PIB *per capita* dos municípios, é uma medida que avalia a produção econômica média por pessoa em determinada região durante um período específico. Ele é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos dentro do município durante o período. É uma medida relevante pois fornece uma indicação do padrão de vida médio de uma região. Municípios com um alto PIB *per capita* normalmente possuem uma economia forte, uma gama de serviços públicos ampla e uma melhor qualidade de vida para seus cidadãos. No entanto, países com um baixo PIB *per capita* podem enfrentar desafios econômicos e sociais, como pobreza e falta de acesso a serviços básicos de saúde.

Filho e Cavalcanti (2021) realizaram um estudo exploratório para identificar variáveis associadas à mortalidade por Covid-19 nos municípios brasileiros e seus resultados concluíram que uma das variáveis que indicaram correlações positivas e significativas entre mortes por milhão de habitantes foi o PIB *per capita*. Henrique et al (2022) também demonstraram uma correlação negativa ainda que fraca, entre algumas variáveis, dentre elas, o PIB *per capita* com a taxa de infecção e de mortalidade por Covid-19. A partir disso, elaboramos as seguintes hipóteses:

**H1c: Municípios do estado do Paraná em que o PIB *per capita* é menor apresentaram maior número de contaminados por Covid-19.**

**H2c: Municípios do estado do Paraná em que o PIB *per capita* é menor apresentaram maior número de óbitos por Covid-19.**

Além disso, também podem ser utilizados para compreender a desigualdade social de uma região no Brasil os dados do auxílio emergencial. O benefício instituído pela lei número 13.982 de 2020, a qual previu o repasse de 600,00 reais mensais, inicialmente por três meses, mas que foi prorrogado até o final do ano de 2020 a trabalhadores informais e de baixa renda, microempreendedores individuais e também contribuintes individuais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), foi um benefício financeiro criado para garantir renda mínima aos brasileiros que estavam em situação vulnerável durante a pandemia de Covid-19 (Brasil, 2022). Logo, os dados do auxílio emergencial também são relevantes para mensurar a desigualdade social nos municípios. Portanto, as seguintes hipóteses foram elaboradas:

**H1d: Municípios do estado do Paraná em que houve maior número de concessões do auxílio emergencial apresentaram maior número de contaminados por Covid-19.**

**H2d: Municípios do estado do Paraná em que houve maior número de concessões do auxílio emergencial apresentaram maior número de óbitos por Covid-19.**

Por fim, também foi utilizado como medida de desigualdade social o número de beneficiários de plano de saúde das cidades, pois o acesso a assistência privada à saúde indica melhores condições econômicas. No Brasil, apenas 25% da população possui plano de saúde e ter acesso a ele é mais frequente na parcela mais privilegiada da sociedade (Neri & Soares, 2002). Logo, elaboramos as seguintes hipóteses:

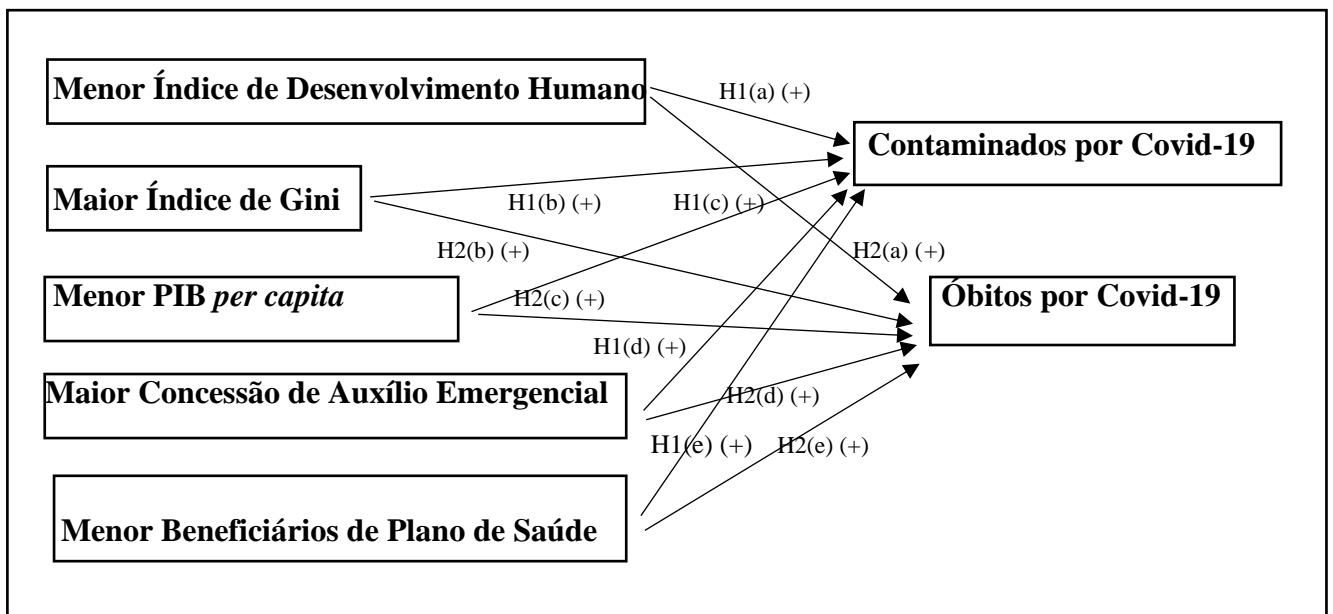
**H1e: Municípios do estado do Paraná em que haviam menor número de beneficiários do plano de saúde apresentaram maior número de contaminados por Covid-19.**

**H2e: Municípios do estado do Paraná em que haviam menor número de beneficiários do plano de saúde apresentaram maior número de óbitos por Covid-19.**

Portanto, a partir da perspectiva da Sociologia Econômica da Saúde, acreditamos que a desigualdade social (medida por “Índice de Desenvolvimento Humano Municipal”, “Índice de Gini”, “PIB *per capita*”, dados do auxílio emergencial e número de beneficiários de planos de saúde) está relacionada positivamente com o número de contaminados e óbitos por Covid-19 no estado do Paraná.

Com base nas discussões acima, o argumento proposto é que a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná.

**Figura 1: Esquema das hipóteses 1(a), (b), (c), (d) e (e) 2(a), (b), (c), (d) e (e)**



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para complementar o modelo proposto, também foram utilizadas variáveis de controle, sendo elas: (a) População atual; (b) Vacinação dose 1; (c) Vacinação dose 2; (d) Medidas de fechamento; (e) Equipes de saúde e (f) Estabelecimentos de atenção.

### 3 MÉTODO

Para alcançar o objetivo desta pesquisa, utilizamos de dados secundários das cidades do estado do Paraná classificadas como grandes, médias e pequenas. Para realizar essa classificação foi utilizado o critério do número de habitantes, sendo que cidades grandes possuem mais de 200.000 habitantes, cidades médias possuem entre 100.000 e 200.000 habitantes e por fim, cidades pequenas possuem entre 50.000 e 100.000 habitantes. Dessa forma, foram estudadas 36 cidades do estado do Paraná, sendo elas:

1. Cidades grandes (mais de 200.000 habitantes): Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, São José dos Pinhais, Foz do Iguaçu e Colombo (oito cidades).

2. Cidades médias (100.000 a 200.000 habitantes): Guarapuava, Paranaguá, Araucária, Toledo, Apucarana, Campo Largo, Pinhais, Araongas, Almirante Tamandaré, Piraquara, Umuarama, Cambé, Fazenda Rio Grande (quatorze cidades).

3. Cidades pequenas (50.000 a 100.000 habitantes): Sarandi, Campo Mourão, Francisco Beltrão, Paranavaí, Pato Branco, Cianorte, Telêmaco Borba, Castro, Rolândia, Irati, União da Vitória, Ibiporã, Marechal Candido Rondon, Prudentópolis, Palmas (quatorze cidades). Foram coletadas estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência de primeiro de julho de 2021, segundo dados do IBGE (2021).

#### 3.1 PROCEDIMENTO E MEDIÇÃO

O período investigado abrange desde o início da pandemia no Paraná (março de 2020) até outubro de 2021, totalizando 20 meses analisados. As variáveis de resultado “casos confirmados” e “óbitos” foram coletados no site da Secretaria do estado do Paraná (SESA-PR) onde são divulgados os boletins de casos confirmados e óbitos mês a mês. A coleta foi realizada da seguinte maneira: foram selecionados no site o último boletim de cada mês, como os relatórios são cumulativos, foram sendo subtraídos os números de contaminados e de óbitos mês a mês, com exceção do mês 1, por exemplo: mês 2 = mês 2-mês 1; mês 3= mês 3-mês 2-mês 1; mês 4 = mês 4-mês 3-mês 2-mês 1; mês 5=mês 5-mês 4-mês 3-mês 2-mês 1, etc. Dessa forma, foi possível realizar o cálculo de pessoas contaminadas e de óbitos em cada um dos meses pesquisados.

Como variáveis preditoras foram utilizados os seguintes índices: o Índice de Desenvolvimento Humano de cada município e o Índice de Gini coletados segundo dados do IBGE (2010), o PIB *per capita* coletados segundo dados do IBGE (2020). Além disso,

utilizamos dados do auxílio emergencial fornecidos aos habitantes das cidades, segundo dados oferecidos pelo Observatório da Covid-19 de Maringá (2021). Por fim, os números de beneficiários de planos de saúde foram colhidos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (2023) e coletados de três em três meses, ou seja, utilizados dados dos meses de março 2020, junho 2020, setembro 2020, dezembro 2020, março 2021, junho 2021, setembro 2021. Dessa forma, conseguimos mensurar quais cidades possuem mais pessoas em situação de desigualdade social.

Para complementar o modelo utilizamos algumas variáveis de controle como população atual, estrutura de saúde (equipes de saúde e estabelecimentos de atenção) medidas de fechamento e de vacinação. Elas foram coletadas da seguinte maneira: para as variáveis “equipes de saúde” e “estabelecimento por nível de atenção” foram coletados do DATASUS (2023) através da opção, equipes de saúde e estabelecimentos por nível de atenção, onde foi selecionado o campo de municípios com a quantidade existente em cada respectiva variável pesquisados mês a mês. No entanto, quando inseridos no modelo, utilizamos o tempo t-1, devido a compreensão de que o aumento de equipes de saúde e estabelecimentos de atenção aumentava ou diminuía um mês após a confirmação dos casos e óbitos.

Com relação a variável de controle “vacinas” os dados foram coletados através do site do ministério da saúde – Vacinômetro (2023), utilizando o filtro de município, ano e mês de vacinação, sendo coletados os dados de vacinas mês a mês, e depois realizado o cálculo de acúmulo. Por exemplo, mês 2= mês 2+mês 1; mês 3= mês 3+mês 2+mês 1, etc. Os dados foram coletados tanto para a quantidade de pessoas que tomaram a 1ª dose da vacina, quanto para a 2ª dose da vacina.

Por fim, quanto a variável de controle “medidas de fechamento”, foram coletados todos os decretos de cada cidade pesquisa. Após isso, foram analisados cada decreto mês a mês e realizado uma avaliação dentro de uma escala de 1 a 5, onde 1 são medidas de fechamento menos restritivas e 5 as medidas de fechamento mais restritivas. Para meses em que os decretos não foram encontrados ou ainda que não existiam decretos relacionados a medidas de fechamento, foram realizadas médias entre os meses anteriores e posteriores. No entanto, se não haviam decretos iniciais ou finais foi adotada a medida do mês posterior ou anterior respectivamente.

A tabela 1 apresenta os parâmetros descritivos das variáveis dependentes e independentes analisadas no software Stata/MP® v.13.0.

### 3.2 ESTRATÉGIA ANÁLITICA

Para realizar a análise dos dados foi utilizado o software Stata/MP® v.13.0.

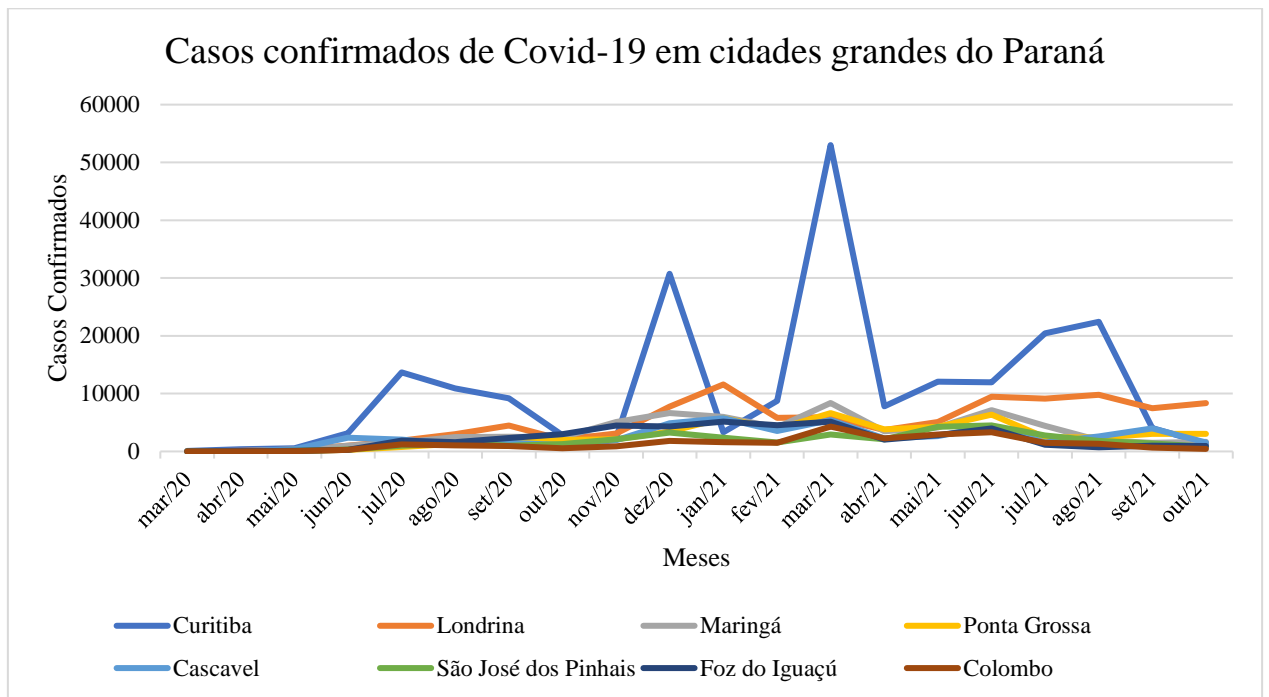
Tabela 1: Parâmetros descritivos das variáveis do estudo

	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>DP</b>
<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal</b>	0,666	0,823	0,744	0,748	0,033
<b>Índice de Gini</b>	0,374	0,565	0,487	0,490	0,045
<b>PIB <i>per capita</i></b>	12.145	134.901	42.367	41.870	21.221
<b>Números de Concessões do Auxílio Emergencial</b>	7.943	339.685	39.222	23.079	55.546
<b>Beneficiários de Plano de Saúde</b>	1.827	984.024	66.182	24.812	159.474
<b>Número de casos confirmados</b>	0	52.995	1.397	672	3.016
<b>Número de óbitos</b>	0	1.300	38,0	15,5	88,2
<b>População atual</b>	52.503	1.963.726	204.257	115.134	320.225
<b>Vacinados 1º Dose Acumulados</b>	0	1.485.254	35.951	281	115.859
<b>Vacinados 2º Dose Acumulados</b>	0	1.282.384	18.513	0	73.980
<b>Medidas de fechamento</b>	1	5	2,51	2,00	0,906
<b>Equipes de saúde t-1</b>	5	758	66,7	41,0	114
<b>Estabelecimentos de atenção t-1</b>	56	6.882	531	213	1.077

Fonte: Dados da pesquisa.

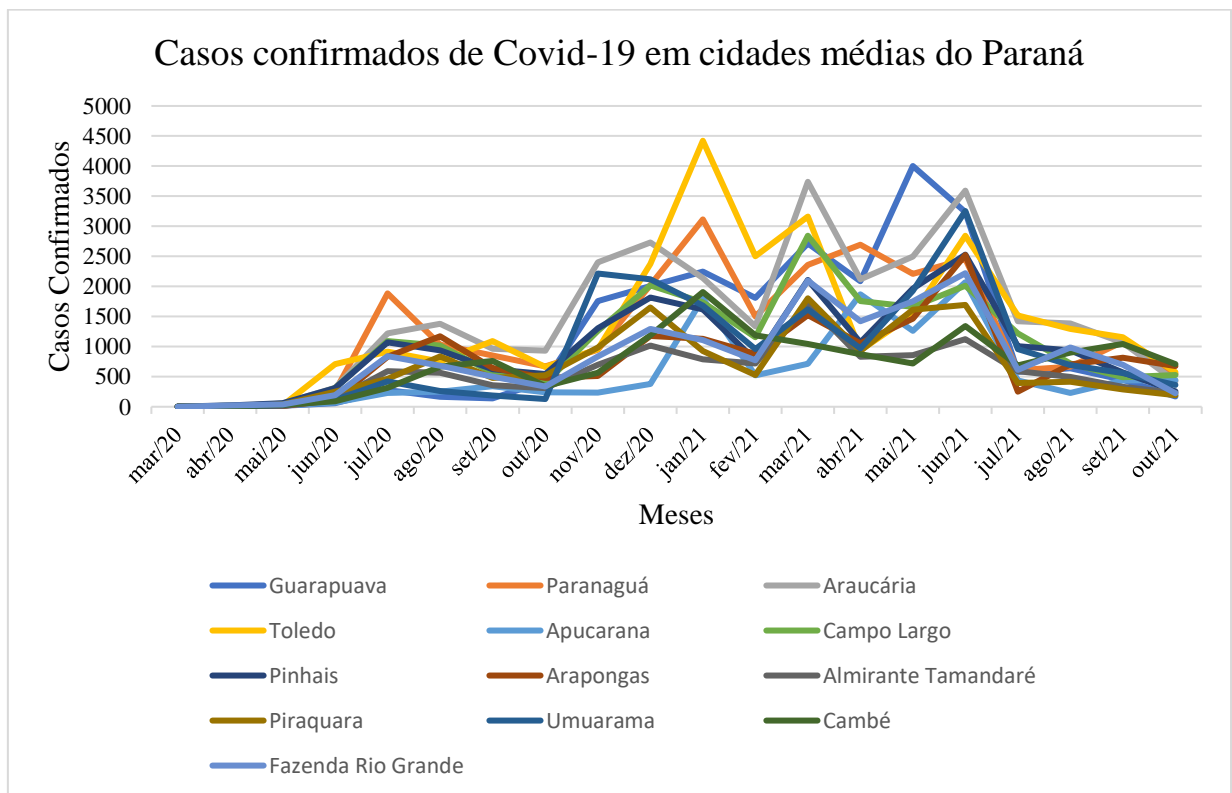
As figuras 2, 3, 4, 5, 6 e 7 apresentam o número de casos confirmados e óbitos de Covid-19 em cidades grandes, médias e pequenas. As cidades foram separadas dessa forma apenas para melhor visualização dos dados.

Figura 2: Casos confirmados de Covid-19 em cidades grandes do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021



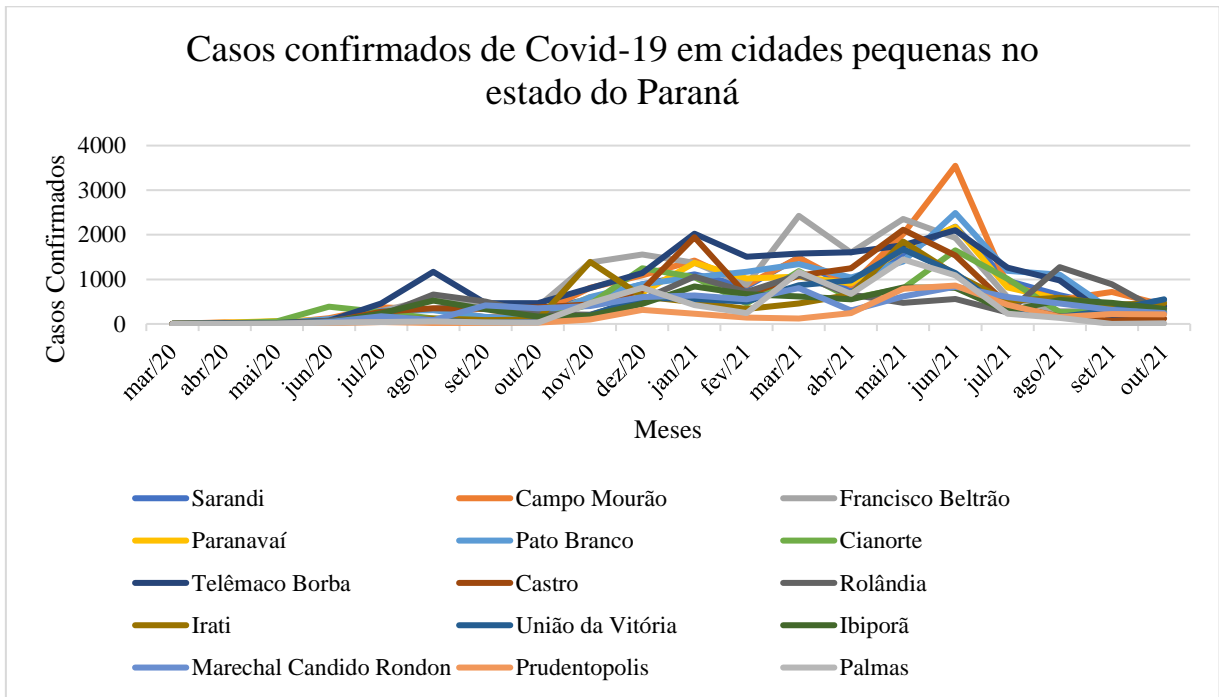
Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 3: Casos confirmados de Covid-19 em cidades médias do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021



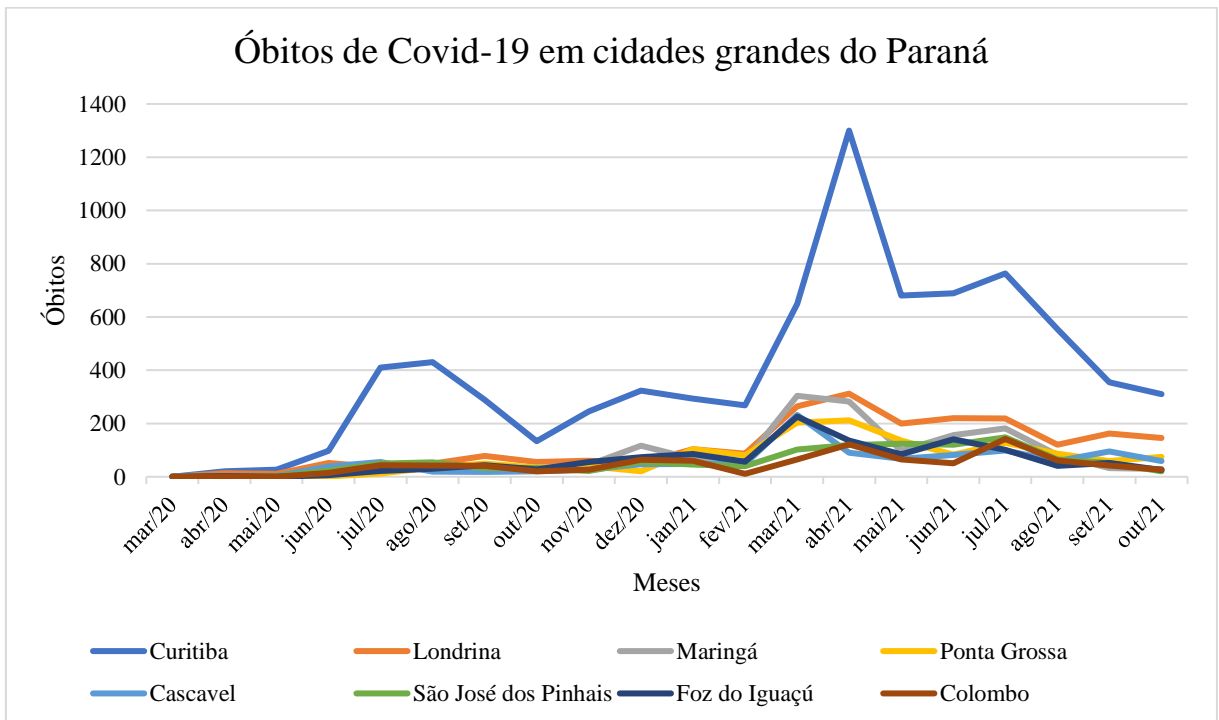
Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 4: Casos confirmados de Covid-19 em cidades pequenas do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021



Fonte: Dados da pesquisa.

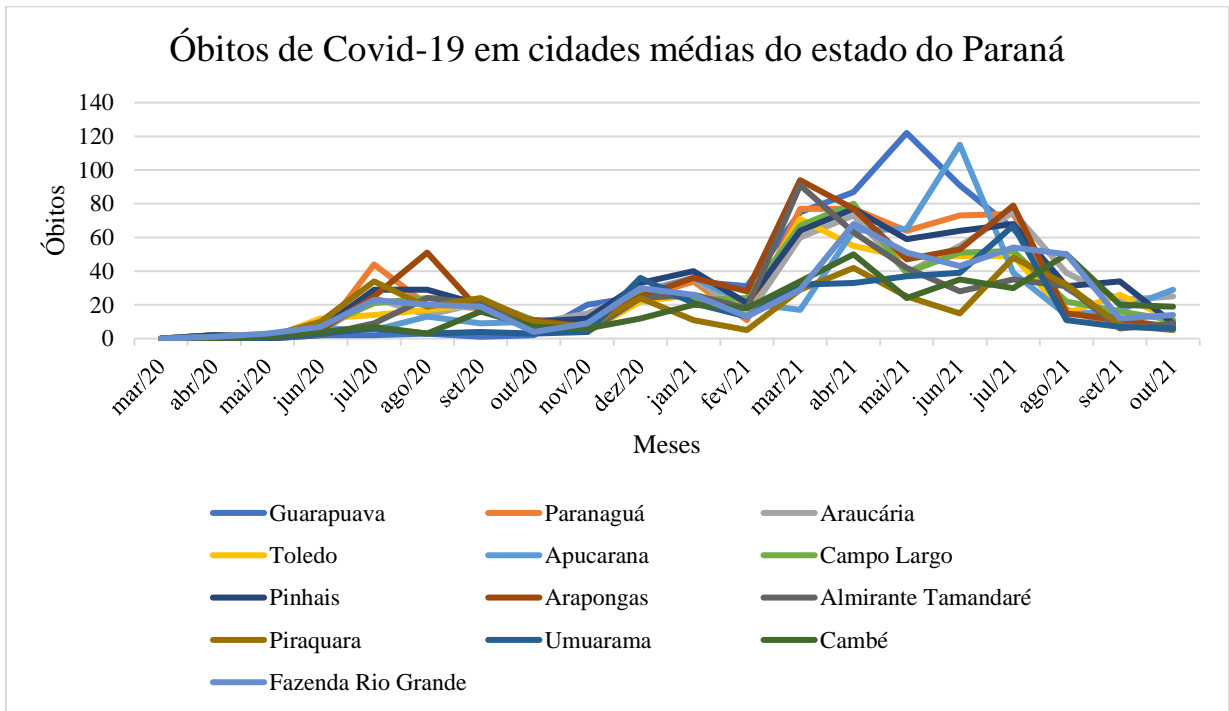
Figura 5: Óbitos de Covid-19 em cidades grandes do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021



Fonte: Dados da pesquisa.

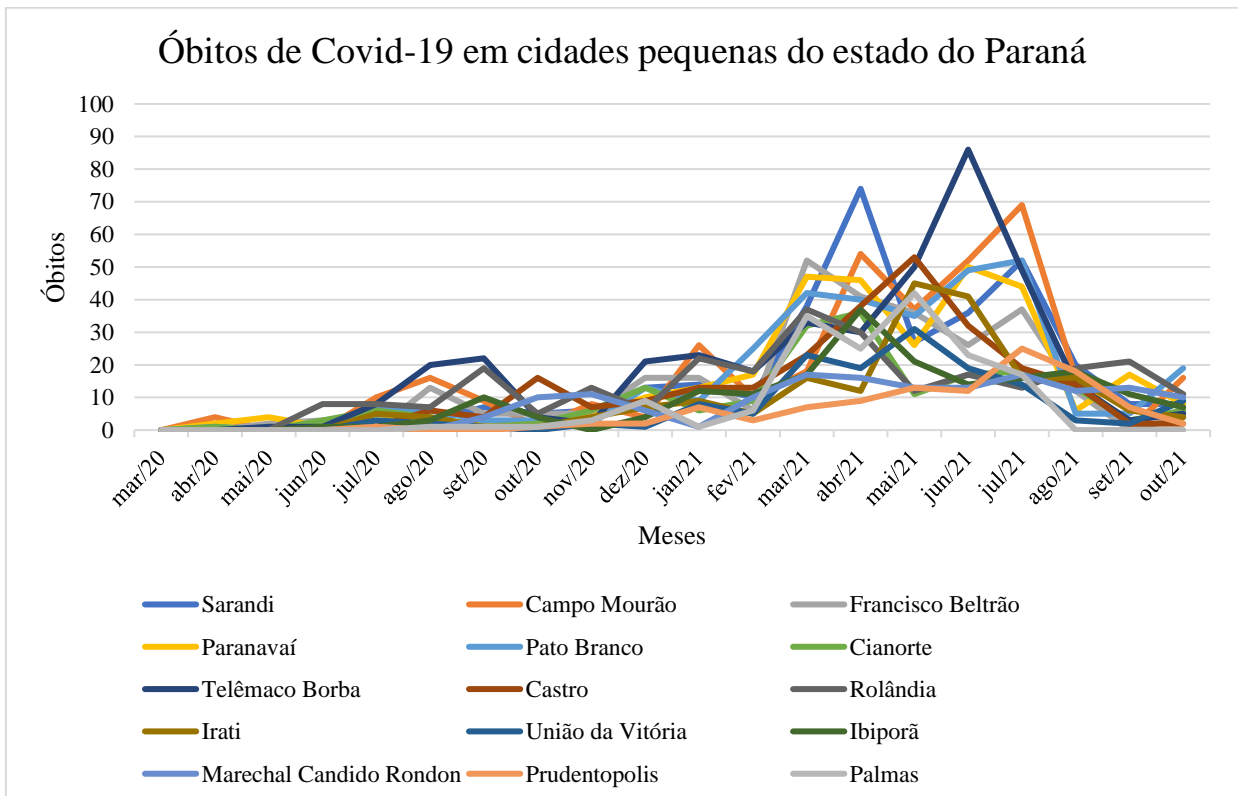


Figura 6: Óbitos de Covid-19 em cidades médias do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 7: Óbitos de Covid-19 em cidades pequenas do estado do Paraná entre março de 2020 e outubro de 2021



Fonte: Dados da pesquisa.

Para realizar a análise dos dados e testes de hipóteses foi utilizado a análise de dados em painel através do software Stata/MP® v.13.0. Dessa forma, para que houvesse uma melhor padronização e distribuição dos dados eles foram transformados em logaritmos naturais. Sendo utilizado o “dado bruto” +1 e realizado o cálculo do Ln desse valor. Além disso, foi verificado a estacionariedade para cada variável do modelo através do teste de Levin-Lin-Chu e verificamos a presença de raiz unitária nas variáveis vacinação 1 e 2, estabelecimentos de atenção e beneficiários de plano de saúde. Mas decidimos mantê-la no modelo por serem relevantes como variáveis de controle.

O teste de Hausman foi aplicado para determinar o modelo mais apropriado entre efeitos fixos e aleatórios. O resultado indicou que o modelo de efeitos fixos era estatisticamente superior ( $\chi^2 = 198,83$ ;  $p < 0,001$ ). No entanto, devido a problemas de colinearidade identificados ao ajustar o modelo de efeitos fixos no Stata/MP®, optamos por utilizar o modelo de efeitos aleatórios.

Quanto a multicolinearidade das variáveis foi verificada através do Fator de Inflação de Variação (VIF) indicando um VIF alto para a “população atual” e “auxílio emergencial”, mas optou-se por manter as variáveis no modelo principal, visto que são fundamentais. A tabela apresentada no anexo I demonstra os resultados do modelo 2, onde é retirado a variável independente “auxílio emergencial”. A tabela 2 apresenta as correlações de Pearson entre as variáveis do estudo.

Tabela 2: Correlação de Pearson entre as variáveis do estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>1.Casos Confirmados</b>	-												
<b>2. Óbitos</b>	0,871**	-											
<b>3. População atual</b>	0,404**	0,525**	-										
<b>4.Vacinação dose 1</b>	0,485**	0,574**	0,076*	-									
<b>5.Vacinação dose 2</b>	0,433**	0,539**	0,085*	0,965**	-								
<b>6. Medidas de fechamento</b>	-0,412**	-0,342**	-0,051	-0,444**	-0,436**	-							
<b>7. Equipes de saúde</b>	0,532**	0,619**	0,909**	0,189**	0,192**	-0,145**	-						
<b>8. Estabelecimento de atenção</b>	0,334**	0,393**	0,761**	0,109*	0,121**	-0,086*	0,775**	-					
<b>9. Beneficiários de plano de saúde</b>	0,419**	0,517**	0,927**	0,081*	0,089*	-0,084*	0,867**	0,720**	-				
<b>10. Índice de Desenvolvimento Humano</b>	0,307**	0,336**	0,613**	0,055	0,064	-0,070	0,681**	0,802**	0,723**	-			
<b>11. Índice de Gini</b>	0,096*	0,109*	0,243**	0,024	0,031	-0,021	0,319**	0,491**	0,261**	0,283**	-		
<b>12. Auxílio Emergencial</b>	0,392**	0,515**	0,983**	0,074*	0,082*	-0,047	0,882**	0,695**	0,885**	0,525**	0,242**	-	
<b>13. Pib per capita</b>	0,145**	0,127**	0,196**	0,018	0,021	-0,074*	0,266**	0,342**	0,356**	0,453**	0,454**	0,167**	-

Notas: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

Fonte: Dados da pesquisa.

## 4 RESULTADOS

Abaixo são apresentados os principais resultados da pesquisa.

### 4.1 TESTANDO HIPÓTESES

Para análise das hipóteses foi utilizado a regressão de dados em painel. Dessa forma, para o exame das hipóteses H1 (a), (b), (c), (d) e (e) e H2 (a), (b), (c), (d) e (e) as variáveis “Índice de Desenvolvimento Humano Municipal”, “Índice de Gini”, “Pib *per capita*”, “auxílio emergencial” e “beneficiários de plano de saúde” foram consideradas como variáveis independentes, enquanto as variáveis “casos confirmados” e “óbitos” foram considerados como variáveis dependentes. As variáveis “população atual”, “vacinação dose 1”, “vacinação dose 2” “medidas de fechamento”, “equipes de saúde”, “estabelecimento de atenção” foram utilizadas como variáveis de controle.

Os resultados da regressão para dados em painel constam na tabela 3.

Tabela 3: Análise de regressão para dados em painel dos casos confirmados e óbitos por Covid-19.

Variável	Casos confirmados		Óbitos	
	Beta ( $\beta$ )	p-valor	Beta ( $\beta$ )	p-valor
População atual	-1,572	0,033*	-0,473	0,921
Vacinação dose 1	0,328	<0,001**	0,208	<0,001**
Vacinação dose 2	-0,242	<0,001**	-0,087	0,002*
Medidas de fechamento	-1,507	<0,001**	-0,382	0,011*
Equipes de saúde	1,879	<0,001**	1,109	<0,001**
Estabelecimentos de atenção	0,079	0,627	-0,137	0,196
H <sub>1,2(a)</sub> : Índice de Desenvolvimento Humano	-13,699	0,053	-7,408	0,106
H <sub>1,2(b)</sub> : Índice de Gini	-6,200	0,018*	-2,449	0,150
H <sub>1,2(c)</sub> : Pib <i>per capita</i>	0,070	0,655	0,012	0,905
H <sub>1,2(d)</sub> : Auxílio emergencial	0,293	0,567	-0,083	0,802
H <sub>1,2(e)</sub> : Beneficiários de Plano de Saúde	0,518	0,010*	0,242	0,062
R <sup>2</sup> Within	0,473		0,515	
R <sup>2</sup> Between	0,776		0,906	
R <sup>2</sup> Overall	0,514		0,626	

Beta( $\beta$ ) = Coeficientes de regressão. N=36. : \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$ .

Fonte: Dados da pesquisa.

Para a hipótese H1a, que afirma que os municípios do estado do Paraná em que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é menor, apresentam maior número de contaminados por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que o IDHM não apresenta relação significativa com o número de contaminados por Covid-19 ( $p > 0,05$ ). O coeficiente ( $\beta = -13,699$ ) indica também que quanto menor o IDHM maior o número de casos confirmados. Desse modo, a hipótese **H1a não foi corroborada**.

Quanto a hipótese H1b, que afirma que os municípios do estado do Paraná em que o Índice de Gini é maior, apresentam maior número de casos confirmados por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que o índice apresenta relação significativa com o número de contaminados por Covid-19 ( $p < 0,05$ ). No entanto, o coeficiente

negativo ( $\beta=-6,200$ ) indica que quanto menor o índice, maior o número de casos confirmados. Desse modo, a hipótese **H1b não foi corroborada**.

Para o PIB *per capita*, temos a hipótese H1c, que afirma que os municípios do estado do Paraná em que o PIB *per capita* é menor, apresentam maior número de casos confirmados por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que o índice não apresenta relação significativa com o número de contaminados por Covid-19 ( $p>0,05$ ). No entanto, o coeficiente positivo ( $\beta=0,070$ ) indica que quanto maior o índice, maior o número de casos confirmados. Desse modo, a hipótese **H1c não foi corroborada**.

Já a hipótese H1d, que afirma que os municípios do estado do Paraná em que haviam mais concessões do auxílio emergencial, apresentavam maior número de casos confirmados por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que a variável não apresenta relação significativa com o número de contaminados por Covid-19 ( $p>0,05$ ). O coeficiente positivo ( $\beta=0,293$ ) indica que quanto mais beneficiários, maior o número de casos confirmados. Desse modo, a hipótese **H1d não foi corroborada**.

Por fim, a hipótese H1e afirma que os municípios do estado do Paraná em que tinham menos beneficiários de planos de saúde, apresentam maior número de casos confirmados por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que o índice apresenta relação significativa com o número de contaminados por Covid-19 ( $p<0,05$ ). No entanto, o coeficiente positivo ( $\beta=0,518$ ) indica que quanto mais beneficiários de plano de saúde, maior o número de casos confirmados. Desse modo, a hipótese **H1e não foi corroborada**.

Além disso, o modelo incluiu variáveis de controle como “população atual”, “vacinação dose 1”, “vacinação dose 2”, “medidas de fechamento”, “equipes de saúde” e “estabelecimentos de atenção”. Algumas variáveis apontaram relação significativa com o número de contaminados por Covid-19 ( $\beta_{\text{tamanho da cidade}} = -1,572$ ;  $p<0,05$ ), ( $\beta_{\text{vacinação dose 1}} = 0,328$ ;  $p<0,05$ ), ( $\beta_{\text{vacinação dose 2}} = -0,242$ ;  $p<0,05$ ), ( $\beta_{\text{medidas de fechamento}} = -1,507$ ;  $p<0,05$ ), ( $\beta_{\text{equipes de saúde}} = 1,879$ ;  $p<0,05$ ), ( $\beta_{\text{estabelecimentos de atenção}} = 0,079$ ;  $p>0,05$ ).

Para a hipótese H2a, que afirma que os municípios do estado do Paraná em que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é menor, apresentam maior número de óbitos por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que o IDHM não apresenta relação significativa com o número de óbitos por Covid-19 ( $p>0,05$ ). O coeficiente ( $\beta=-7,408$ ) indica também que quanto menor o IDHM maior o número de óbitos. Desse modo, a hipótese **H2a não foi corroborada**.

Quanto a hipótese H2b, que afirma que os municípios do estado do Paraná em que o Índice de Gini é maior, apresentam maior número de óbitos por Covid-19, os resultados da

regressão em dados em painel, demonstram que o índice não apresenta relação significativa com o número de óbitos por Covid-19 ( $p > 0,05$ ). No entanto, o coeficiente negativo ( $\beta = -2,449$ ) indica que quanto menor o índice, maior o número de óbitos. Desse modo, a hipótese **H2b não foi corroborada**.

Para o PIB *per capita*, temos a hipótese H2c, que afirma que os municípios do estado do Paraná em que o PIB *per capita* é menor, apresentam maior número de óbitos por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que o índice não apresenta relação significativa com o número de óbitos por Covid-19 ( $p > 0,05$ ). No entanto, o coeficiente positivo ( $\beta = 0,012$ ) indica que quanto maior o índice, maior o número de óbitos. Desse modo, a hipótese **H2c não foi corroborada**.

Já a hipótese H2d, que afirma que os municípios do estado do Paraná em que haviam mais concessões do auxílio emergencial, apresentavam maior número de óbitos por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que a variável não apresenta relação significativa com o número de óbitos por Covid-19 ( $p > 0,05$ ). O coeficiente ( $\beta = -0,083$ ) indica que quanto menos beneficiários, maior o número de óbitos. Desse modo, a hipótese **H2d não foi corroborada**.

Por fim, a hipótese H2e afirma que os municípios do estado do Paraná em que tinham menos beneficiários de planos de saúde, apresentam maior número de óbitos por Covid-19, os resultados da regressão em dados em painel, demonstram que a variável não apresenta relação significativa com o número de óbitos por Covid-19 ( $p > 0,05$ ). No entanto, o coeficiente positivo ( $\beta = 0,242$ ) indica que quanto mais beneficiários de plano de saúde, maior o número de óbitos. Desse modo, a hipótese **H2e não foi corroborada**.

Novamente o modelo incluiu variáveis de controle como “população atual”, “vacinação dose 1”, “vacinação dose 2”, “medidas de fechamento”, “equipes de saúde” e “estabelecimentos de atenção”. Algumas variáveis apontaram relação significativa com o número de contaminados por Covid-19 ( $\beta_{\text{tamanho da cidade}} = -0,473$ ;  $p > 0,05$ ), ( $\beta_{\text{vacinação dose 1}} = 0,208$ ;  $p < 0,05$ ), ( $\beta_{\text{vacinação dose 2}} = -0,087$ ;  $p < 0,05$ ), ( $\beta_{\text{medidas de fechamento}} = -0,382$ ;  $p < 0,05$ ), ( $\beta_{\text{equipes de saúde}} = 1,109$ ;  $p < 0,05$ ), ( $\beta_{\text{estabelecimentos de atenção}} = -0,137$ ;  $p > 0,05$ ).

Portanto, as hipóteses H1a, H1b, H1c, H1d e H1e não foram corroboradas, concluímos que a hipótese H1 de que municípios do estado do Paraná em que a desigualdade social é maior, apresentam maior número de contaminados por Covid-19, também não pode ser suportada. Com relação, as hipóteses H2a, H2b, H2c, H2d e H2e não foram corroboradas, portanto, podemos concluir que os municípios do estado do Paraná em que a desigualdade social é maior apresentam maior número de óbitos por Covid-19 não foi suportada.

## 5 DISCUSSÃO

Durante a pandemia da Covid-19, diversas vidas foram colocadas em risco e outras milhares foram perdidas. Dessa forma, em períodos de calamidade, é necessário compreender os fatores que influenciaram tanto o aumento no número de casos confirmados como de óbitos, seja da população em geral, ou em determinados grupos como as cidades do estado do Paraná que foram o objeto investigado nesse estudo.

Diferente do que algumas pesquisas têm revelado sobre a relação entre desigualdade social e número de casos confirmados e óbitos durante a Covid-19 (Siu, 2020, Elgar, Stefanik & Wohl 2020), incluindo pesquisas no Brasil (Ribeiro et al, 2021, Martins-Filho et al, 2020), as variáveis utilizadas para mensurar desigualdade social como IDHM, Índice de Gini, PIB *per capita*, número de concessões de auxílio emergencial e número de beneficiários de plano de saúde, não tiveram relação com o número de casos confirmados e óbitos nas cidades do estado do Paraná investigadas nessa pesquisa. Os resultados da regressão de dados em painel demonstraram que para a primeira dose da vacina, houve significância quanto ao número de casos confirmados e óbitos, contudo indicando que quanto mais vacinados, maior o número de casos confirmados e óbitos, já em relação a segunda dose os resultados demonstraram significância indicando que cidades que possuíam menor número de vacinados tinham maior número de casos confirmados e óbitos, apontando a eficácia da vacina após a segunda dose.

Outra variável relevante foi o tamanho da população atual das cidades pesquisadas que indicaram que quanto menor a população, maior o número de casos confirmados, não havendo significância para o número de óbitos. Além disso, a variável medidas de fechamento, também apresentaram significância para número de casos confirmados e óbitos. O modelo indicou que cidades com medidas menos restritivas tiveram maior número de casos confirmados e de óbitos, indicando a relevância do isolamento social para a contenção da propagação do vírus.

Também relevante para essa pesquisa, foram os números de equipes de saúde em que se encontrou uma relação positiva indicando que cidades do estado do Paraná em que haviam maiores números de equipes de saúde também tiveram um maior número de casos confirmados e óbitos, indicando que quanto mais se aumentavam os casos confirmados e óbitos, mais se aumentava o número de equipes de saúde. Com relação a estabelecimentos de atenção, a variável não foi significativa no modelo.

Uma possível explicação para não terem sido encontradas evidências da relação entre a desigualdade social e o número de casos confirmados e óbitos por Covid-19 entre as cidades do Paraná é que estado é o segundo com menor índice de Gini, ou seja, possui menor



concentração de renda, levando a compreender que o dinheiro está concentrado nas mãos de mais pessoas e não de menos. Ademais, a cidade com menor índice de Gini é 0,3751, enquanto a maior é 0,5652, não possuindo uma variação tão grande entre as cidades.

Além disso, o Paraná também possui um dos maiores IDH e PIB *per capita* do Brasil (IBGE, 2020). Isso indica que comparado a outros estados brasileiros que possuem uma maior desigualdade social, e que foram encontradas evidências dessa relação com óbitos e casos confirmados (Maciel, Castro-Silva & Farias, 2020) o Paraná não possui um desequilíbrio social tão grande, logo essa relação pode não ter sido encontrada entre as cidades. Ademais, algumas pesquisas como a de Santos et al (2021), no estado do Pará também não conseguiram concluir que a maior incidência das condições socioeconômicas representadas pelo IDHM possuía correlações com as variáveis epidemiológicas da Covid-19.

O número de casos confirmados apresentou uma correlação positiva alta com número de óbitos. Indicando, como esperado, que quanto maior o número de casos confirmados, maiores foram os números de óbitos nas cidades do estado do Paraná. Além disso, também houve uma correlação negativa entre medidas de fechamento e casos confirmados e óbitos, reforçando que cidades com medidas menos restritivas de isolamento social, tiveram maior número de casos e de óbitos por Covid-19.

Ademais, a vacinação também possui uma correlação positiva com as equipes de saúde e estabelecimentos de atenção mostrando que cidades do estado do Paraná com mais estrutura de saúde também tiveram um maior número de vacinados. Por fim, foi encontrado uma baixa correlação, embora significativa, entre cidades com maior número de beneficiários de plano e o número de vacinados com a primeira e segunda dose.

A resposta tanto do Governo Federal como do Governo do estado frente à pandemia, também foi problemática durante todo o período de surto da Covid-19, normalmente, negando ou amenizando a gravidade da situação. O SUS tende a ter um elevado número de atendimento, mas seus recursos são cada vez mais limitados e reduzidos. A dependência de um sistema que possui tantos problemas, fica evidente nessa pesquisa demonstrando as desigualdades entre os municípios nas suas estruturas de saúde.

Os resultados também contribuem para a discussão da Sociologia Econômica da Saúde em que tanto fatores sociais como econômicos estão conectados. Como os aspectos que compõe a saúde estão ligados aos fatores econômicos, representados neste estudo por Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Índice de Gini, PIB *per capita*, número de concessões do auxílio emergencial e número de beneficiários de plano de saúde esta pesquisa contribui para reforçar como a Sociologia Econômica pode contribuir para estudos da saúde.

Dessa forma, é possível compreender que os cuidados de saúde, em específico sobre a relação entre desigualdade social e número de casos confirmados e óbitos por Covid-19, pode compor uma discussão dentro do campo da Sociologia Econômica da Saúde, pois a saúde é uma das formas em que é possível expressar a organização social e econômica de uma determinada população. Portanto, este artigo também contribui para a construção da agenda da Sociologia Econômica da Saúde.

Por fim, é importante destacar que tomadores de decisão e formuladores de políticas públicas devem estar atentos e levar essas informações em consideração no desenvolvimento de políticas específicas para as cidades que participaram desse estudo.

## **6 CONCLUSÃO**

A pandemia da Covid-19 trouxe diversas consequências que vão além dos casos confirmados e dos óbitos, ela teve impactos econômicos e sociais significativos. No entanto, ainda é relevante compreender quais fatores tiveram impacto no desenvolvimento e no agravamento da pandemia. Essa pesquisa buscou verificar se a desigualdade social influenciou o número de contaminados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná, hipótese que não foi suportada.

Contudo, alguns achados foram relevantes como a eficácia da vacina após a segunda dose nas cidades pesquisadas e a eficiência do isolamento social na contenção do número de casos confirmados e óbitos. Gestores públicos e de saúde precisam estar cientes e preparados para lidar com essas situações. Por conseguinte, os resultados da pesquisa são relevantes em virtude das especificidades do sistema de saúde brasileiro.

O país possui um sistema de saúde gratuito e universal e um sistema privado complementar, entretanto a realidade dos dados econômicos é que mais da metade dos gastos com saúde ocorrem no sistema privado, o qual atende em torno de apenas 1/4 da população (Silveira et al, 2020). Em uma pandemia que superlotou os hospitais, essa desigualdade de investimento nas estruturas de saúde teve um impacto relevante, como mostram os dados da pesquisa, cidades maiores possuíam uma estrutura de saúde melhor.

Uma das limitações desta pesquisa é em relação a coleta dos dados secundários em que provavelmente houve subnotificação de casos confirmados e óbitos comunicado à Secretaria de Saúde do estado do Paraná. Uma segunda limitação é que nosso estudo é correlacional e não permite inferências de causalidade. Além disso, sugerimos como orientações para pesquisas futuras, que o estudo seja realizado em outros estados para uma comparação das descobertas.

## REFERÊNCIAS

- Abedi, V., Olulana, O., Avula, V., Chaudhary, D., Khan, A., Shahjouei, S., ... & Zand, R. (2021). Racial, economic, and health inequality and COVID-19 infection in the United States. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 8, 732-742.
- Alberti, A., da Silva, B. B., de Jesus, J. A., Zanoni, E. M., & Grigollo, L. R. (2021). Associação do maior número de mortes por COVID-19 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Cidades Catarinenses/Association of the highest number of deaths by COVID-19 and the Human Development Index (HDI) of cities in Santa Catarina. *ID on line. Revista de psicologia*, 15(54), 427-434.
- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: Beneficiários por plano de saúde. Disponível em: < [https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_02.def](https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def)> Acesso em: 01 de dez. 2023.
- Araújo, E. M. D., Caldwell, K. L., Santos, M. P. A. D., Souza, I. M. D., Rosa, P. L. F. S., Santos, A. B. S. D., & Batista, L. E. (2021). Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. *Saúde em debate*, 44, 191-205.
- Bastos, L. S., Niquini, R. P., Lana, R. M., Villela, D. A., Cruz, O. G., Coelho, F. C., ... & Gomes, M. F. (2020). COVID-19 and hospitalizations for SARI in Brazil: a comparison up to the 12th epidemiological week of 2020. *Cadernos de saude publica*, 36.
- Bermudi, P. M. M., Lorenz, C., de Aguiar, B. S., Failla, M. A., Barrozo, L. V., & Chiaravalloti-Neto, F. (2021). Spatiotemporal ecological study of COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil: shifting of the high mortality risk from areas with the best to those with the worst socio-economic conditions. *Travel medicine and infectious disease*, 39, 101945.
- Bousquat, A., Akerman, M., Mendes, A., Louvison, M., Frazão, P., & Narvai, P. C. (2021). Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, (128), 13-26.
- Bovo, C. R. (2014). A contribuição da teoria da rede social, de Mark Granovetter, para a compreensão do funcionamento dos mercados e a atuação das empresas. *Pensamento & Realidade*, 29(3), 17-17.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 03 de jan. 2022.
- BRASIL. (2022). COVID. Recuperado de: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 de set. 2022.
- BRASIL. PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS. GeoSES. Disponível em <<https://dados.gov.br/dataset/geoses>> Acesso em: 18 de maio de 2022.

Cielo, I. D., Schmidt, C. M., & Wenningkamp, K. R. (2015). Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná (2011). *DRd-Desenvolvimento Regional em debate*, 5(1), 211-230.

Complex Lab. (2022). *Observatório Covid-19 Maringá*. Disponível em: <<https://complex.pfi.uem.br/covid/>> Acesso em: 2 de setembro de 2022.

Complex Lab. (2022). *Observatório Covid-19 Maringá*. Disponível em: <[https://complex.pfi.uem.br/covid\\_parana/](https://complex.pfi.uem.br/covid_parana/)> Acesso em: 2 de setembro de 2022.

DATASUS. 2023. CNES – Estabelecimentos por Nível de Atenção - Brasil: Quantidade segundo município - Período: Mar/2020-Out/2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencbr.def>>. Acesso em: 10 de agosto de 2023.

DATASUS. 2023. CNES - Equipes de Saúde - Brasil: Quantidade segundo município - Período: Mar/2020-Out/2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

DATASUS. 2023. CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de Internação - Brasil: Quantidade segundo município - Período: Mar/2020-Out/2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>>. Acesso em: 15 de agosto de 2023.

DATASUS.tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginipr.def. Disponível em:<[tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginipr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginipr.def)> Acesso em: 13/01/2023

de Almeida, G. B., Forlataza, C. M., Guimarães, R. B., Ferreira, C. P., & Pronunciate, M. (2021). FATORES DE VULNERABILIDADE À COVID-19 EM CIDADES DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 25, 101097.

Demenech, L. M., Dumith, S. D. C., Vieira, M. E. C. D., & Neiva-Silva, L. (2020). Income inequality and risk of infection and death by COVID-19 in Brazil. *Revista brasileira de Epidemiologia*, 23.

de Souza, C. D. F., Machado, M. F., & do Carmo, R. F. (2020). Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(04), 50-59.

dos Santos, S. B., Silva, M. M., Rodrigues, G. F., Caixeta, L. C., Torres, G. C., & Rodrigues, G. G. F. (2021). A epidemiologia da Covid-19 e sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Estado do Pará. *Research, Society and Development*, 10(14), e27101421578-e27101421578.

Elgar, F. J., Stefaniak, A., & Wohl, M. J. (2020). The trouble with trust: Time-series analysis of social capital, income inequality, and COVID-19 deaths in 84 countries. *Social Science & Medicine*, 263, 113365.

Figueiredo, A. M. D., Figueiredo, D. C. M. M. D., Gomes, L. B., Massuda, A., Gil-García, E., Vianna, R. P. D. T., & Daponte, A. (2020). Determinantes sociais da saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da epidemia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2020. COVID-19: relatório apresenta estimativa de infecção pelo vírus no país e os impactos no SUS. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-relatorio-apresenta-estimativa-de-infeccao-pelo-virus-no-pais-e-os-impactos-no-sus>> Acesso em: 01 de fevereiro de 2023.

Giovanella, L., Bousquat, A., Almeida, P. F. D., Melo, E. A., Medina, M. G., Aquino, R., & Mendonça, M. H. M. D. (2019). Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00178619.

Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American journal of sociology*, 91(3), 481-510.

Hastenreiter Filho, H. N., & Cavalcante, L. R. (2022). Variáveis associadas à mortalidade por covid-19 nos municípios brasileiros: um estudo exploratório. *RPER*, (60), 57-70.

Henrique, A. S., da Rocha Fernandes, A. M., Liebel, G., & Fogaça, G. P. (2022). UMA ANÁLISE GEOESPACIAL DOS INDICADORES DE DESIGUALDADES RELACIONADOS À COVID-19 NO BRASIL. *ANAIS AMNET*, 1(1).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. 2021. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2021. Disponível em: <[https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2021/estimativa\\_dou\\_2021.xls](https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.xls)>. Acesso em: 20 de novembro de 2023.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. 2020. Pib per capita dos Municípios. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 01 de outubro de 2023.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. O que é? Índice de Gini? Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&id=2048:ca tid=28](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:ca tid=28)> Acesso em: 18 de maio de 2022.

Karaye, I. M., & Horney, J. A. (2020). The impact of social vulnerability on COVID-19 in the US: an analysis of spatially varying relationships. *American journal of preventive medicine*, 59(3), 317-325.

Kim, S. J., & Bostwick, W. (2020). <? covid19?> Social vulnerability and racial inequality in COVID-19 deaths in Chicago. *Health education & behavior*, 47(4), 509-513.

Kunz, A., Bottcher, E. M. A., Cardoso, M. J., & Bertolini, G. R. F. (2022). Indicators Affecting Families in the West Paraná Region (Brazil) During the Covid-19 Crisis. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, 33-56.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Almirante Tamandaré/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/3154/leis-de-almirante-tamandare/categorias/covid-19?>> Acesso em: 21 de julho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Arapongas/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/prefeitura/pr/arapongas/categorias/covid-19>> Acesso em: 2 de junho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Araucária/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/prefeitura/pr/araucaria/categorias/covid-19?>> Acesso em: 15 de julho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Cianorte/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/3226/leis-de-cianorte/categorias/covid-19?p=1>> Acesso em: 2 de junho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Colombo/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/3229/leis-de-colombo/categorias/covid-19?p=1>> Acesso em: 2 de junho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Cascavel/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/prefeitura/pr/cascavel/categorias/covid-19?>> Acesso em: 12 de julho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Foz do Iguaçu/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/3269/leis-de-foz-do-iguacu/categorias/covid-19?p=1>> Acesso em: 4 de junho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Marechal Cândido Rondon/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/3353/leis-de-marechal-candido-rondon/categorias/covid-19?p=1>> Acesso em: 21 de junho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Paranavai/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/3402/leis-de-paranavai/categorias/covid-19>> Acesso em: 2 de junho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Pinhais/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/legislacao-municipal/3412/leis-de-pinhais/categorias/covid-19?p=1>> Acesso em: 21 de julho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Ponta Grossa/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/prefeitura/pr/pontagrossa/categorias/covid-19?p=24>> Acesso em 11 de julho.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Rolândia/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/prefeitura/pr/rolandia/categorias/covid-19?p=12>>. Acesso em: 12 de julho de 2023.

Leis Municipais (2023). *Legislação Municipal de Telemaco Borba/PR*. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/prefeitura/pr/telemacoborba/categorias/covid-19?p=11>> Acesso em: 2 de junho de 2023.

Legnet Sem fronteiras. (2023). *Jornal do Município de Castro*. Disponível em: <<https://semfronteiras.legnet.com.br/categoria/jornal-do-municipio-de-castro-pr>> Acesso em: 16 de junho de 2023.

Legnet Sem fronteiras. (2023). *Jornal do Município de São José dos Pinhais*. Disponível em: <<https://semfronteiras.legnet.com.br/busca.php?q=%22s%C3%A3o+jos%C3%A9+pinhais%22>> Acesso em: 2 de junho de 2023.

Maciel, J. A. C., Castro-Silva, I. I., & Farias, M. R. D. (2020a). Análise inicial da correlação espacial entre a incidência de COVID-19 e o desenvolvimento humano nos municípios do estado do Ceará no Brasil. *Revista brasileira de epidemiologia*, 23.

Maciel, M. G., Melo, B. D., Pereira, D. R., Serpeloni, F., Kabad, J. F., Souza e Souza, M., ... & Arantes, A. C. Q. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: cuidados paliativos-orientações aos profissionais de saúde.

Martins-Filho, P. R., de Souza Araújo, A. A., Quintans-Júnior, L. J., & Santos, V. S. (2020). COVID-19 fatality rates related to social inequality in Northeast Brazil: a neighbourhood-level analysis. *Journal of Travel Medicine*, 27(7), taaa128.

Mendes, Á., & Carnut, L. (2020). Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social*, 22(46), 9-32.

Miranda, G. M. D., Mendes, A. D. C. G., & Silva, A. L. A. D. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 19, 507-519.

Monteiro, C. N. (2022). *The spatial distribution and calculator for severity and deathfor Covid-19*. Research Square.

Moreira, R. D. S. (2020). COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00080020.

Nayak, A., Islam, S. J., Mehta, A., Ko, Y. A., Patel, S. A., Goyal, A., ... & Quyyumi, A. A. (2020). Impact of social vulnerability on COVID-19 incidence and outcomes in the United States. *MedRxiv*, 2020-04.

Oliveira, G. M. M. D., Brant, L. C. C., Polanczyk, C. A., Biolo, A., Nascimento, B. R., Malta, D. C., ... & Ribeiro, A. L. P. (2020). Estatística Cardiovascular–Brasil 2020. *Arquivos brasileiros de Cardiologia*, 115, 308-439.

Our World in Data. (2022). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Recuperado de: <[https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL)>. Acesso em: 28 de set. 2022.

Pinheiro, I. A. S., & Balbo, J. L. (2021). GRUPOS MINORITÁRIOS DIANTE DA COVID-19: Uma análise a partir da concepção de racismo estrutural. *Holos*, 4, 1-14.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Brasília: Organização das Nações Unidas. O que é IDH? Organizações Unidas. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Boletim-COVID19-2020>>. Acesso em: 28 de set. 2022.

Prefeitura de Apucarana. (2023). *Decretos*. Disponível em: <<http://www.apucarana.pr.gov.br/site/coronavirus/decretos/>>. Acesso em 12 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Araongas. (2023). *Coronavírus/Covid-19*. Disponível em: <<https://www.arapongas.pr.gov.br/coronavirus-decretos#arquivos>>. Acesso em 2 de junho de 2023.

Prefeitura Municipal de Cambe. (2023). *Portal da Transparencia*. Disponível em: <[http://transparencia.cambe.pr.gov.br:8092/portal/administrativa/leis\\_atos.xhtml](http://transparencia.cambe.pr.gov.br:8092/portal/administrativa/leis_atos.xhtml)>. Acesso em 4 de junho de 2023.

Prefeitura Municipal de Campo Largo. (2023). *Decretos Coronavírus*. Disponível em: <<https://campolargo.atende.net/cidadao/pagina/decretos-coronavirus>>. Acesso em 7 de junho de 2023.

Prefeitura Municipal de Campo Mourão. (2023). *Decretos Municipais COVID-19*. Disponível em: <<https://campomourao.atende.net/cidadao/pagina/decretos-municipais-covid-19>>. Acesso em 16 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Curitiba. (2023). *Consulta Externa de Atos*. Disponível em: <<https://legisladocexterno.curitiba.pr.gov.br/AtosConsultaExterna.aspx?tema=-1&auto=1>>. Acesso em 10 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Francisco Beltrão. (2023). *Legislação Municipal Covid-19*. Disponível em: <<https://www.franciscobeltrao.pr.gov.br/portal-da-transparencia/administracao/transparencia-enfrentamento-ao-coronavirus/legislacao-municipal-covid-19/>>. Acesso em 20 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Guarapuava. (2023). *Consulta de Atos Legais*. Disponível em: <<http://www.pmg.pr.gov.br/legislacao/indexDecreto.php>>. Acesso em 23 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Ibipora. (2023). *Decretos Municipais Covid-19*. Disponível em: <[https://www.ibipora.pr.gov.br/pagina/1550\\_Decretos-Municipais-Portal-COVID-19.html](https://www.ibipora.pr.gov.br/pagina/1550_Decretos-Municipais-Portal-COVID-19.html)>. Acesso em 30 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Irati. (2023). *Decretos Coronavírus*. Disponível em: <[https://irati.pr.gov.br/pagina/213\\_DECRETOS-COVID.html](https://irati.pr.gov.br/pagina/213_DECRETOS-COVID.html)>. Acesso em 10 de junho de 2023.

Prefeitura Municipal de Irati. (2023). *Decretos Revogados*. Disponível em: <[https://irati.pr.gov.br/pagina/244\\_DECRETOS-REVOGADOS.html](https://irati.pr.gov.br/pagina/244_DECRETOS-REVOGADOS.html)>. Acesso em 10 de junho de 2023.

Prefeitura Municipal de Londrina. (2023). *Legislação-Coronavírus*. Disponível em: <<https://portal.londrina.pr.gov.br/legislacao-corona-municipal?start=3>>. Acesso em 5 de junho de 2023.



Prefeitura Municipal de Maringá. (2023). *Consultar em Leis e Atos*. Disponível em: <<http://venus.maringa.pr.gov.br:8090/portaltransparencia/leiseatos-geral/geral?numero=&ano=&descricaoSumula=&dataInicial=01%2F03%2F2020&dataFinal=31%2F04%2F2020&tipoEscopo=&natureza=&tipoDocumentoLegal=3>>. Acesso em 10 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Palmas. (2023). *Decretos Covid-19*. Disponível em: <<https://pmp.pr.gov.br/website/views/decretos-covid-19.php>>. Acesso em 23 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Paranaguá. (2023). *Coronavírus*. Disponível em: <<https://www.paranagua.pr.gov.br/coronavirus>>. Acesso em 10 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Pato Branco. (2023). *Decretos*. Disponível em: <<https://patobranco.pr.gov.br/covid19/decretos/>>. Acesso em 23 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Prudentópolis. (2023). *Diário Oficial*. Disponível em: <<https://prudentopolis.pr.gov.br/diario-oficial/index.php?>>. Acesso em 6 de junho de 2023.

Prefeitura Municipal de Sarandi. (2023). *Decretos Municipais*. Disponível em: <<https://sarandi.eloweb.net/portaltransparencia/1/publicacoes/21/294>>. Acesso em 15 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais. (2023). *Decretos Municipais*. Disponível em: <[https://sisazul.sjp.pr.gov.br/webapp/portaltransparencia/leiato\\_calamidade\\_pagina\\_11\\_começar\\_indo\\_para\\_frente.](https://sisazul.sjp.pr.gov.br/webapp/portaltransparencia/leiato_calamidade_pagina_11_começar_indo_para_frente.)>. Acesso em 15 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de Toledo. (2023). *Decretos Sobre o Covid-19*. Disponível em: <<https://www.toledo.pr.gov.br/portais/saude/gabinete-da-secretaria-de-saude/centro-de-operacoes-emergenciais-coe/decretos-sobre-o>>. Acesso em 23 de julho de 2023.

Prefeitura de Umuarama. (2023). *Decretos*. Disponível em: <<https://www.umuarama.pr.gov.br/public/decretos/>>. Acesso em 16 de julho de 2023.

Prefeitura Municipal de União da Vitória. (2023). *Portal Transparência União da Vitória*. Disponível em: <<https://transparencia.betha.cloud/#/Ob3s7lerWui2aWai6x3yWA==/consulta/56227>>. Acesso em 7 de junho de 2023.

Ribeiro, K. B., Ribeiro, A. F., Veras, M. A. D. S. M., & de Castro, M. C. (2021). Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. *International journal of epidemiology*, 50(3), 732-742.

Sanhueza-Sanzana, C., Aguiar, I. W. O., Almeida, R. L. F., Kendall, C., Mendes, A., & Kerr, L. R. F. S. (2021). Desigualdades sociais associadas com a letalidade por COVID-19 na cidade de Fortaleza, Ceará, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, e2020743.

Singu, S., Acharya, A., Challagundla, K., & Byraredy, S. N. (2020). Impact of social determinants of health on the emerging COVID-19 pandemic in the United States. *Frontiers in public health*, 8, 406.

SESA- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Boletim Covid-19-2020. Disponível em: Our World in Data. (2021). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Recuperado de: <[https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL)>. Acesso em: 28 de set. 2022.

SESA- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Vacinação Ranking. Disponível em: <<https://www.coronavirus.pr.gov.br/vacinacao-ranking>>. Acesso em: 28 de set. 2022.

SESA- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Boletim Informe Epidemiológico (covid-19) ano 2020, 2021 e 2022 Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Coronavirus-COVID-19>>. Acesso em: 13 de janeiro 2023.

SESA- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. Vacinômetro. Disponível em: <[https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS\\_Vacina\\_C19/SEIDIGI\\_DEMAS\\_Vacina\\_C19.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19/SEIDIGI_DEMAS_Vacina_C19.html)>. Acesso em: 13 de janeiro 2023.

Siu, J. Y. M. (2021). Health inequality experienced by the socially disadvantaged populations during the outbreak of COVID-19 in Hong Kong: An interaction with social inequality. *Health & social care in the community*, 29(5), 1522-1529.

Silveira, F. G., Noronha, G.S., Funcia, F.R., Ramos, R.L.O., Moraes, R.M., Castro, L.C., & Noronha, J.C. (2020). *Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz.

Smelser, N. J., & Swedberg, R. (2005). Introducing economic sociology. *The handbook of economic sociology*, 1.

STEINER, P. (2016). A grande performatividade in Altruísmo, dons e trocas simbólicas: abordagens sociológicas da troca. *São Paulo: Cultura Acadêmica*.

Vidigal, V. G., de Castro Amaral, I., & Silveira, G. F. (2012). Desenvolvimento Socioeconômico nas microrregiões do Paraná: uma análise multivariada. *Revista de Economia*, 38(2).

## ANEXO I

Tabela 4: Modelo 2 considerando as variáveis independentes: “Índice de Desenvolvimento Humano”, “Índice de Gini”, “Pib per capita” e “Beneficiários de plano de saúde”

Variável	Casos confirmados		Óbitos	
	Beta ( $\beta$ )	p-valor	Beta ( $\beta$ )	p-valor
População atual	-1,196	<0,001**	-0,154	0,475
Vacinação dose 1	0,328	<0,001**	0,208	<0,001**
Vacinação dose 2	-0,242	<0,001**	-0,087	0,002*
Medidas de fechamento	-1,514	<0,001**	-0,380	0,011*
Equipes de saúde	1,878	<0,001**	1,109	<0,001**
Estabelecimentos de atenção	0,043	0,777	-0,127	0,194
H <sub>1,2(a)</sub> : Índice de Desenvolvimento Humano	-13,793	0,051*	-7,382	0,107
H <sub>1,2(b)</sub> : Índice de Gini	-5,779	0,022*	-2,569	0,116
H <sub>1,2(c)</sub> : Pib <i>per capita</i>	0,081	0,604	0,009	0,928
H <sub>1,2(e)</sub> : Beneficiários de Plano de Saúde	0,477	0,011*	0,253	0,036*
R <sup>2</sup> Within	0,473		0,515	
R <sup>2</sup> Between	0,776		0,906	
R <sup>2</sup> Overall	0,514		0,626	

Tabela 5: Modelo 3 apresentam a regressão de dados em painel com as interações das variáveis de controle com as variáveis independentes.

Variável	Casos confirmados		Óbitos	
	Beta ( $\beta$ )	p-valor	Beta ( $\beta$ )	p-valor
População atual	35,310	0,057	39,383	0,001**
Vacinação dose 1	0,577	0,739	-0,435	0,701
Vacinação dose 2	-1,050	0,568	0,287	0,812
Medidas de fechamento	-20,617	0,076	-11,216	0,141
Equipes de saúde	-3,931	0,712	-11,685	0,095
Estabelecimentos de atenção	-7,745	0,292	-4,801	0,319
H <sub>1,2(a)</sub> : Índice de Desenvolvimento Humano	680,863	0,004*	596,310	<0,001**
H <sub>1,2(b)</sub> : Índice de Gini	-100,890	0,217	-18,082	0,736
H <sub>1,2(c)</sub> : Pib <i>per capita</i>	1,612	0,824	2,521	0,597
H <sub>1,2(d)</sub> : Auxílio emergencial	2,892	0,786	5,475	0,434
H <sub>1,2(e)</sub> : Beneficiários de Plano de Saúde	-4,531	0,625	-3,586	0,556
População atual#IDHM	-62,373	0,014*	-57,922	<0,001**
Vacinação dose 1#IDHM	-1,450	0,628	-0,919	0,651
Vacinação dose 2#IDHM	3,421	0,301	1,728	0,426
Medidas de fechamento#IDHM	20,790	0,340	16,916	0,237
Equipes saúde#IDHM	16,875	0,357	21,818	0,070
Estabelecimento atenção#IDHM	-17,840	0,207	-10,086	0,277
População atual#Índice de Gini	9,501	0,294	3,294	0,579
Vacinação dose 1# Índice de Gini	1,471	0,314	0,193	0,840
Vacinação dose 2# Índice de Gini	-0,435	0,781	0,787	0,444

Medidas de fechamento# Índice de Gini	15,400	0,081	14,678	0,011*
Equipes saúde# Índice de Gini	-8,070	0,273	-1,757	0,716
Estabelecimento atenção# Índice de Gini	-2,446	0,693	-7,597	0,061
População atual#Auxílio Emergencial	0,010	0,994	-0,597	0,478
Vacinação dose 1# Auxílio Emergencial	0,093	0,439	0,147	0,064
Vacinação dose 2# Auxílio Emergencial	-0,023	0,857	-0,130	0,129
Medidas de fechamento# Auxílio Emergencial	0,264	0,713	0,107	0,820
Equipes saúde# Auxílio Emergencial	-4,774	<0,001**	-1,903	0,003*
Estabelecimento atenção# Auxílio Emergencial	2,319	<0,001**	1,366	<0,001**
População atual#PIB <i>per</i> <i>capita</i>	-1,168	0,164	-0,681	0,217
Vacinação dose 1# PIB <i>per</i> <i>capita</i>	0,003	0,973	0,067	0,312
Vacinação dose 2# PIB <i>per</i> <i>capita</i>	-0,051	0,640	-0,088	0,220
Medidas de fechamento# PIB <i>per capita</i>	0,505	0,421	0,146	0,723
Equipes saúde# PIB <i>per</i> <i>capita</i>	0,723	0,209	0,055	0,883
Estabelecimento atenção# PIB <i>per capita</i>	1,705	0,003*	0,970	0,010*
População atual#Beneficiários de plano de saúde	0,417	0,692	0,340	0,623

Vacinação dose 1# Beneficiários de plano de saúde	-0,100	0,318	-0,112	0,087
Vacinação dose 2# Beneficiários de plano de saúde	-0,012	0,910	0,060	0,400
Medidas de fechamento# Beneficiários de plano de saúde	-0,590	0,342	-0,644	0,114
Equipes saúde# Beneficiários de plano de saúde	4,124	<0,001**	2,062	<0,001**
Estabelecimento atenção# Beneficiários de plano de saúde	-2,169	<0,001**	-1,024	<0,001**
R <sup>2</sup> Within	0,559		0,582	
R <sup>2</sup> Between	0,826		0,936	
R <sup>2</sup> Overall	0,599		0,685	

**TERCEIRA PARTE**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese foi desenvolvida a partir do interesse em **analisar como fatores sociais e econômicos influenciam a saúde**. Para tanto, dividimos as etapas e resultados da pesquisa em três artigos, representando os objetivos específicos da tese.

No primeiro artigo, denominado **“Propondo uma agenda de pesquisa: A Sociologia Econômica da Saúde”**, o interesse foi unir em um único campo discussões abordando fatores econômicos debatidos na Economia da Saúde e questões sociais, incluindo desigualdades e políticas de saúde, analisadas pela Sociologia da Saúde. Este artigo visou contribuir para estabelecer um campo específico para diálogos sobre saúde, abrangendo fatores sociais e econômicos, enriquecidos pela inclusão de elementos morais. A proposta desse novo campo e da agenda de pesquisa estabeleceu uma ponte entre diferentes temas e áreas que, inicialmente, estavam separados na literatura. Ao adotar a perspectiva da Sociologia Econômica da Saúde, avançamos nas discussões científicas, notadamente em um campo que tem se consolidado nos últimos anos, como é o caso da Sociologia Econômica. Além disso, compreender como a saúde é impactada vai além de uma perspectiva exclusivamente econômica, incorporando uma visão mais abrangente que integra fatores econômicos, sociais e morais, resultando em implicações significativas para as políticas públicas. Assim, concluímos o primeiro objetivo específico proposta por esta tese.

No segundo artigo, **“Desigualdade social influenciando a saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19”**, compreendemos que a desigualdade social influenciou a saúde mental dos estudantes universitários durante a pandemia da Covid-19. A partir de um levantamento com 970 estudantes universitários das cinco regiões do Brasil constatamos que os resultados da pesquisa foram significativos indicando que as variáveis independentes “renda” e “não possuir plano de saúde” utilizadas para mensurar desigualdade social tinham influência sobre os construtos “senso de perigo”, “sintomas de angústia” e “bem-estar” utilizados para mensurar saúde mental.

Os achados também apontaram que indivíduos com menor renda, tinham maior “senso de perigo”, e conforme o aumento da renda, o “senso de perigo” foi diminuindo. Indivíduos com renda muito abaixo da média também tinham maiores “sintomas de angústia” e conforme a renda aumentava, menores eram esses sintomas. Por fim, indivíduos com renda muito abaixo da média também apresentavam menor “bem-estar” e conforme sua renda aumentava, maior era essa sensação. Os achados também apontaram que indivíduos que não possuíam plano de saúde tinham maior “senso de perigo”, maiores “sintomas de angústia” e menor sensação de



“bem-estar”, comparados aqueles que tinham. Portanto, esta pesquisa desempenha um papel crucial ao contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde mental de estudantes universitários, especialmente aqueles mais vulneráveis devido às desigualdades sociais exacerbadas durante períodos de crise, como a pandemia da Covid-19.

A relevância da pesquisa também se estende ao oferecer subsídios para gestores de instituições de ensino superior, sugerindo a implementação de medidas eficazes que possam prover um suporte maior na preservação da saúde mental de estudantes universitários inseridos em contextos de maior desigualdade social. Essa abordagem busca mitigar os impactos adversos da crise sobre a saúde mental dessa população específica, promovendo, assim, um ambiente acadêmico mais inclusivo e equitativo. Dessa forma, também concluímos o segundo objetivo específico proposto por esta tese.

Por fim, o terceiro artigo da tese, intitulado **“Desigualdade social e sua relação com o número de casos confirmados e óbitos por Covid-19 nas cidades do estado do Paraná”**, apresentou resultados que desempenharam um papel relevante. Eles indicaram que os casos confirmados foram significativos para Índice de Gini e beneficiários de plano de saúde, no entanto, não foram significativos para IDHM, PIB *per capita* e auxílio emergencial. Já quanto ao número de óbitos os dados não foram significativos para nenhuma medida: IDHM, Índice de Gini, beneficiários de plano de saúde, PIB *per capita* e auxílio emergencial. Portanto, o artigo proporcionou contribuições substanciais ao oferecer informações relevantes para a formulação de políticas públicas municipais mais eficazes em contextos de crise, como a pandemia da Covid-19.

Os resultados destacaram a importância de considerar a desigualdade social como um componente crítico a ser abordado em estratégias de saúde pública. Dessa forma, os tomadores de decisão e formuladores de políticas públicas são encorajados a permanecerem atentos a essas informações. A necessidade de desenvolver políticas específicas e sensíveis às nuances sociais das cidades envolvidas neste estudo permanece relevante. Essa abordagem fornece orientações valiosas para a gestão de crises e a promoção da equidade em saúde, enfatizando a importância da consideração das disparidades sociais na formulação de estratégias de intervenção. Dessa forma, também concluímos o terceiro objetivo específico proposto por esta tese.

Assim, estes dois últimos estudos também colaboram para o avanço teórico e empírico no campo dos estudos em Sociologia Econômica da Saúde.

Por fim, esperamos que outros pesquisadores se inspirem nos resultados deste trabalho e aprimorem as contribuições para a nova agenda de pesquisa da Sociologia Econômica da Saúde, bem como iniciem novas pesquisas, refletindo sobre aspectos do campo dos cuidados

de saúde. Não é necessário retomar as limitações e as agendas de pesquisa propostas nos artigos apresentados. Contudo, indicamos que mais estudos envolvendo este campo são necessários para se compreender a conexão entre as desigualdades sociais e os cuidados de saúde.