



Izabelle Barbosa de Oliveira
Centro de Pesquisa Clínica do
Hospital Universitário da Universidade
Federal do Amapá (HU-UNIFAP).
Macapá-AP, Brasil.
izabellebdeoliveira@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-6652-1429>

Ana Júlia Tomasini
Ministério da Saúde. Brasília-DF, Brasil.
anajulia.tomasini@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7900-8878>

Marianna Assunção Figueiredo
Holanda
Programa de Pós-Graduação em
Bioética da Universidade de Brasília
(UnB). Brasília-DF, Brasil.
marianna.holanda@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5174-6855>

A diferença entre taxas de mortalidade e renda nas Regiões Administrativas do Distrito Federal: como a classe social e a raça afetaram o perfil epidemiológico das vítimas da covid-19?

The difference between mortality rates and income in satellite cities of the Brazilian Federal District: how did social class and race affect the epidemiological profile of covid-19 victims?

La diferencia entre las tasas de mortalidad e ingresos económicos en las Regiones Administrativas del Distrito Federal: ¿Cómo la clase social y la raza afectaron el perfil epidemiológico de las víctimas de la covid-19?

Resumo: O presente artigo visa analisar as taxas de letalidade e mortalidade entre diferentes regiões do Distrito Federal (DF), tendo como contraponto as desigualdades socioeconômicas e raciais. O estudo utilizou como método a realização de uma pesquisa bibliográfica, juntamente com análise de dados de acesso público da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF). A partir da leitura dos dados sob a perspectiva da bioética e da necropolítica, evidenciou-se uma profunda desigualdade socioeconômica e espacial, datadas desde a construção de Brasília-DF e perpetuadas ao longo do tempo. As iniquidades sociais, exacerbadas ao longo da pandemia da covid-19, contribuíram para criação de zonas de mortes. Tais desigualdades, ao agirem sindemicamente com a crise sanitária, resultaram em um aumento das taxas de letalidade e mortalidade nas regiões administrativas com menores rendas e acesso limitado a direitos humanos fundamentais.

Palavras-chave: Iniquidades sociais. Pandemia. Necropolítica. Sindemia.

Abstract: This article aims to analyze lethality and mortality rates across different regions of the Brazilian Federal District, with particular attention to socioeconomic and racial inequalities. It employs bibliographic research in conjunction with secondary data extracted from the databases of the Federal District Health Department (SES-DF). The findings are analysed through the lenses of Bioethics and Necropolitics, revealing profound socioeconomic and spatial inequalities, that can be traced back to the construction of Brasília and have persisted until present times. Social inequities, further exacerbated during the covid-19 pandemic, have contributed to the formation of “death zones.” The concurrence of social inequalities and the health crisis have led to increased lethality and mortality rates in administrative regions marked by lower incomes and poor access to basic human rights.

Keywords: Social inequality. Pandemic. Necropolitics. Syndemic.

Resumen: Este artículo busca analizar las tasas de letalidad y mortalidad entre diferentes regiones del Distrito Federal, teniendo como contrapunto las desigualdades socioeconómicas y raciales. El estudio ha utilizado como método la realización de una búsqueda bibliográfica, en conjunto con un análisis de datos secundarios de acceso público extraídos desde el banco de datos de la Secretaría de Sanidad del Distrito Federal brasileño (SDS-DF). Partiendo bajo la perspectiva de la bioética y de la necropolítica, se hizo evidente un gran nivel de desigualdad socioeconómica y espacial, proveniente desde la construcción de Brasília, y el Distrito Federal en sí; que fue perpetuada a lo largo del tiempo. Las inequidades sociales, exacerbadas a lo largo de la pandemia por la covid-19, contribuyeron para la creación de zonas de muerte. Estas desigualdades, actuaron en sinergia con la crisis sanitaria, resultando en un aumento de las tasas de letalidad y mortalidad en las regiones administrativas con los menores ingresos y acceso limitado a derechos humanos fundamentales.

Palabras clave: Inequidades sociales. Pandemia. Necropolítica. Sindemia.

Introdução

O projeto para a criação de Brasília, território destinado à capital do Brasil na década de 1960, foi fundamentado em interesses geopolíticos e socioeconômicos que reafirmaram o modelo socioespacial centro-periferia (Mendonça, 2016). Em decorrência disso, inevitavelmente reproduziram processos de gentrificação e segregação sociorracial promovidos pelo próprio planejamento urbano da nova capital da república (Alves, 2005; Mendonça, 2016). A análise da formação de suas regiões administrativas e as histórias estruturalmente semelhantes que as territorializam, orbitando em torno da capital, possibilitam uma maior compreensão da lógica espacial organizada pelas diferenças de classes sociais.

A ideia de uma capital no centro do país germinou na época do Brasil Colônia e se efetivou no contexto de troca de sistemas econômicos de um país marcado pelo fim da ditadura varguista e início de uma primeira onda democrática. Esta democracia, que seria novamente ceifada entre as décadas de 1960 e 1980 pela ditadura militar no Brasil. Além disso, houve ideais de modernização de um território até então considerado rural diante do mundo (Lara, 2016).

O presidente da época, Juscelino Kubitschek, incluiu a construção de Brasília no planalto central do país como meta síntese do Plano de Metas “50 anos em 5” apresentado pelo seu governo (IPHAN, 2018; Mendonça, 2016). Trata-se de uma história “desistoricizante”, pois nega a presença anterior do povo indígena Fulni-ô, marcando a continuação de um projeto colonial mascarado por um discurso progressista e de primazia à modernidade (Serra e Crevels, 2012). A tese de Holston descreve Brasília

como um exemplo de fracasso do urbanismo modernista, caracterizado por um acirrado insucesso urbanístico, político, social e humano promovido pelo modernismo de estilo internacional (Holston, 1993). Ao incorporar esses valores culturais da modernidade, Brasília também nasce reproduzindo o racismo estrutural e institucional, que moldou a criação de suas cidades-satélites para onde foram enviados os trabalhadores braçais responsáveis por sua construção (Videssot, 2009).

Ainda que a construção da capital representasse um tempo de oportunidades para o novo funcionalismo público que se fortalecia, os trabalhadores que ergueram os prédios e avenidas da cidade foram marginalizados pelo ciclo de exclusão e despartencimento da capital federal. Ao contrário dos novos moradores recém-chegados, esses operários tiveram de improvisar moradias em locais precários e cada vez mais distantes do centro ao invés de usufruir dos novos apartamentos construídos pelo seu labor, originando as chamadas cidades-satélites, mais recentemente denominadas regiões administrativas (RAs) (Videssot, 2009).

As diferenças entre o Plano Piloto e as cidades-satélites originaram um paradoxo entre os ideais igualitários e democráticos promovidos pelo discurso populista da construção da capital, e a realidade histórica e atual (Alves, 2005). Prometida como a capital progressista do meio do país, atualmente Brasília metamorfoseou-se em um dos locais de maior desigualdade social do país. A pesquisa “Mapa das Desigualdades”, realizada pelo Movimento Nossa Brasília, pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC, 2019) e pela Oxfam Brasil, revela que 55% da população do Distrito Federal (DF) está entre as faixas de renda baixa e média baixa, destacando-se as regiões historicamente mais desassistidas pelas políticas públicas como as de menor renda (INESC, 2019). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD contínua) de 2019, o Índice de Gini – indicador que avalia distribuição de riqueza – de 0,548 revela um cenário em que 1% da população recebe cerca de 31,2 vezes mais que a renda da metade da população mais pobre (Alves 2005; Rios, 2021).

A questão social do DF tem origem na domiciliação espontânea de trabalhadores necessitados. Entretanto, ao invés de um movimento de ajuda a esses grupos, houve um isolamento do Plano Piloto. Como exemplo, o impedimento da ocupação de Brasília por migrantes conduzida e gerenciada pela Guarda Especial de Brasília, uma instituição de vigilância e controle de mobilidade urbana subordinada à Secretaria de Segurança Pública (Fernandes, 2018). As RAs estabelecidas foram sempre

pensadas como suporte ao Plano Piloto, havendo uma notável segregação social, racial e regional que influenciaram na formação arquitetônica desse espaço (Lara, 2016).

Atualmente, o DF é composto por 35 RAs, sendo elas: Água Quente, Arapoanga, Águas Claras, Arniqueira, Brazlândia, Candangolândia, Ceilândia, Cruzeiro, Fercal, Gama, Guará, Itapoã, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Park Way, Planaltina, Plano Piloto, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Riacho Fundo II, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, SCIA/Estrutural, SIA, Sobradinho, Sobradinho II, Sol Nascente e Pôr do Sol; Sudoeste/Octogonal, Taguatinga, Varjão e Vicente Pires (Secretaria do Estado de Governo do Distrito Federal, 2025). O DF é a Unidade Federativa na qual a cidade de Brasília se localiza.

A despeito do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ter o impressionante valor de 0,824, a sua própria criadora (a Organização das Nações Unidas) alerta para a sua incompletude. Enquanto o centro destaca-se do restante do país por apresentar uma alta qualidade de vida e renda média alta; nas RAs existem 160 mil famílias vivendo abaixo da linha da pobreza e com um Déficit Habitacional Urbano projetado para 150 mil domicílios até o ano de 2025 (Diogo, 2021).

Segundo Rita Barradas Barata, em seu livro “Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde”, as desigualdades sociais referem-se a situações que originam um grau de injustiça, e são injustas por sistematicamente gerarem grupos em desvantagens à oportunidade e acesso aos bens que o tornam sadio. Na composição do DF é observado uma segregação urbana e histórica, servindo como reforço negativo na diferença de renda ao produzir em um só local uma concentração da pobreza, uma piora na qualidade de vida ao gerar isolamento social e diminuir as oportunidades dos seus habitantes (Barata, 2009). A piora do capital social – que pode ser compreendido como uma relação de solidariedade e confiança entre grupos de pessoas – gera uma redução de qualidade de vida, piorando o processo de adoecimento e contribuindo para a manutenção de desigualdades (Barata, 2009).

Importante destacar que as iniquidades e segregações espaciais existentes no DF corroboram a lógica colonialista, que é binária e opera na tensão entre a ética da inclusão e a exclusão, mostrando que a colonialidade da vida (Flor do Nascimento, 2009) atua nas subjetividades e na materialidade da vida quando estrutura as relações e os espaços como centro e periferia. Assim, a relação entre classe e raça são compreendidas

a partir da colonialidade do poder, do saber e do viver, o que significa que o racismo estrutural ordena as relações por meio de uma colonialidade da vida, que é “esse processo de criar uma ontologia da vida que autorize pensar que algumas vidas são mais importantes do que outras, desde o ponto de vista político, fundando assim uma hierarquia e uma justificativa para dominação, exploração, submissão sob o pretexto de ser este um caminho para o desenvolvimento da vida menos desenvolvida” (Flor do Nascimento, 2009, p.13). Neste sentido, os marcadores de raça e classe social estão relacionados com a formação histórica colonial do Brasil.

A pandemia do covid-19 no Distrito Federal

A SARS-CoV-2 é o vírus causador da covid-19, responsável por uma das maiores crises sanitárias do século XXI até então. Os seus primeiros casos ocorreram em Wuhan na China em meados de 2019, mas logo difundiu-se mundialmente (Porto *et al.*, 2022). No dia 05 de maio de 2023, cinco anos depois, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) da covid-19 (OPAS, 2023).

Os primeiros casos de covid-19 no Brasil – ocorridos no dia 26 de fevereiro de 2020 – apontavam para uma progressão de casos importados de países europeus, entre pessoas mais velhas e de classe econômica mais alta. Contudo, a doença logo acometeu classes mais baixas, atingindo as periferias, e mostrando como a desigualdade social e racial tem um peso determinante no perfil epidemiológico dos casos e óbitos por covid-19 (ICS, 2020).

A primeira morte registrada no país foi a de Cleonice Gonçalves, uma empregada doméstica, negra, de 63 anos que se infectou ao entrar em contato com sua empregadora, moradora do bairro de elite do Rio de Janeiro que havia acabado de voltar de uma viagem à Itália - epicentro mundial da pandemia na época. A empregadora, ignorando as recomendações de isolamento social, não dispensou os serviços de Cleonice, chegando apenas a informar estar com a doença após a morte da empregada (Ferrito e Maeda, 2020).

O primeiro caso de óbito em decorrência da covid-19 registrado no DF foi confirmado pela Secretaria de Saúde no dia 7 de março de 2020; desta vez a vítima era moradora do Lago Sul, bairro nobre da capital, e infectou-se após uma viagem ao exterior. Na época, seu marido, ignorando os protocolos, recusou-se a entrar em

isolamento social mesmo após a confirmação de que ele e a esposa estavam infectados, reproduzindo um gesto de negacionismo e descompromisso com a saúde pública produzidos pelo próprio governo do país à época. Foi necessária uma intervenção judicial que determinou a sua reclusão social, evitando a contaminação da população local vulnerável (Machado e Freitas, 2021).

Nesse cenário, Holanda *et al.* (2021) denunciaram que havia no país um processo coletivo de mistanásia - mortes resultantes da omissão, da negligência e do descompromisso público que afetam sobremaneira determinadas populações – apontando que vivenciamos no Brasil um “genocídio programado” caracterizado por um recorte de gênero, raça e classe social historicamente marcado no Brasil.

As taxas de mortalidade em decorrência da COVID-19 no Brasil desenharam uma estrutura colonial e concentram-se entre pretos, pardos e indígenas, abarcando também atividades laborais informais, autônomas e mal remuneradas. Empregadas domésticas, pedreiros, motoristas de táxi e de aplicativos, caixas de supermercado, recepcionistas, vigilantes, frentistas, motoristas de ônibus e trabalhadores da construção civil são as profissões com maior “risco COVID” no Brasil, somadas aos profissionais de saúde, principalmente os auxiliares e técnicos de enfermagem, que estão na base dos serviços de saúde (Holanda *et al.*, 2021).

Nesse contexto, surgiu a discussão sobre caracterizar a covid-19 no Brasil não apenas como uma pandemia, mas como uma sindemia. O conceito de “sindemia” foi criado por Merrill Singer, um médico antropologista estadunidense, e descreve as interações de cunho biológico e social, e como essas afetam de maneira a piorar ou melhorar o prognóstico de uma doença em diferentes indivíduos de acordo com as condições nas quais uma população vive (Singer, 2017). O termo abarca o movimento de sinergia entre as doenças e determinantes de cunho social e político-econômicos. Souza (2022) trouxe em seu estudo o exemplo da cidade de Manaus, na qual as condições sanitárias precárias preexistentes, unido ao relaxamento do isolamento social, as novas variantes do SARS-CoV-2 e ausência de medidas de enfrentamento levou a um cenário de caráter não apenas pandêmico, mas sim, sindêmico.

Um elemento importante no processo de adoecimento são os Determinantes Sociais, sabendo-se que, com o aumento das vulnerabilidades promovidas pela pobreza, há o surgimento de comorbidades em populações mais pobres cerca de 10 anos antes que setores mais ricos da sociedade (Skou *et al.*, 2022).

A idade e a presença de comorbidades foram indicadores considerados nos painéis de observação da pandemia de covid-19, juntamente aos marcadores sociais de gênero e raça. É importante analisar, contudo, como a situação socioeconômica e região de habitação do indivíduo podem ter contribuído na mudança do prognóstico da doença. Logo, é de relevância epidemiológica traçar como esses marcadores foram, ou não, capazes de alterar como a pandemia se desenvolveu entre diferentes regiões do Brasil, e até mesmo, em diferentes extratos da sociedade.

A classe social mostrou-se nesta pesquisa como um macrodeterminante central que influenciou diversos aspectos da pandemia. A nós, coube analisar as diferenças de morbidade e mortalidade entre diferentes RAs do DF a partir dos marcadores de classe e assim, inevitavelmente, de raça, visto que a segregação social no Brasil tem relação fundamental com o processo de colonização europeia (Portugal) que teve e tem o racismo como centro da diferenciação de pessoas, na qual todos aqueles que não são brancos europeus foram colonizados e subjugados, assim como explicita Anibal Quijano (2005) na formulação da sua teoria sobre a Colonialidade do Poder definindo o Colonialismo como elemento importante para a compreensão das iniquidades sociais e de saúde no país.

Com base nisso, investigou-se como as desigualdades socioeconômicas podem ter influenciado o perfil epidemiológico das vítimas da covid-19 com base em seu local de residência no Distrito Federal. Também foram examinados quais grupos sociais e populações foram mais vulneráveis durante essa crise sanitária no DF.

Método

Realizou-se pesquisa bibliográfica e exploratória acerca da história e formação do DF, com foco nas questões sociais e nos indicadores socioeconômicos da população. A pesquisa bibliográfica utilizou como base de dados o Portal de Periódicos da CAPES, o Scielo e o Pubmed, priorizando-se estudos sobre a covid-19. A pesquisa exploratória enfatizou os eventos ocorridos durante a pandemia/sindemia da covid-19, com o objetivo principal de proporcionar uma visão geral sobre os problemas levantados.

Realizou-se também uma análise de indicadores de incidência e prevalência a partir de dados secundários obtidos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) em seus Boletins Informativos sobre a covid-19.

Foram analisados casos e óbitos por covid-19 em seis RAs: Plano Piloto, Lago Sul, Taguatinga, Núcleo Bandeirante, Ceilândia e Paranoá. Selecionou-se essas RAs em decorrência da diferença de renda entre as regiões consoante a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios de 2018 (Codeplan, 2019), classificando-as em renda alta, média-alta, média-baixa e baixa.

Foram analisados boletins informativos do período de março de 2020 a dezembro de 2021, período considerado como o mais grave da pandemia no país. Para analisar a morbimortalidade nas diferentes Regiões Administrativas foram comparadas as taxas de incidência, coeficientes de letalidade e taxas de mortalidade descritos nos Boletins Informativos.

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois utilizou dados de acesso ao público, em consonância com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

A desigualdade socioeconômica entre as diferentes RAs

Em 2018, o DF tinha em sua área urbana uma população de 2.881.854 residentes e 883.509 domicílios (Codeplan, 2019). Essa população se divide nas 35 Regiões Administrativas criadas e reconhecidas por leis e decretos. Nesta pesquisa, foram escolhidas seis RAs representando diferentes classes socioeconômicas do DF: o Plano Piloto e Lago Sul constituindo a classe alta; Taguatinga e Núcleo Bandeirante como classe média-alta; Ceilândia como classe média-baixa; e por fim, o Paranoá representativo da classe baixa.

As duas primeiras RAs escolhidas, o Plano Piloto e o Lago Sul diferem drasticamente entre si apenas quanto ao tamanho de sua população. No primeiro caso, o Plano Piloto possuía em 2018 um total de 221.336 habitantes, enquanto o Lago Sul, 29.754 (Codeplan, 2019). Quanto a outras características marcadoras de qualidade de vida, como a renda domiciliar *per capita* e acesso a planos de saúde, o Plano Piloto possuía valores de R\$ 6.770,2 e 81,5% de cobertura de planos – seja empresarial, particular ou ambos. No Lago Sul valores relativamente maiores foram registrados: uma renda de R\$ 8.322,8 e 83,6% de cobertura de planos de saúde (Codeplan, 2019).

As RAs de renda média-alta como a Taguatinga e Núcleo Bandeirante possuem cerca de duas vezes menos população com acesso a planos de saúde empresarial,

particular ou ambos (respectivamente, 39,8% e 40,6%), e uma renda cerca de 3 a 4 vezes menor que as cidades classificadas como renda alta (R\$ 2.221,6 para Taguatinga e R\$ 2.376,5 para o Núcleo Bandeirante), apesar de Taguatinga possuir um número de habitantes semelhantes ao Plano Piloto (205.670 a época) e o Núcleo Bandeirante similarmente ao Lago Sul (23.619 à época) (Codeplan, 2019).

Por último, as cidades de renda média-baixa, a Ceilândia e o Paranoá têm renda baixa. Ambas se mostraram similares por possuírem cobertura de plano de saúde empresarial ou privado abaixo dos 20% (18,6% para Ceilândia e 10,1% para o Paranoá). Assimilaram-se também por possuírem renda domiciliar *per capita* de pouco mais de um salário mínimo à época (R\$ 1.125,1 na Ceilândia), e no caso do Paranoá, a renda média nem sequer atingia um salário mínimo completo (R\$ 829,60) (Codeplan, 2019).

Considerando que na época da coleta de dados (2018) o valor de um salário mínimo era de 954,00, o Plano Piloto e o Lago Sul recebiam respectivamente, em média, sete e nove salários mínimos por pessoa. Enquanto o Paranoá, na mesma época, não chegava a ter um salário mínimo inteiro. Similarmente às iniquidades de renda, a desigualdade entre ambos os pólos de classe social, alta e baixa, também refletiu em outras variantes como a idade média da população e acesso a um plano de saúde privado (Codeplan, 2019).

A despeito do acesso aos planos de saúde, foi notável a discrepância entre o percentual do Plano Piloto e Lago Sul e das demais RAs analisadas. Em um lado desse espectro têm-se as classes média-alta com valor de 40% de cobertura pela rede privada, contudo ocorre uma desproporção ainda maior ao se compararem os valores da classe alta com os da média-baixa e baixa (Codeplan, 2019).

O Plano Piloto e o Lago Sul, para além do amparo garantido por lei ao Sistema de Saúde Pública, também conta com 80% da sua população amparada por planos privados de saúde. No oposto desse espectro, tem-se em cidades como Paranoá e Ceilândia – classes baixas e média-baixa – um percentual de menos de 20% com o mesmo benefício. Em outras palavras, essas RAs tem 80% de sua população dependente exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) (Codeplan, 2019).

Ainda que a superlotação tenha sido um cenário comum durante a crise sanitária, muitos hospitais particulares tinham leitos desocupados que se caracterizavam majoritariamente por leitos privados cuja população não pagante não teve acesso –

a despeito de casos particulares envolvendo judicialização na tentativa de acesso a leitos (Fiocruz, 2021).

Tais cenários ferem as próprias normativas da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, uma vez que as desigualdades de acesso aos serviços de saúde levaram a desrespeito do princípio de “garantir a igualdade fundamental entre todos os seres humanos de modo que eles sejam tratados de forma justa e equitativa” (ONU, 2009).

Apesar do direito à saúde também ser um elemento essencial à dignidade humana, garantido pela Constituição Federal Brasileira e obrigação do Estado, observou-se uma diferença de acesso a esse direito entre as classes sociais no Brasil durante a pandemia de covid-19. Reforça-se também que durante esse período o sistema público de saúde brasileiro foi fundamental para garantir o acesso à saúde dessa parcela da população sem acesso ao setor privado (Fiocruz, 2021).

Desemprego e agravamento das vulnerabilidades

As características apresentadas sobre as Regiões Administrativas podem ser complementadas e contextualizadas quando são observados os dados de ocupação laboral mais exercidas em cada região no DF e sua correlação com as taxas de contaminação e mortalidade. O perfil dos empregos mais exercidos pela população de cada RA foi coletado a partir de dados do Zoneamento Ecológico-Econômico do Distrito Federal de 2014 (ZEE-DF) (GDF, 2017), os quais podem dar um panorama da dinâmica socioeconômica e laboral do DF.

Brasília (ou Plano Piloto) é definida como a “RA-I” e contava na época com 44,5% da parcela total de trabalhadores de todo o distrito, configurando-se como o polo gerador de empregos. Taguatinga (RA-III) e Ceilândia (RA-IX) são outras duas importantes cidades, mas que continham, respectivamente, 8,4% e 6,2% dessa porcentagem (GDF, 2017). Contudo, a depender das características socioeconômicas de cada região, é possível perceber certas particularidades a depender da população empregada e o seu setor laboral.

Os mapas do DF apontam alta prevalência de cargos como Administração Pública nas regiões do Lago Norte, Lago Sul e Plano Piloto. O Comércio se destaca na Ceilândia e Taguatinga, enquanto no Paranoá, os setores mais ocupados são o de Construção Civil e Serviços Domésticos. Em novembro de 2021 foi computado

um aumento de 23% no número de inscritos como Microempreendedores Individuais (MEI) no DF, ou ainda, de empregos informais - trabalhos com ausência de vínculos com a carteira de trabalho e geralmente desprovidos de benefícios (Nagashima, 2021).

O DF, de maneira geral, apresentou também diferenças de adaptação aos regimes de *home office*, o que permitiu a não interrupção de diversos empregos durante a pandemia apenas para uma pequena parcela da população. Do total de empregos do DF, 22% conseguiram adaptar-se à nova modalidade à distância, um número superior à média nacional de 10% do seu total, mas ainda insuficiente analisado sob o quesito de equidade. Cabe destacar que desse pequeno grupo, 83% dos trabalhadores que puderam exercer seus trabalhos a *home office* possuíam escolaridade de nível superior, e 43% desses empregos advinham de profissões que pagavam acima de 3 salários mínimos (DIEESE, 2020).

A mesma fonte de dados destacou haver um maior prejuízo das pessoas com renda baixa durante essa mudança de cenário: no 2º trimestre de 2020 o desemprego atingiu apenas 3% do grupo que recebia mais de 5 salários mínimos, contudo, essa porcentagem de desemprego aumentou para 23% na população cuja renda era de até um salário mínimo. E os números pioram à medida que há uma menor proteção trabalhista: no setor do serviço doméstico sem carteira assinada, 31% das trabalhadoras e trabalhadores ficaram desempregados nesse primeiro ano da pandemia, já no grupo dos trabalhadores informais, a taxa de desemprego foi de 18% (DIEESE, 2020).

Vale a ressalva de que o afastamento de trabalhadoras e trabalhadores durante a pandemia afetou mais intensamente pessoas pretas e pardas, resultando em uma queda acentuada da massa salarial das regiões onde essa população está mais concentrada. A demissão de trabalhadoras/es negras/os acentuou no primeiro e no segundo trimestres de 2020, chegando a aumentar 12% devido à diminuição de vagas de empregos (Souza, 2022).

Características do perfil racial do Distrito Federal

O sistema de classificação de cor/raça do IBGE (2022) para o Brasil é um dos conceitos mais utilizados em estudos oficiais dos órgãos governamentais, e de outros estudos de desigualdades raciais. Destaca-se que a população negra referida nas pesquisas é identificada pela soma das categorias “pretas” e “pardas”, sendo o critério de classificação a partir da cor/raça autodeclarada. A categoria “não negra” é definida como a somatória de pessoas brancas, amarelas e indígenas (Codeplan, 2020).

Os dados do estudo Retratos Sociais DF 2021 (Codeplan, 2023) apontam que no DF mais de metade de sua população considera-se negra - em porcentagem são cerca de 57,4% da população. Esse percentual sendo ainda composto de 11,1% autodeclarados pretos e 46,3% autodeclarados pardos (Codeplan, 2023).

A despeito da variedade de Regiões Administrativas fundada ao longo dos anos, observa-se um fenômeno de concentração de riqueza atrelada às regiões majoritariamente brancas. Apesar de negros e pardos serem a maioria da população do DF, as regiões classificadas como renda alta são compostas de 66,9% de população não negra, seguido de 28,5% de pardos e 4,5% de negros (Codeplan, 2020).

O estudo ressalta que o Lago Sul, o Jardim Botânico e o Park Way são as regiões com menor porcentagem de população negra e, ao mesmo tempo, classificadas como grupo de alta renda. Em contrapartida, as RAs com maior proporção de população negra são Fercal e SCIA-Estrutural, apresentando mais de 75% de pessoas negras, as quais são regiões classificadas como grupo de menor renda do DF (Codeplan, 2023).

A partir da análise de distribuição espacial de raça/cor da pele, e dos dados sobre a renda dos locais onde essa população habita, é possível inferir um predomínio de população negra em RAs historicamente mais relegadas em prol de um projeto de suposta, modernidade.

Todavia, saindo do campo da inferência, essa hipótese pode ser embasada de forma mais sólida a partir do estudo Retratos Sociais DF 2021 que utilizou o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para agrupar a população em estratos econômicos (Codeplan, 2023). O CCEB constatou que no DF as maiores proporções de pessoas negras estão em estratos socioeconômicos mais baixos. Três quartos das pessoas na classe D-E são negras (Codeplan, 2023).

Considerando as RAs analisadas nesse artigo, destacam-se as seguintes proporções de raça/cor: o Plano Piloto possui 37,48% de população negra e 62,52% de não negros. O Lago Sul possui 32,7% de negros e 67,3% de não negros, sendo a RA com menor porcentagem de população negra no estudo analisado. Taguatinga com 56,28% de negros e 43,43% de não negros. Núcleo Bandeirante com 58,71% de negros e 41,29% de não negros. Ceilândia com 59,71% de negros e 40,29% de não negros. E, por fim, o Paranoá com 70,62% de negros e 29,38% de não negros (Codeplan, 2023).

Esses dados supracitados em relação à população negra que habita o DF mostra a relação entre classe social, raça e segregação. Segundo o geógrafo Ney dos Santos Oliveira, os processos urbanos brasileiros têm a segregação por raça como um elemento central para o entendimento de como grandes cidades dão dimensão espacial a formas históricas de exclusão racializadas (Dos Santos Oliveira, 1996).

Morbidade e Mortalidade entre as diferentes Regiões Administrativas

Em meados de 23 de setembro de 2022, aproximadamente dois anos após o início da pandemia de covid-19, o Distrito Federal acumulou um total de 838.675 casos confirmados. Desse total, foram oficialmente contabilizados 11.829 óbitos (SES-DF, 2022). Deve-se considerar que o Brasil foi apontado como um país com alta taxa de subnotificação de óbitos, além do excesso de mortes registradas como “etiologia não especificada” ou “sem classificação final para COVID” (Prado *et al.*, 2020). levantando a suspeita de que o número real de óbitos seja ainda maior. As taxas de incidência, mortalidade e letalidade foram coletadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em sua nota técnica 07/2020, que fornece “Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por Sars-CoV-2 (covid-19) dentro dos serviços de saúde”.

Nesta pesquisa, a análise da taxa de incidência foi realizada pela consulta de boletins informativos lançados pela Secretaria de Saúde do DF com o recorte de Regiões Administrativas de renda.

O primeiro registro foi iniciado pelo boletim de número 24, datado do dia 26 de março de 2020. Das regiões analisadas, por ordem decrescente: o Lago Sul contava com uma taxa de incidência de 118,73; o Plano Piloto com uma de 21,71; o Núcleo Bandeirante pontuava com 4,16; a Taguatinga com 2,88; o Paranoá com 1,34 e por último a Ceilândia com 0,23.

Ao fechamento do ano de 2020, a incidência registrada pelo boletim informativo de número 304 de 31 de dezembro de 2020, registrava as seguintes taxas de incidência, novamente, ordenada de forma decrescente: o Lago Sul com 12.272,43; o Plano Piloto com 9.413,09; a Taguatinga com 9.841,14; o Núcleo Bandeirante com 8.755,57; a Ceilândia com 6.533,90 e o Paranoá com 5.790,60.

Prosseguindo para o ano de 2021, foi possível notar uma mesma tendência de risco observada durante o ano de 2020. O ano de 2021 iniciou com uma incidência

similar àquela registrada ao final do ano de 2020, contudo, o boletim número 651 lançado em 31 de dezembro de 2021 (BI nº 651) cadastrou os seguintes valores em ordem decrescente: o Lago Sul com 28.231,2; o Plano Piloto com 22.218,6, a Taguatinga com 19.286; o Núcleo Bandeirante com 18.560,3; a Ceilândia com 12.681,8 e o Paranoá com 11.155,4. Analisando-se os dois anos, 2020 e 2021, houve ao fim de 2021 um aparente aumento de novos casos por número total de habitantes no Lago Sul e Plano Piloto quando em comparação ao restante das RAs.

Os autores Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010) definem no livro “Epidemiologia Básica” o conceito de “incidência” como o “número de casos novos ocorridos em um certo período de tempo em uma população específica”. O seu foco é um novo evento, e o tempo considerado é o tempo de início da doença. É utilizada para expressar o risco de uma população adoecer.

Os dados coletados consideravam o número de casos totais, configurando uma incidência absoluta. Durante o período observado houve uma maior tendência de infecção entre os moradores do Lago Sul e Plano Piloto, uma vez que essas RAs acumularam números de casos de infecções maiores. Os mesmos dados demonstram um cenário contrário na Ceilândia e Paranoá, dando um entendimento de haver “menor risco” nessas regiões.

A pesquisa “EpiCOVID-19” produzida pelo epidemiologista Pedro Hallal apontou que em todas as fases do seu estudo – realizada em 133 cidades – os indivíduos mais pobres tinham o dobro de risco de infecção pelo coronavírus em comparação com pessoas mais ricas (Horta *et al.*, 2020).

Embora o estudo de Hallal revele essa diferença significativa, outra variável crucial a ser considerada é o acesso aos métodos de diagnóstico da doença. O estudo “Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil”, publicado em 2021 pelo movimento Alerta, revelou que “pessoas com uma renda maior do que quatro salários mínimos realizaram quatro vezes mais testes do que aquelas que recebiam menos de meio salário mínimo” (Werneck *et al.*, 2021).

Presume-se a possibilidade dos seguintes cenários a partir das hipóteses validadas nos estudos acima, e dos dados analisados sobre incidência absoluta dos anos de 2020 a 2021:

- A incidência absoluta das RAs foi, de fato, maior nas cidades de renda alta e média alta em comparação com as de média-baixa e baixa; não

havendo ou havendo baixa correlação entre renda *per capita* no processo de infecção-doença.

- Ou, nestas regiões mais pobres e vulneráveis, ocorreu uma baixa de testagem para a covid-19, seja por falta de recursos materiais e/ou humanos, ou, pela falta de acesso à informação dos próprios adoecidos, que, por sua vez, deixaram de procurar pelo serviço de saúde. Dessa forma, supõe-se que regiões predominantemente habitadas por grupos de renda mais alta tenham tido maior facilidade de acesso e realização de testes para a covid-19, resultando em dados mais completos nas bases oficiais de monitoramento.

A análise da taxa de mortalidade foi iniciada a partir do 01 de dezembro de 2020 (Boletim Informativo nº274), neste período o Plano Piloto contava com uma taxa de mortalidade de 119; o Lago Sul com uma de 108,8; a Taguatinga com 195; o Núcleo Bandeirante com 170,7, a Ceilândia com 160,9 e o Paranoá com 88,4. Ao fim de 2021, o número de óbitos registrados pelo BI nº 651 do dia 31/12/2021 computou para as regiões administrativas analisados os seguintes dados: o Plano Piloto com 337,4; para o Lago Sul 362,8; para a Taguatinga 514,0; para o Núcleo Bandeirante 495,4. Na Ceilândia houve uma taxa de incidência de 380,3 e no Paranoá de 287,9.

Segundo Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010) a mortalidade é um dado estatístico muito afetado por várias fontes de erro, contudo, podem fornecer dados valiosos sobre o estado de saúde das populações. O dado pode fornecer informações sobre a carga de doença de uma população, e pode ser utilizada para avaliar a mudança do perfil delas ao longo do tempo.

Dos valores de mortalidade entre as RAs analisadas, Taguatinga apresentou mais óbitos pelo total de sua população, enquanto o Núcleo Bandeirante segue em segundo com taxas aproximadas; a Ceilândia em terceiro. O Lago Sul e o Plano Piloto em quarto e quinta. E por último, as taxas de mortalidade do Paranoá.

Contextualizando os dados, Taguatinga contém uma população equivalente à do Plano Piloto, contudo, com uma renda domiciliar três vezes menor, e apenas 39,8% da população com plano privado (contra 81,5% do Plano Piloto). Ainda assim, a primeira apresenta um menor número de infectados, ao mesmo tempo, em que detém o maior número de óbitos pela população total.

O coeficiente de letalidade (CL) é estabelecido como a severidade de uma doença no qual calculada pelo número de mortes de uma determinada doença em certo

período pelo número de doentes por determinada doença no mesmo período (Bonita, Beaglehole e Kjellström, 2010).

Esses dados tiveram seus valores iniciais retirados do boletim informativo (BI) nº 60 do dia 01 de maio de 2020, seguindo para os dias 01 de junho (BI nº 91), julho (BI nº 121), agosto (BI nº 152), setembro (BI nº 183), outubro (BI nº 213), novembro (BI nº 244) e dezembro de 2020 (BI nº 274); 05 de janeiro de 2021 (BI nº 309); 01 de fevereiro (BI nº 336), março (BI nº 364), abril (BI nº 395), maio (BI nº 425), junho (BI nº 456), julho (BI nº 486) e agosto de 2021 (BI nº 517); 02 de setembro de 2021 (BI nº 549); 02 de outubro de 2021 (BI nº 579) e 01 de novembro de 2021 (BI nº 610).

Dos dados coletados, notou-se um baixo coeficiente de letalidade (nº de óbitos/nº de infectados) dentre as Regiões Administrativas mais ricas do DF, tendo o Plano Piloto uma média de 1,30% durante todo o período analisado, enquanto o Lago Sul possui a menor das médias de coeficientes: 1,10%. Nota-se que apesar de ambas apresentarem uma pirâmide etária mais envelhecida (Codeplan, 2019); elas são também regiões historicamente mais privilegiadas e com melhores condições de vida.

O Lago Sul é considerado um dos bairros mais nobres do Brasil e o seu epicentro da riqueza (Azevedo e Batista, 2020), com uma população majoritariamente branca, que possui planos de saúde privado (83,6%), ensino superior completo (79,6%) e com 50,4% dos seus residentes ganhando acima de 20 salários mínimos (Codeplan, 2019). Essas condições são indicativas de maior resiliência frente à pandemia. Estudos, como o de Batista *et al.* (2020), revelam que regiões com menor vulnerabilidade socioeconômica apresentaram menor proporção de óbitos, evidenciando o papel das iniquidades na disseminação e gravidade da covid-19 (Bega e Souza, 2020).

A Taguatinga e o Núcleo Bandeirante durante o período observado pontuaram médias de CL de, respectivamente, 2,15% e 2,54%. Esses valores são o dobro das porcentagens analisadas nas regiões mais ricas. Constata-se a partir da análise conjunta da TI, TM e CL que: em Taguatinga, apesar de uma menor incidência de infectados por 1.000 habitantes; no grupo de infectados, houve mais óbitos por 1.000 habitantes e 2,15 mortos a cada 100 doentes. Em síntese, a doença foi mais grave em Taguatinga, com uma probabilidade e risco de um desfecho de morte maior do que a da população do Lago Sul.

Para efeitos de comparação das características da população: Taguatinga possui uma idade média de 36,2 anos, com uma pirâmide etária maior nas faixas de 25 a 39 anos – ou seja, uma população mais jovem, mas, ainda assim, nas quais a doença foi

mais fatal. A RA é composta de 45% de pardos e possui apenas 36,8% da população com ensino superior completo.

Por fim, calculou-se que a Ceilândia detinha a maior média de coeficiente de letalidade, com 2,81% em todo o período observado. Apesar de, nos dados apresentados, a Ceilândia ter baixas taxas de incidência nos anos de 2020 e 2021, e estar em 3º lugar entre as taxas de mortalidade; ela apresenta a maior letalidade dentre todas as regiões analisadas. Ou seja, havia uma maior probabilidade de um morador da Ceilândia adoecer e morrer pela covid-19, consequentemente, a cidade apresentava uma maior gravidade da doença.

Em 2021, a Secretaria de Desenvolvimento Social apontou Ceilândia como a Região Administrativa que mais concentra pessoas em situação de miséria, com 10.769 famílias vivendo na extrema pobreza (Dutra, 2021). A região é pertencente à classe média-baixa, possuindo a maior população de todo DF e com 52,8% dela pertencente à raça parda. A região possui uma pirâmide etária indicando uma população jovem, com uma base alargada. Contudo, a sua renda *per capita* aponta o recebimento de apenas 1,2 salários-mínimos.

Destarte, apesar de observado uma tendência de infecção e adoecimento maior no Plano Piloto e Lago Sul, nessas regiões houve também uma melhor perspectiva de recuperação e sobrevivência, diferente do que foi observado principalmente em Taguatinga, Ceilândia, Núcleo Bandeirante e Paranoá, RAs com uma renda média muito menor daquela registrada nas duas regiões mais ricas.

Infere-se que a classe social foi um dos fatores agravantes na mortalidade e morbidade de grupos mais vulneráveis no DF, contudo, uma vez que a desigualdade econômica aliasse às desigualdades de raça, gênero, escolaridade e fatores intrínsecos – como doenças prévias, ficam como sugestões para futuras pesquisas como a sinergia dessas variantes pode ter contribuído nesse cenário de morte.

As desigualdades sociais têm relação com a construção histórica do país e da região do Distrito Federal. Essas desigualdades, que são perpetuadas desde o passado colonial brasileiro, operam pela Necropolítica. Ao propor o termo “Necropolítica” Achille Mbembe referiu-se à política de morte produzida pelo Estado por meio de sua soberania e do exercício de poder para decidir quem pode morrer e quem deve viver. Essa soberania podendo ser exercida com políticas explícitas e segregacionistas, ou ainda, de forma sutil, perpetuando mecanismo de deixar morrer, de deixar populações vulneráveis

à mercê de condições precárias que lhes confere uma quase vida, ou, segundo Mbembe, um status de “mortos-vivos”. Em sua obra *Políticas da Inimizade*, a necropolítica é um importante conceito para entender como operam essas estruturas de poder no controle dos corpos e das mentes dos sujeitos e demais seres. As instituições, ao escolherem quem vive ou quem morre, mostram que “exercer a soberania é exercer o controle sobre a mortalidade e definir a vida como uma realização e manifestação do poder” (Mbembe, p. 108, 2017).

A Necropolítica aborda assim o vínculo histórico entre o racismo e a gestão medicalizada do direito de vida e de morte no Brasil, que são conectadas com pensamentos e práticas coloniais, nos permitindo expor as condições de vulnerabilidade às quais populações pobres e negras estão expostas estruturalmente no país. Compreendemos que esta percepção analítica nos auxilia a descrever os resultados da pesquisa apontados territorializando a necropolítica na história de construção de Brasília - Distrito Federal e na configuração geo-espacial das Regiões Administrativas e nas iniquidades de saúde e acesso a direitos que se acentuaram ao longo da crise sanitária, política e humanitária que enfrentamos recentemente.

Conjectura-se um panorama de mistanásia decorrido, também, de políticas de controle de transmissão inadequadas – ou falta delas –, que foram acompanhadas de atendimentos médicos incorretos e/ou tardios; omissões e ações equivocadas do Governo Federal. Regiões mais pobres mostraram-se mais acometidas pela letalidade e mortalidade por covid-19 quando comparadas aquelas mais ricas, e essas mortes configuram-se evitáveis, advindas de negligências do Estado, de um processo crônico de necropolítica que viola seu direito inerente a saúde e a vida (Holanda, Allebrandt e Dias, 2021).

A vulnerabilidade dos cidadãos mais velhos, de negros, dos asiáticos, e das comunidades étnicas minoritárias; e dos trabalhadores da linha de frente que são mal pagos e possuem muito pouca proteção de políticas públicas expõem uma realidade muito pouco reconhecida: a de que, não importa o qual efetiva seja o tratamento ou a imunidade da vacina, a busca por uma solução puramente biomédica para a COVID-19 está fadada a falhar (Horton, 2019, tradução nossa).

Considerações finais

Resgatando a história da formação brasileira e do Distrito Federal discutida anteriormente, corroboramos que a política de segregação socioeconômica e a necropolítica que moldou o espaço urbano e demográfico da capital do Brasil se atualiza de diversas

maneiras atualmente. As iniquidades arraigadas em diferentes campos sociais, raciais e econômicos têm uma estrutura colonial comum que reforça as desigualdades na saúde. Logo, o DF não sofreu somente uma pandemia de covid-19, mas uma sinergia de “pequenas pandemias” coexistentes previamente – racismo estrutural e institucional, desigualdades de acesso a direitos e de renda básica, além de iniquidades em saúde. Cabe, então, nomear essa convergência de eventos desastrosos de maneira mais ampla, compreendendo a ação da necropolítica e a importância dos fenômenos sociais para a compreensão da Saúde Pública e Coletiva.

A covid-19 acentuou desigualdades também no acesso aos protocolos de prevenção como isolamento social, acesso a cuidados preventivos e acesso a testes para diagnóstico da doença, bem como desigualdades no acesso a medicamentos, unidades de cuidado intensivo e respiradores.

Pelos dados do período sindêmico analisado evidenciou-se uma relação entre maior letalidade e mortalidade entre as Regiões Administrativas do DF, em especial, nas regiões cuja renda mínima *per capita* eram menores e cujo perfil laboral se constitui em trabalhadores pertencentes ao setor do comércio e serviços domésticos. Durante esse período foi observado também um aumento do trabalho informal e, conseqüentemente, da vulnerabilidade desse setor que depende dos próprios meios para a subsistência. Recapitula-se que estas regiões de maior desemprego, maior vulnerabilidade laboral e de renda; maior letalidade e mortalidade; também são RAs com maior percentual de população negra (pretos e pardos).

A coleta de dados permitiu a observação de um comportamento no processo de adoecimento e morte durante o período de sindemia a depender da RA analisada. Pelo uso de uma análise holística de características socioeconômicas e de raça, pode-se inferir uma relação de causalidade entre regiões historicamente mais pobres e de população predominante negra, e na alta mortalidade e letalidade em regiões classificadas como renda média alta e média-baixa.

Ressalta-se, também, haver uma discrepância de renda salarial e uma grande desigualdade social existente entre as RAs de renda alta em comparação a de média-alta. Uma vez que o Plano Piloto e o Lago Sul possuem uma renda, respectivamente, 3 a 4 vezes maior que as do Núcleo Bandeirante e Taguatinga (RAs de renda média-alta).

A despeito do Paranoá, uma RA classificada como renda baixa, questiona-se o quão uma possível baixa testagem, seja por falta de recursos materiais, baixa procura por testes diagnósticos ou impossibilidade de atendimentos desses serviços por diversos

motivos, possa ter influenciado nos baixos números de incidência, mortalidade e letalidade da doença.

Por fim, ressalta-se que as consequências da sindemia podem perdurar mais que o próprio SARS-CoV-2, uma vez que, como genocídio programado de caráter social, os danos pela desigualdade socioeconômica, laboral e racial causaram um agravamento da expectativa e qualidade de vida, bem como precarização (e inaccess) ao trabalho, contribuindo, por fim, na formação de zonas de morte demarcadas geopolíticas, histórico e racialmente.

Referências

Agência Senado Federal. Pesquisas apontam que milhares de mortes por COVID poderiam ter sido evitadas no Brasil. Senado Notícias, 24 de junho de 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/06/24/pesquisas-apontam-que-milhares-de-mortes-por-COVID-poderiam-ter-sido-evitadas-no-brasil>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Alves, L. M. A construção de Brasília: uma contradição entre utopia e realidade. Revista de História da Arte e Arquitetura 1(1):11-20, 2020; Disponível em: <https://doi.org/10.51924/revthesis.2023.v3.419>. Acesso em 22 de agosto de 2025.

Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica Gvims/Ggtes/Anvisa nº 07/2020: orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-07-de-2020/view>. Acesso em: 23 jul. 2025.

Azevedo, A.; Batista, V. Lago Sul tem a maior concentração de renda no Brasil, diz estudo. Correio Braziliense, 2 de agosto de 2020. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2020/08/02/internas_economia,877648/lago-sul-tem-a-maior-concentracao-de-renda-no-brasil-diz-estudo.shtml. Acesso em 23 de agosto de 2025.

Barata, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. 1ª Ed. Rio de Janeiro. Editora Fundação Oswaldo Cruz. 2009.

Batista *et al.* Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS). 27 de maio de 2020. Disponível em: ht-

[tps://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf](https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf). Acesso em 23 de agosto de 2025.

Bega, M. T. S.; Souza, M. N. Pandemia e efeito-território: a desigualdade social como catalisadora da Covid-19. *Revista Brasileira de Sociologia*. São Paulo. 9(25-54). Disponível em: https://rbs.sbsociologia.com.br/rbs/article/view/rbs.775/pdf_43. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Bonita, R.; Beaglehole, R.; Kjellström, T. *Epidemiologia básica*. 2ª Ed. São Paulo. Grupo Editorial Nacional. 2010.

Codeplan (Companhia de Planejamento do Distrito Federal). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2018. Brasília. Disponível em: <https://www.ipe.df.gov.br/pdad-2018>. Acesso em: 23 de agosto de 2025.

Codeplan – Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Retratos Sociais DF 2018. O perfil sociodemográfico da população negra do Distrito Federal. Brasília. Codeplan. 2020. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Estudo-Retratos-Sociais-DF-2018-O-perfil-sociodemogr%C3%A1fico-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra-do-Distrito-Federal.pdf>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Codeplan – Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Retratos Sociais DF 2021. O perfil sociodemográfico da população negra do Distrito Federal. Codeplan. Brasília. 2023. Disponível em <https://ipe.df.gov.br/documents/d/ipedf/retratos-sociais-cor-raca-sumario-final-pdf-2>. Acesos em 24 de agosto de 2025.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Boletim Emprego em Pauta, nº 16: Pandemia afeta principalmente trabalhadores mais precarizados. São Paulo. DIEESE, outubro de 2020. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimempregoempauta/2020/boletimEmpregoEmPauta16.pdf>. Acesso em: 23 de agosto de 2025.

Diogo, D. A face da desigualdade: DF tem mais de 160 mil famílias na faixa da pobreza. *Correio Braziliense*. 10 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2021/01/4899357-a-face-da-desigualdade-df-tem-mais-de-160-mil-familias-na-faixa-da-pobreza.html>. Acesso em: 23 jul. 2025.

Flor do Nascimento, W. F. A modernidade vista desde o Sul: perspectivas a partir das investigações acerca da colonialidade. *Padê: Estudos em filosofia, raça, gênero e direitos humanos*, 1(1-2). DOI: 10.5102/pade.v2i1.1071. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/pade/article/view/1071>. Acesso em: 23 de agosto de 2025.

Dos Santos Oliveira, N. Favelas and ghettos: Race and class in Rio de Janeiro and New York City. *Latin American Perspectives*, 69(71–89). 1996. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2634130>. Acesso em 23 de agosto de 2025.

Dutra, F. Cinco cidades concentram quase 50 % da extrema pobreza no DF. *Metrópoles*, 3 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/cinco-cidades-concentram-quase-50-da-extrema-pobreza-no-df-veja-o-mapa>. Acesso em 23 de agosto de 2025.

Ferrito, B.; Maeda, P. Na pandemia, por que serviço doméstico é classificado como essencial? *CartaCapital*. 28 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/sororidade-em-pauta/na-pandemia-por-que-servico-domestico-e-classificado-como-essencial/>. Acesso em 23 de agosto de 2025.

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz. Boletim extraordinário Observatório Covid-19: 30 de junho de 2021. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_extraordinario_2021-junho-30-red.pdf. Acesso em 26 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informe nº 610. In: *Boletim Epidemiológico*. 02 de novembro de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim_COVID_610.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletim Informativo. In: *Informativo nº183*. [S. l.], 1 set. 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim_COVID_DF_183.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informativo nº213. [S. l.], 1 out. 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_n213-v1.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informe nº 24. In: *Boletim Epidemiológico*. 26 de março de 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/26-Boletim-COVID_DF-26.03.2020_2vers%C3%A3o-1.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informe nº 304. In: *Boletim Epidemiológico*. 31 de dezembro 2020.

Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_304.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informe nº 309. In: Boletim Epidemiológico. 05 de janeiro de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_309.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informe nº 336. In: Boletim Epidemiológico. 01 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_336.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informe nº 486. In: Boletim Epidemiológico. 01 de julho de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim_COVID_01.07.21.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informe nº 549. In: Boletim Epidemiológico. 02 de setembro de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim_549.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informe nº 579. In: Boletim Epidemiológico. 02 de outubro de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim_COVID_579-1.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informativo nº 309. [S. l.], 5 de janeiro de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_309.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informativo nº 152. 1 de agosto de 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF-01-de-agosto.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS: Informativo nº 244. [S. l.], 1 nov. 2020. Disponível em: <https://www.>

saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_244.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal. Zoneamento Ecológico-Econômico do Distrito Federal. Caderno Técnico: Matriz Socioeconômica. Brasília; 2017. Disponível em: https://www.zee.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/ZEEDF_CT01_Matriz-Ecologica.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 274. In: Boletim Epidemiológico. 1 de dezembro de 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_274.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 364. In: Boletim Epidemiológico. 01 de março de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_364.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 395. In: Boletim Epidemiológico. 01 de abril de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_395.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 425. In: Boletim Epidemiológico. 01 de maio de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_425-1.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 456. In: Boletim Epidemiológico. 01 de junho de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_456.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 517. In: Boletim Epidemiológico. 01 de agosto de 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim_COVID_517.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 651. In: Boletim Epidemiológico. 31 de dezembro de

2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim_COVID_651-1.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 121. In: Boletim Epidemiológico. 1 de julho de 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF-0107.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal / Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins COVID-19 – Divep/SVS:Informe nº 91. In: Boletim Epidemiológico. 1 de junho de 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF-01_06.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2025.

GDF. Governo do Distrito Federal. Zoneamento Ecológico-Econômico do Distrito Federal. Caderno Técnico: Matriz Socioeconômica. Brasília; 2021. Disponível em: <https://www.zee.df.gov.br/documentos-tecnicos-do-zee-df/>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Holanda, M. A. F.; Allebrandt, D.; Dias, L. O. Morrendo de Brasil: genocídio, pandemia e o horror de 500 mil vidas interrompidas. Le Monde Diplomatique Brasil. Brasil. 17 de junho de 2021. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/genocidio-pandemia-e-o-horror-de-500-mil-vidas-interrompidas/>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Holston, J. Cidade modernista: uma crítica de Brasília e sua utopia. Brasília: Enap, 1993. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4248>. Acesso em 23 de julho de 2025.

Horta, B. L. *et al.* Prevalence of antibodies against SARS-CoV-2 according to socioeconomic and ethnic status in a nationwide Brazilian survey. Revista Panamericana de Saúde Pública. 29 de outubro de 2020. 44. DOI: 10.26633/RPSP.2020.135. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33165337/>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Horton, R. Offline: 2019-nCoV outbreak – early lessons. The Lancet. 395(322). 30 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7137834/>. Acesso de 24 de agosto de 2025.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. 2(16-35), Rio de Janeiro. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?=&t=resultados>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

ICS. Instituto Cidades Sustentáveis. Mapa da desigualdade: renda e mortalidade por CO-

VID-19 nas capitais brasileiras. 26 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.cidades-sustentaveis.org.br/noticia/detalhe/mapa-da-desigualdade-renda-e-mortalidade-por-COVID-19-nas-capitais-brasileiras>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

INESC. Instituto de Estudos Socioeconômicos. Mapa das Desigualdades 2019. Brasília: Inesc, 2019. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_das_Desigualdades_2019_Web.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

IPHAN. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. Lúcio Costa: Relatório do Plano Piloto de Brasília. Brasília. IPHAN, 2018. Disponível em: http://portal.iphan.gov.br/uploads/publicacao/lucio_costa_miolo_2018_reimpressao_.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

LARA, H. Brasília, uma cidade centenária. Texto para discussão nº 13. Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan. 13 de maio de 2016. Disponível em: https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/TD_13_Bras%C3%ADlia_uma_cidade_centen%C3%A1ria.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Machado, M. L.; Freitas, R. O primeiro ano de pandemia no Brasil em 43 eventos. Linha do Tempo. Nexo Jornal. 12 de abril de 2021. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/O-primeiro-ano-de-pandemia-no-Brasil-em-43-eventos>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Machado, M. L.; Freitas, R. O primeiro ano de pandemia no Brasil em 43 eventos. Nexo Políticas Públicas. 12 de abril de 2021. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/04/12/o-primeiro-ano-de-pandemia-no-brasil-em-43-eventos>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Mbembe, A. Necropolítica. Instituto Procomum. São Paulo. 1 ed. Disponível em: <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Mendonça, S. R. As Bases do Desenvolvimento Capitalista Dependente. Da Industrialização restringida à Internacionalização. In. LINHARES, M. História Geral do Brasil. Rio de Janeiro. Grupo GEN, 2016. p. 318-344.

Nagashima, R. Total de trabalhadores que entraram para a informalidade no DF subiu 23 % em 2021. Correio Braziliense. 28 de setembro de 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2021/09/4952044-total-de-trabalhadores-que-entraram-para-a-informalidade-no-df-subiu-23-em-2021.html>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

2025.

Oliveira, R. G. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*. 36(9). 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00150120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGf-wsLTFzVqBfRbkNRs/>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Oliveira, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde e Sociedade*. 27(37–50). 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jk43cn6rHKzGFNzYSnTHsKL/abstract/?lang=pt>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Declaração sobre a segunda reunião do Comitê de Emergência das Regulamentações Sanitárias Internacionais (2005) em relação ao surto de novo coronavírus (2019-nCoV). Genebra. 30 de janeiro de 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 23 jul. 2025.

ONU - Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro: ONU, 2009. Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. Brasília. 5 de maio de 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Porto, J. F. *et al.* Coronavírus: a história da COVID-19. *Revista Saúde em Foco*. 14(1139-1149). 2022. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2022/11/CORONAV%3%8DRUS-A-HIST%3%93RIA-DA-COVID-19-p%-C3%A1g-1139-a-1148.pdf>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Prado, N. A. *et al.* Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19: Consenso da AMIB, SBI e SBPT. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Critical Care Science)*. 32(166-196). 2020. Disponível em: <http://criticalcarescience.org.br/artigo/detalhes/0103507X-32-2-7>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Quijano, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *A Colonialidade do*

Saber: etnocentrismo e ciências sociais – Perspectivas Latinoamericanas. Buenos Aires. Clacso, 2005. 1(107–126). Disponível: https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100624103322/12_Quijano.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Rios, A. Distrito Federal tem a maior desigualdade do país, aponta IBGE. R7 Notícias, 19 de novembro de 2021. Disponível em: <https://noticias.r7.com/brasil/distrito-federal-tem-a-maior-desigualdade-do-pais-aponta-ibge-19112021>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

SEGOV - Secretária do Estado de Governo do Distrito Federal. Administrações Regionais. Brasília. SEGOV, [s.d]. 2025. Disponível em: <https://segov.df.gov.br/documents/d/segov/aniversario-ras>. Acesso em 22 de agosto de 2025.

Serra, R. M.; Crevels, C. F. E no começo era o ermo? O passado ainda presente de Brasília. Tempus Acta de Saúde Coletiva. 6(121–133). 2012. Disponível em: <https://www.tempus-sactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1103>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

SES-DF – Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP. Boletim Epidemiológico Anual – BEA: Edição Especial 2022 – COVID-19. Brasília. 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/boletim-epidemiologico-anual-bea-edicao-especial-2022-covid-19>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Singer, M. *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. The Lancet. 389(941-950). Março de 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30003-X. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271845/>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Skou, S. *et al.* Multimorbidity. Nature Reviews Disease Primers. Londres. 8(48), 2022. doi:10.1038/s41572-022-00376-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35835758/>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Souza, D. O. Sindemia: tautologia e dicotomia em um novo-velho conceito. Saúde Debate. Rio de Janeiro. 46(877-885). 2022. DOI:10.1590/0103-1104202213421. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sYgLnX4kzMkkqc6z6vh7KdC/?lang=pt>. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Souza, P. H. G. F. A pandemia de COVID-19 e a desigualdade racial de renda. In: Silva, S. P.; Corseuil, C. H.; Costa, J. S. Impactos da pandemia de COVID-19 no mercado de trabalho e na distribuição de renda no Brasil. Brasília. Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2022. (474-481). DOI: 10.38116/978-65-5635-042-4/capitulo21. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11561/25/218212_LV_Impactos_Cap21.pdf.

Videssot, L. Narrativas da construção de Brasília: mídia, fotografias, projetos e história. 10 de setembro de 2013. Tese (Doutorado em Teoria e História da Arquitetura e do Urbanismo) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos. São Paulo. 2009.

Werneck, G. L. *et al.* Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil. São Paulo: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec). Junho de 2021. Disponível em: https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf. Acesso em 24 de agosto de 2025.

Agradecimentos

Este estudo teve origem em um projeto de pesquisa realizado no âmbito do Programa de Iniciação Científica da Universidade de Brasília, financiado pelo CNPq e sob orientação da Profa. Dra. Marianna Holanda, o qual foi premiado com Menção Honrosa no 27º Congresso de Iniciação Científica da UnB e 18º Congresso de Iniciação Científica do Distrito Federal. Agradecemos também a contribuição da Liga Acadêmica de Bioética e Direitos Humanos, projeto de extensão da UnB, campus Ceilândia, coletivo que provocou ricos debates acerca da temática deste artigo.

Conflito de interesses

Não há.

Colaboração

Oliveira IB concebeu e delineou o estudo, realizou análise de dados, redigiu o manuscrito original e revisou criticamente o conteúdo. Tomasi AJ contribuiu com a análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Holanda MAF participou da concepção do estudo, supervisão, revisão crítica e orientação metodológica, aprovando a versão final a ser publicada.

Correspondência

I. B. Oliveira

Centro de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Amapá. Rodovia Josmar Chaves Pinto, km 02, Bairro Jardim Marco Zero, CEP 68903-419,

Macapá-AP, Brasil.

izabellebdeoliveira@gmail.com

Recebido em: 23/12/2022. Revisado em: 17/08/2025. Aprovado em: 26/09/2025.

Editora responsável

Flávia Reis de Andrade

(<https://orcid.org/0000-0001-9461-0325>)