



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CARDOZA SANTOS

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DURANTE O ENFRENTAMENTO À COVID-19:
PERCEPÇÃO DOS ATORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

FORTALEZA – CE

2024

CARDOZA SANTOS

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DURANTE O ENFRENTAMENTO À COVID-19:
PERCEPÇÃO DOS ATORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração 2: Ciências Sociais, Humanas, Ambientais, Políticas de Saúde e Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Determinantes sociais, educação em saúde e subjetividade

Orientadora: Prof.^a Dra. Kelen Gomes Ribeiro

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

FORTALEZA – CE

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S234s Santos, Cardoza.
Saúde da população negra durante o enfrentamento à covid-19: percepção dos atores da estratégia saúde da família (esf) : Percepção dos atores da Estratégia Saúde da Família (ESF) / Cardoza Santos. – 2024.
153 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.
Orientação: Profª. Dra. Kelen Gomes Ribeiro.
Coorientação: Profª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Saúde da População Negra. 3. COVID-19. I. Título.

CDD 610

CARDOZA SANTOS

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DURANTE O ENFRENTAMENTO À COVID-19:
PERCEPÇÃO DOS ATORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração 2: Ciências Sociais, Humanas, Ambientais, Políticas de Saúde e Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Determinantes sociais, educação em saúde e subjetividade

Aprovada em: 19/02/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Kelen Gomes Ribeiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Coorientadora)
Fiocruz Ceará – Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Nara Maria Forte Diogo Rocha
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. José Mendes Fonteles Filho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Fiocruz Ceará – Fundação Oswaldo Cruz

Aos Orixás e aos povos negros

A minha mãe, Francisca.

Aos meus irmãos Pollyanna e Pedro Felype.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

À Profa. Dra. Kelen Gomes Ribeiro, pela orientação.

Aos professores participantes da banca examinadora pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos sujeitos e atores envolvidos na pesquisa

Aos meus amigues.

Cumé que a gente fica?¹

... Foi então que uns brancos muito legais convidaram a gente prá uma festa deles, dizendo que era prá gente também. Negócio de livro sobre a gente, a gente foi muito bem recebido e tratado com toda consideração. Chamaram até prá sentar na mesa onde eles tavam sentados, fazendo discurso bonito, dizendo que a gente era oprimido, discriminado, explorado. Eram todos gente fina, educada, viajada por esse mundo de Deus. Sabiam das coisas. E a gente foi sentar lá na mesa. Só que tava cheia de gente que não deu prá gente sentar junto com eles. Mas a gente se arrumou muito bem, procurando umas cadeiras e sentando bem atrás deles. Eles tavam tão ocupados, ensinado um monte de coisa pro crioléu da platéia, que nem repararam que se apertasse um pouco até que dava prá abrir um espaçozinho e todo mundo sentar juto na mesa. Mas a festa foi eles que fizeram, e a gente não podia bagunçar com essa de chega prá cá, chega prá lá. A gente tinha que ser educado. E era discurso e mais discurso, tudo com muito aplauso. Foi aí que a neguinha que tava sentada com a gente, deu uma de atrevida. Tinham chamado ela prá responder uma pergunta. Ela se levantou, foi lá na mesa prá falar no microfone e começou a reclamar por causa de certas coisas que tavam acontecendo na festa. Tava armada a quizumba. A negrada parecia que tava esperando por isso prá bagunçar tudo. E era um tal de falar alto, gritar, vaiar, que nem dava prá ouvir discurso nenhum. Tá na cara que os brancos ficaram brancos de raiva e com razão. Tinham chamado a gente prá festa de um livro que falava da gente e a gente se comportava daquele jeito, catimbando a discurseira deles. Onde já se viu? Se eles sabiam da gente mais do que a gente mesmo? Se tavam ali, na maior boa vontade, ensinando uma porção de coisa prá gente da gente? Teve um hora que não deu prá agüentar aquela zoada toda da negrada ignorante e mal educada. Era demais. Foi aí que um branco enfezado partiu prá cima de um crioulo que tinha pegado no microfone prá falar contra os brancos. E a festa acabou em briga...

Agora, aqui prá nós, quem teve a culpa? Aquela neguinha atrevida, ora. Se não tivesse dado com a língua nos dentes... Agora ta queimada entre os brancos. Malham ela até hoje. Também quem mandou não saber se comportar? Não é a toa que eles vivem dizendo que “preto quando não caga na entrada, caga na saída”...

Lélia González

¹ Conto retirado do artigo ‘Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira’. In: *Movimentos Sociais Urbanos, Minorias Étnicas e outros Estudos*. Brasília, ANPOCS, 1983. 303p. pp. 223-44.

RESUMO

A crise sanitária e humanitária desencadeada pela pandemia de covid-19 foi um grande desafio contemporâneo. Os determinantes sociais da saúde (DSS) estão relacionados às condições em que as pessoas nascem, vivem e morrem, sendo fatores relacionados os aspectos “sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. A carência de estudos e debates sobre aspectos da saúde da população negra mascaram as situações vivenciadas por esses sujeitos, produzindo o apagamento de suas histórias e modo de viver. O objetivo da pesquisa foi compreender a percepção do (a)s atores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde da população negra durante a pandemia da COVID-19, no bairro Granja Lisboa (Fortaleza - CE), à luz do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin. O estudo foi realizado no bairro da Granja Lisboa, sendo o território populoso com a maior proporção de pessoas negras residentes na cidade. A partir de visitas exploratórias, entrevistas e grupo focal, construímos as análises dos DSS do território da Granja Lisboa, divididas em DSS intermediário e estruturais. Realizamos a análise de conteúdo na modalidade temática seguindo os passos subsequentes: pré-análise; categorização e exploração; e interpretação das categorias. Os resultados do estudo demonstram que os DDS intermediários percebidos foram: dificuldade de acesso a alimentos saudáveis; agravamento da insegurança alimentar; aumento de famílias em extrema pobreza e pessoas pedintes; aumento do desemprego; redução da renda familiar; dificuldade de realizar isolamento social em habitações inadequadas; manutenção do estado de insegurança pública e violência armada no território. E os DSS estruturais evidenciados foram: interseccionalidade de opressões de gênero, classe e raça e as fragilidades nas políticas sociais e de governança. Concluímos que o território da Granja Lisboa está submerso no processo de segregação racial residencial e de periferização, carecendo de ações públicas imediatas, com implantação e implementação de políticas que tornem efetiva a coexistência e a superação das iniquidades.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Saúde da População Negra; COVID-19.

ABSTRACT

The sanitarian and humanitarian crisis triggered by the COVID-19 pandemic was a major contemporary challenge. The Social Determinants of Health (SDOH) are related to the conditions in which people are born, live and die, with related factors being the “social, economic, cultural, ethnic/racial, psychological and behavioral aspects that influence the occurrence of health problems and its risk factors in the population”. The lack of studies and debates about aspects of the health of the black population masks the situations experienced by these subjects, resulting in the erasure of their stories and their way of living. The objective of the research was to understand the perception of the actors of the Family Health Strategy (FHS) on the health of the black population during the COVID-19 pandemic, in the Granja Lisboa neighborhood (Fortaleza - CE), in light of the model of Social Determinants of Health proposed by Solar and Irwin. The study was accomplished in the Granja Lisboa neighborhood, which is the populated territory with the highest proportion of black people living in the city. Based on exploratory visits, interviews and focus groups, we constructed the analyzes of the SDOH of the Granja Lisboa territory, divided into intermediate and structural SDOH. We performed the content analysis in the thematic modality following the following steps: pre-analysis; categorization and exploration; and interpretation of categories. The results of the study demonstrate that the perceived intermediate SDOH were: difficulty accessing healthy foods; worsening food insecurity; increase in families in extreme poverty and people begging; increase in unemployment; reduction in family income; difficulty in achieving social isolation in inadequate housing; maintenance of the state of public insecurity and armed violence in the territory. And the structural SDOH highlighted were: intersectionality of gender, class and racial oppression and weaknesses in social and governance policies. We conclude that the territory of Granja Lisboa is submerged in the process of residential racial segregation and peripheralization, requiring immediate public actions, with the implantation and implementation of policies that make effective their coexistence and overcoming inequities.

Keywords: Social Determinants of Health, Health of the Black Population, COVID-19

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren-Whitehead	54
Figura 2 – Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin	55
Figura 3 – Mapa das UAPS do bairro Granja Lisboa, Fortaleza – CE	62
Figura 4 – Registro fotográfico realizado na Av. Oscar Araripe sobre o canal sobre o Rio Maranguapinho.	72
Figura 5 – Registro fotográfico das cestas básicas distribuídas pelo Centro Cultural do Bom Jardim	83
Figura 6 – Notícia sobre o assassinato de duas adolescentes no portal de notícia ‘O Povo’	85
Figura 7 – Notícia sobre o assassinato de adolescente 14 no Bom Jardim, no portal de notícia ‘O Povo’	87
Figura 8 – Notícia sobre o assassinato de Sofia no portal de notícia ‘O Povo’	89
Figura 9 – Registros fotográficos realizados no Cineclube no Quintal Cultural (2023)	116

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participantes da pesquisa	70
Gráfico 2 – Trabalhadores da UAPS - Gênero e Raça/Cor	71
Gráfico 3 – Usuários da UAPS da pesquisa	71

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – População residente, por cor ou raça e sexo no Brasil, Ceará, Fortaleza e os 10 bairros mais populosos de Fortaleza. 61
- Tabela 2 – Equipes da ESF por Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no bairro Granja Lisboa – Fortaleza (CE), por categoria profissional. 63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACA	Affordable Care Act
ACE	Agentes de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BM	Banco Mundial
CadÚnico	Cadastro Único
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CASAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCBJ	Centro Cultural Bom Jardim
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
CDVHS	Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Código de Endereçamento Postal
CFB	Constituição Federal Brasileira
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COEPP	Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
COVID-19	Corona Virus Disease (Doença do Coronavírus) - 2019
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CV	Comando Vermelho
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ENF	Enfermagem
ENSPS	Escola Nossa Senhora do Perpétuo Socorro
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EQA	Equipes de Atenção Básica
ESE	Medicina e Epidemiologia Social Europeia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNB	Frente Negra Brasileira
GBJ	Grande Bom Jardim
GDE	Guardiões do Estado
GFQC	Grupo Focal Quintal Cultural
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial

HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HND	História Natural da Doença
IA	Insegurança Alimentar
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não Binaries e outras possibilidade de identidade de gênero e/ou sexualidade
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MED	Medicina
MNU	Movimento Negro Unificado
MRSB	Reforma Sanitária Brasileira
MUCDR	Movimento Unificado Contra a Discriminação Racial
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NHS	National Health Service
NOB	Normas Operacionais Básicas
NUPEGA	Núcleo de Pesquisa e Extensão em Geografia da Alimentação
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Agentes de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCC	Primeiro Comando da Capital
PDPFor	Plano Diretor de Fortaleza
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PFS	Programa Saúde da Família
PIRF	Plano Integrado de Regularização Fundiária
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMB	Programa Médicos pelo Brasil
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPGS	Programa de Pós-Graduação em Sociologia
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RBE	Renda Básica Emergencial
Rede DLIS do	Rede de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável do Grande Bom
GBJ	Jardim

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSPDS	Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnicos de Enfermagem
TEN	Teatro Experimental do Negro
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UAPS	Unidades de Atenção Primária em Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO	20
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	28
2.1 Historiografia da saúde no Brasil e suas interfaces com a população negra	28
2.2 O movimento negro e a saúde da população negra.	35
2.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)	45
2.4 Correlações entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a pandemia de Covid-19	49
3 OBJETIVOS	59
3.1 Objetivo geral	59
3.2 Objetivos específicos	59
4 PERCURSO METODOLÓGICO	60
4.1 Delineamento da pesquisa	60
4.2 Local de estudo	60
4.3 Período das atividades de campo	64
4.4 Participantes do estudo	64
4.4 Critérios de Inclusão e exclusão	64
4.5 Estratégias para conhecer o território	65
4.5.1 Visitas exploratórias	65
4.5.2 Entrevistas semiestruturadas	66
4.5.3 Organização dos Grupos Focais (GF)	67
4.6 Análise de informações	67
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	69
5.1 Conhecendo os participantes	70
5.2 Caminhando pelas ruas da Granja Lisboa, no Grande Bom Jardim (GBJ)	72
5.3 Determinantes Intermediários da Saúde percebidos pelos atores sociais da Granja Lisboa durante a pandemia de Covid-19	77
5.3.1 ‘A luta diária para superar a insegurança alimentar’	77
5.3.2 ‘O medo de estar “envolvido” e a insegurança de estado’	85
5.3.3 ‘Quando a casa é pequena demais para se realizar isolamento doméstico’	91
5.3.4 ‘Foi horrível na pandemia[...] trabalhava, mas não tinha carteira assinada’	94
5.3.5 Sistema de Saúde e o território da Granja Lisboa	97
5.4 Determinantes Estruturais da Saúde percebidos pelos atores sociais da Granja Lisboa durante a pandemia de Covid-19	105
5.4.1 ‘Interseccionalidade entre raça, classe e gênero na Granja Lisboa	106
5.4.2 Aspectos sobre a governança e políticas sociais	111
5.4.3 ‘Tentamos não ser uma pesquisa extrativista e predatória’	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	136

APÊNDICE B - Roteiro de entrevistas semiestruturadas e grupos focais	138
Roteiro de entrevista semiestruturado para gestores	138
Roteiro de entrevista semiestruturado para trabalhadores da saúde	141
Roteiro dos grupos focais para usuários	144
APÊNDICE C – Declaração de anuência	147
APÊNDICE C – Parecer consubstanciado	149
ANEXO 1 – Mapa da nova divisão das regionais de fortaleza (2021)	150
ANEXO 1 – Mapa das regionais de Fortaleza (1997-2021)	151

APRESENTAÇÃO

Sou piauiense, nascida em Teresina sob o sol de aires, filha da Francisca Maria, irmã da Pollyanna e do Pedro Felype, neta do senhor Francisco Cardoso (*in memoriam*) e da Luzia Rodrigues (*in memoriam*). Minha família é negra, com suas origens no interior de Teresina/União, zona rural, sobreviveram por muitos anos da agricultura familiar. Na vida fui aprendendo que mais importante que garantir um papel que registre um grau acadêmico, e que cristalice preceitos e status dentro do universo universitário, é necessário ser leal a minha ancestralidade e ter coerência de pertencimento corporal e geográfico. Os ritos de reafirmação de saberes perante a universidade é somente a investidura de uma máscara teatral de poder ocidental branco e colonial.

Eu vivo persistindo numa jornada acadêmica, acredito que compartilho um sonho pelo conhecimento com minha mãe. Ela é professora, mas por causa da restrição familiar e contexto de opressão de gênero/classe social/raça não pode cursar um “superior”, depois virou mãe solo, e por causa disso foi demitida da docência, teve que criar três filhos sozinha, a partir de bicos e subempregos. Minha mãe me ensinou a ler e escrever. Desde o meu primeiro dia no pré-infantil ela me explicou que deveria “estudar muito” para ter um curso superior e não ter que realizar os mesmos trabalhos que ela realizava.

Existia essa crença na minha infância de que o estudo e capacitação profissional garantiriam acesso a melhores condições de trabalho, a trabalho dignos e de menor exploração. Hoje, compreendo que mesmo sendo formada e qualificada, o meu acesso ao mercado de trabalho, aos modos e meios de produção do viver, estão restritamente regulados pelo racismo estrutural e a discriminação de gênero. Estar na universidade é importante como construção de espaço de disputa democrática do existir e pertencer sobre o direito de pensar.

Ingressei no mestrado no ano de 2021, com o interesse de estudar saúde da população trans, porém uma mescla de fatores fizeram meu projeto esmorecer frente a concepções biomédicas e patologizantes dos corpos e subjetividades. Após um período, mudei de foco investigativo, passando a questionar as condições de saúde das pessoas negras no contexto da pandemia de covid-19.

Esse processo de escrita, registro em grafia do fato de viver, aflora da conjuntura a que pertencço. Sou uma corpa-dissidente não-binária, negra, pesquisadora, militante, em epifania, filha da Francisca, que tenho medos concretos sobre a dura realidade que tenho que

viver e sobreviver. É uma incerteza constante, acreditar que a qualquer momento posso sofrer um ato de violência fatal. Este estudo busca o reconhecimento do racismo e da anti negritude como determinantes estruturais de desigualdades, sendo formuladores-operadores das relações sociais e institucionais do estado. Entre as corpas-políticas² negras experimentamos um processo longo de múltiplas formas de opressões e morte.

A invisibilidade da minha existência é marcante nos micros e macros espaços de poder social e político. Mas o simples exercício de pensar, de ouvir, de conversar, ler sobre o mundo agitam em mim, uma expressiva energia do esperar. É uma dança cósmica que produz movimentos esplendorosos. Portanto, propondo um humilde movimento à leitora³ desse texto, pois necessito lhe contar histórias da minha ancestralidade, histórias do lugar de onde vim e dos lugares que andei, histórias sobre várias irmãs, parentes, famílias, histórias de amores, afetos e violências, e somente com a união de elos teóricos-estéticos-narrativos poderemos articular uma proposição coerente.

O ponto de partida do estudo foi investigação da percepção dos atores (gestores, trabalhadores da saúde e usuários), vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF), acerca da saúde da população negra, à luz do modelo de determinantes sociais da saúde de Solar & Irwin, durante o enfrentamento a covid-19 (2020-21), no bairro Granja Lisboa - Fortaleza (CE). Entretanto, depois de muito percorrer discussões teóricas e me ressentir de uma escrita acrítica, compreendi que o objetivo dessa pesquisa deveria ser adequado a minha realidade e existência, correspondendo às minhas possibilidades de alimentação, moradia, transporte, segurança física-psicológica-emocional e saúde, compreendendo que antes de ser pesquisadora, necessito essencialmente estar viva e me articulando no viver.

A minha inserção nas dinâmicas e debates no campo da saúde coletiva, me influenciaram inicialmente a projetar aspectos essencialmente tecnicistas sobre o objetivo de pesquisa, colocando as corpas-políticas somente enquanto ‘objeto pesquisado’, que inevitavelmente circundava uma limitação de proposição ontológica-epistemológica-cognitiva. Por movimentos do destino e muito *asé*, tive a confirmação e possibilidade de aproximação dos ensinamentos da tradição oral africana e os operadores da pretagogia. Fortalecendo a esperança de consolidação do eixo transespiralar

² Termo exemplifica a presença de corpos/corpas/corpes dissidentes e seus questionamentos da norma vigente – branca, masculina e heterossexual, em resposta de longos processos históricos de luta por direitos.

³ Por escolha política-estética, utilizarei durante o texto preferencialmente a flexão de gênero das palavras no feminino da língua portuguesa.

dos estudos negros frente ao fazer científico eurocentrado.

Desta maneira, o objetivo deste estudo é investigar a saúde das populações negras em Fortaleza durante os dois primeiros anos de pandemia de Covid-19, a partir das percepções dos atores da Estratégia Saúde da Família (ESF), traçando uma leitura interseccional. Para articulação dessa investigação, recorreremos a uma construção da narrativa histórica da saúde e da vida das pessoas africanas e seus descendentes escravizados submetidos ao tráfico transatlântico e dos povos originários do continente americano. Assim, parto de uma referência teórico advinda (o) do campo da saúde coletiva no tocante aos determinantes sociais da saúde (DSS) e estudos negros e de tradição africana inseridos no contexto dos estudos decoloniais e das epistemologias do sul.

Uma dificuldade presente foi dimensionar a complexa e vasta produção e discussão acadêmica e social que os estudos interseccionais de raça, racismo, racismo antinegro, anti negritude, étnico, etnia, classe sociais, gênero, sexualidade, divisão e produção do trabalho, em um cenário de disputas epistemológicas. Logo, a intencionalidade dessa pesquisa está na construção e fortalecimentos de conhecimentos diaspóricos e contra hegemônicos. Busco, humildemente, dialogar com alguns apontamentos sobre as possíveis contribuições da saúde coletiva para construção de uma sociedade antifascista e antirracista no Brasil, partindo de uma leitura dialética em consonância aos processos de signos da cosmo-percepção africana e dos determinantes sociais da saúde.

INTRODUÇÃO

IDAABOBO

00:00 – Na meia-noite, faço meus olhos ficarem mudos
 03:00 – Água que melhora cabeça ruim
 06:00 – Resplandeço e semeio o axé das manhãs
 12:00 – No meio-dia, saúdo e solarizo: O caçador de uma flecha só
 15:00 – Verticilo transcosmológica
 18:00 – A cobra que engoliu o mundo

REFAZENDA

Abacateiro, acataremos teu ato
 Nós também somos do mato como o pato e o leão
 Aguardaremos, brincaremos no regato
 Até que nos tragam frutos teu amor, teu coração

Abacateiro, teu recolhimento é justamente o significado
 Da palavra temporão
 Enquanto o tempo não trouxer teu abacate
 Amanhecerá tomate e anoitecerá mamão

Abacateiro, sabes ao que estou me referindo
 Porque todo tamarindo tem
 O seu agosto azedo, cedo, antes que o janeiro
 Doce manga venha ser também

Abacateiro, serás meu parceiro solitário
 Nesse itinerário da leveza pelo ar
 Abacateiro, saiba que na Refazenda
 Tu me ensina a fazer renda, que eu te ensino a namorar

Refazendo tudo
 Refazenda
 Refazenda toda
 Guariroba

Abacateiro, acataremos teu ato
 Nós também somos do mato como o pato e o leão
 Aguardaremos, brincaremos no regato
 Até que nos tragam frutos teu amor, teu coração

Abacateiro, teu recolhimento é justamente o significado
 Da palavra temporão

Enquanto o tempo não trouxer teu abacate
Amanhecerá tomate e anoitecerá mamão

Abacateiro, sabes ao que estou me referindo
Porque todo tamarindo tem
O seu agosto azedo, cedo, antes que o janeiro
Doce manga venha ser também

Abacateiro, serás meu parceiro solitário
Nesse itinerário da leveza pelo ar
Abacateiro, saiba que na Refazenda
Tu me ensina a fazer renda, que eu te ensino a namorar

Refazendo tudo
Refazenda
Refazenda toda
Guariroba

Composição – Gilberto Gil

Registro saudação aos meus ancestrais, e peço licença para tecer esse palavras com e para o povo negro. *Idaabobo* é uma das palavras em Yorubá que podemos compreender como ‘proteção’. Foi a parte de uma forte sintonia cosmológica, acredito que sobre influências de Oxum, Logunedé, pretos e pretas velhas construímos um trabalho artístico para subverter o lugar de vigília espiritual, e podermos contemplar divinas transgeneries, e evocarmos proteção para seguir na caminhada do mundo. Na música ‘Refazenda’, o compositor encanta com a figura de um abacateiro que inspira vida e dimensiona a experiência do tempo. A refazenda figura-se com uma imagem viva, onde as relações de habitar, cultivar e florescer ocorrem positivamente e com harmonia, literalmente ‘Refazendo tudo’. Refazenda é também o primeiro álbum da trilogia “Re” de Gilberto Gil, uma demonstração de reaproximação e reafirmação a elementos dos povos negros.

Com os sentimentos evocados por estes enunciados de ‘proteção e refazer sentidos’, busco demarcar que para além da dimensão formal da produção da academia, a nossa pesquisa tem pertencimento e respeita a sua ancestralidade; é necessário dançar e brincar a vida, com ginga e *asé*, vencendo as demandas do colonialismo, encarando com seriedade a necropolítica aplicada sobre nossos corpos negros.

Nossos contextos são as crises sanitária e humanitária desencadeadas pela

pandemia de covid-19, entendida como o maior desafio contemporâneo (Lima; Buss; Paes-Sousa, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de emergência em saúde pública global em março de 2020 e, decorridos os primeiros dois anos de pandemia, observou-se ainda a dificuldade de implementação e monitoramento das medidas de enfrentamento à covid-19, a perda de milhares de vidas e o agravamento das desigualdades sociais (Araújo *et al.*, 2021; Lotta; Fernandez; Magri, 2021; Vieira; Servo, 2021).

Os primeiros casos de COVID-19 no Brasil foram registrados em pessoas de classes econômicas privilegiadas que desembarcaram de viagens internacionais, já infectadas. Posteriormente, foi registrada a crescente disseminação do vírus em categorias profissionais precarizadas no país, tais como: empregadas domésticas, motoristas de aplicativos, entregadores de alimentos que, em contato com aqueles que viajaram, infectaram-se e levaram para suas casas, intensificando a cadeia de transmissão comunitária (Estrela *et al.*, 2020).

O imperativo do racismo estrutural no percurso da pandemia de covid-19 no Brasil pode ser explicitado pelo óbito de uma idosa negra que trabalhava como empregada doméstica, de 63 anos, considerada a primeira vítima confirmada do coronavírus no estado do Rio de Janeiro. Ela estava prestando serviços e cuidados ao empregador que testou positivo para o Covid-19 e que tinha viajado para Itália (Virissimo, 2020).

A COVID-19 teve maior impacto negativo em certos grupos da população, como povos indígenas e afrodescendentes. Os grupos étnicos minoritários e não-hegemônicos, sofrem processos discriminatórios e de exclusão, e isso leva ao agravamento das desigualdades de saúde e diminuição da qualidade dos modos de viver (OPAS, 2020). Historicamente, desde a invasão das Américas pelas nações europeias no século XVI, os povos originários nativos das Américas e as populações negras descendentes dos povos africanos escravizados sofrem a discriminação e racismo estrutural. Omissão, negligência e violações de direitos à saúde são ameaças à saúde da população negra (Araújo *et al.*, 2021; Lima; Pereira; Machado, 2020; OPAS, 2020).

A história negra nas Américas está entrelaçada à injustiça racial. Somente nas últimas décadas houve avanços no reconhecimento e no enfrentamento do racismo através de políticas públicas de promoção de equidade e pluralidade cultural. Entretanto, os negros ainda são desproporcionalmente mais afetados pela pobreza, encarceramento em massa, mortalidade

infantil, acesso limitado aos cuidados de saúde e condições relacionadas à saúde, incluindo doenças cardíacas, diabetes, acidente vascular cerebral, doença renal, doença respiratória e vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Laurencin; McClinton, 2020).

Os modos de viver foram marcados pela falta de estabilidade socioeconômica devido à redução salarial e aumento do desemprego, hipossuficiência financeira, falta de recursos e materiais essenciais à higiene e alimentação, acrescida da falta de moradia e de infraestrutura que garanta as condições de sobrevivência em meio à crise econômica, aliada ainda à dificuldade de acesso a serviços de saúde (Figueiredo *et al.*, 2020; Lima, 2021).

Os marcadores de gênero, raça e classe se apresentam como condicionantes de vulnerabilidades para a infecção e enfrentamento da COVID-19 (ESTRELA *et al.*, 2020). Em 2011, a OMS incorporou a definição de Determinantes Estruturais como marcadores de classe social, raça/etnia e gênero, reconhecendo o contexto sociopolítico e a estrutura social na origem da distribuição de poder, prestígio e discriminação, atuando assim na situação desigual de saúde e bem-estar social (Carvalho, 2013; Galvão *et al.*, 2021).

No Brasil, somaram-se à crise política e institucional que se prolonga há alguns anos, a baixa prioridade dispensada às políticas de saúde nas últimas gestões federais e o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a atuação dissonante do governo federal em relação ao trabalho de enfrentamento da pandemia realizado pelos demais entes da federação, com destaque à posição contrária do então presidente da República às medidas de distanciamento social, incentivo à protocolos não validados e críticas infundadas à eficácia de vacinas (Vieira; Servo, 2021).

Nesse cenário, a atuação dos profissionais da área da saúde ganhou papel estratégico na produção de práticas e cuidados em saúde para a população. A OMS recomenda que as equipes de saúde devem trabalhar lado a lado com os povos indígenas, afrodescendentes e outros grupos étnicos para elaborar recomendações que sejam inteligíveis, aceitáveis e eficazes para esses grupos, no intuito de proteger sua saúde, incentivando participação social e parcerias estratégicas, garantindo a representatividade de mulheres e homens nas atividades de combate e prevenção da COVID-19 (OPAS, 2020; Vieira; Servo, 2021).

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 deveria ocorrer de forma intersetorial. Nesse sentido, cabe à Atenção Primária à Saúde (APS) ter papel primordial na

articulação das redes de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a priorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para expansão, consolidação e qualificação da atenção básica, cujos princípios norteadores são a universalidade, a integralidade e equidade, ordenados pelas diretrizes: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade (Brasil, 2017b).

A construção de medidas rápidas e eficientes ao enfrentamento à pandemia perpassa pela articulação entre ciência, sociedade e o sistema de saúde. O Brasil e alguns outros países empenharam esforços centrados nos serviços hospitalares, como a ampliação de leitos clínicos e de UTI. Entretanto, a ESF destaca-se pelo seu potencial de captação de pessoas da comunidade e lideranças, e pela articulação de diferentes setores institucionais para o desenvolvimento do conjunto de medidas de prevenção e promoção à saúde, oportunizando a participação ativa da comunidade sobre gestão, organização e produção das ações e dos serviços de saúde (Bispo, 2020).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, somado ao preconceito, reflete em impactos ainda maiores. Observa-se que brancos, negros (pretos e pardos) e indígenas ocupam espaços sociais distintos na dinâmica social brasileira: os indicadores sociais explicitam que negros e indígenas possuem os piores indicadores de escolaridade, estão inseridos nos piores postos de trabalho e possuem menos acesso a bens e serviços sociais (Batista; Monteiro; Medeiros, 2013).

A Declaração da Unesco sobre a Raça e os Preconceitos Raciais explica que o racismo manifesta-se por meio de disposições legais ou regimentais e por práticas discriminatórias, assim como por meio de crenças e atos antissociais; impede o desenvolvimento pleno de suas vítimas, perverte quem o pratica, divide as nações internamente, constitui um obstáculo para a cooperação internacional e cria tensões políticas entre os povos; que é contrário aos princípios fundamentais do direito internacional e, por conseguinte, perturba seriamente a paz e a segurança internacionais (UNESCO, 1978).

O racismo é a discriminação social centrada na percepção de diferenças das “raças humanas”, em que uma seria superior às outras. No Brasil, o racismo está atrelado à origem do sistema colonial, sendo uma constante nos fenômenos de segregação socioeconômica e da

marginalização dos negros escravizados e seus descendentes (Werneck, 2016). Destaca-se que as discriminações por cor/raça, na maioria das vezes ocorrem de forma velada, permeadas pelas subjetividades dos sujeitos envolvidos, devido às proibições legais e jurídicas já existentes (Kalckmann *et al.*, 2007).

O racismo é um sistema estruturante, gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas, baseadas na raça ou etnia (Goes; Ramos; Ferreira, 2020b). A estereotipação dos povos negros produz a “marca”, o estigma, sendo sua cor de pele utilizada como o principal elemento de estigmatização. Essa visão radicalizada permeia o tecido social latino-americano e brasileiro, facilitando a exclusão e a subordinação dos negros aos piores trabalhos, moradias e acesso à serviços (Fernandes; Souza, 2016; Hernández, 2017).

O reconhecimento do racismo ligado ao acesso e cuidados em saúde pelo governo brasileiro ocorreu somente na década de 1990, através da criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a valorização e promoção da população negra, composto por representantes do governo e do movimento negro, sendo fruto da mobilização que levou milhares de pessoas à Brasília durante a *Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida*, em 20 de novembro de 1995 (Brasil, 2013; Chehuen Neto *et al.*, 2015; López, 2012).

Em 2006, foi realizado o II seminário nacional de saúde da população negra, onde ocorreu o reconhecimento oficial, pelo Ministério da Saúde, da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS. Como fruto desse processo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi oficialmente regulamentada pela portaria N°992, de 13 maio de 2009 e endossada como norma legislativa pelo Estatuto da Igualdade Racial (Brasil, 2016). A PNSIPN elencou como objetivos específicos:

1 - Aprimorar os sistemas de informação em saúde pela inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelo SUS; 2 - Desenvolver ações para reduzir indicadores de morbimortalidade materna e infantil, doença falciforme, hipertensão arterial, diabetes mellitus, HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, cânceres de colo uterino e de mama, miomas, transtornos mentais na população negra; 3 - Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta e, em particular, das populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde; 4 - Garantir o fomento à realização de estudos e pesquisas

sobre racismo e saúde da população negra (Brasil, 2010).

Os objetivos estabelecidos pela PNSIPN representam pilares direcionais para gestores e trabalhadores do SUS a serem implantados e desenvolvidos em todas as instâncias. Portanto, a interseccionalidade e diálogo das ações e políticas desenvolvidas é indispensável para efetividade das ações (Chehuen Neto *et al.*, 2015).

O papel do racismo como determinante dos padrões de desigualdades étnico-raciais em saúde vem sendo reconhecido de forma crescente na literatura empírica sobre saúde, com o surgimento, nos anos 1990, de pesquisas quantitativas em saúde com foco no racismo (Williams; Priest, 2015). A partir de 2005, com a criação da Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), se inicia um processo de sistematização do conhecimento disponível e de articulação, no plano mundial, de iniciativas e fomento de políticas inspiradas nesse referencial (Carvalho, 2013).

Em 2010, a OMS estabelece um novo marco conceitual sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), sintetizado a partir do modelo proposto por Solar & Irwin (2010), e que foi adotado no ano seguinte, na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, sendo incluído no relatório 'Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde (Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017; Solar; Irwin, 2010).

Com a intenção de compreender os aspectos apresentados no modelo de Solar e Irwin e suas influências na saúde da população negra, escolheu-se o bairro Granja Lisboa, que lista entre os mais populosos de Fortaleza (CE), e é aquele onde reside a maior parcela da população negra, conforme detalhamento apresentado na seção de metodologia. O povoamento e formação do bairro inter cruzam o processo de urbanização acelerada vivida pela cidade nas últimas décadas, onde grandes regiões e bairros se formaram nas áreas limítrofes do município, com baixa assistência governamental para planejamento e saneamento dessas moradias.

O reconhecimento do racismo como determinante estrutural de desigualdades de saúde é essencial para compreendermos as dinâmicas e estratégias que ocorreram durante a pandemia de COVID-19, conseqüentemente, o percurso de agravamento da crise humanitária das comunidades negras e periféricas. O presente estudo propõe-se a investigar a percepção dos atores (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) vinculados à Estratégia Saúde da

Família acerca da saúde da população negra, à luz do modelo de determinantes sociais da saúde de Solar & Irwin, durante o enfrentamento à covid-19 (2020-21), no bairro Granja Lisboa - Fortaleza (CE).

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Historiografia da saúde no Brasil e suas interfaces com a população negra

A ocupação e colonização do continente americano pelos povos europeus alicerçou-se na exploração extrema da força de trabalho de povos originários da América e povos africanos. A expansão ultramarina que portugueses e espanhóis iniciaram nos séculos XV e XVI pode ser compreendida com uma ‘catástrofe’ na vida e cotidiano de diversos povos, que sofreram com o processo de subalternização (Galeano, 2000; Mbembe, 2018).

A escravidão negra nas Américas é caracterizada pelas condições extrema de violência e controle que marcam profundamente a experiência da população negra. O escritor africano Achille Mbembe debate que o pensamento europeu tende a abordar a identidade a partir da relação do mesmo com o mesmo, do surgimento do ser e da sua manifestação em seu ser primeiro, tornando o homem europeu o sujeito da própria ‘humanidade’ e ‘humanismo’. Ao passo que o pensamento europeu ficciona a sua figura a status de superioridade, estende-se na construção do imaginário das sociedades europeias sobre os termos negro e raça enquanto sinônimos, e signo de inferioridade, animalidade (Mbembe, 2018).

A descrição do *plantation* é significativa para uma compreensão histórica do futuro do negro. O *plantation* constituía-se no modelo de gestão das colônias, fundamentada em quatro pilares: a constituição de grandes latifúndios, monocultura agrícola, trabalho escravo negro e/ou indígena e exportação massiva para a metrópole. O senhor da *plantation* possuía a premissa da Coroa sobre a forma de organização e gestão da vida social dentro da *plantation*, instaurando um regime de controle dos corpos escravizados através de punições severas. A violência racial constituiu a engrenagem essencial da *plantation* cumprindo três funções: visava debilitar a capacidade dos escravos de assegurar sua reprodução social e cultural, ao passo que nunca teria condições de reunir os indispensáveis para uma vida digna; a brutalidade apresentava uma dimensão somática, de imobilização dos corpos, e se necessário, quebrá-los e mutilá-los; e, por último, as vítimas da *plantation* sofriam ataques psicológicos intensos, com intenção de impedir a criação de um mundo simbólico próprio, viviam a maior parte do tempo em trabalhos de subsistência e repetitivos. O senhor da *plantation* buscava o monopólio do futuro do negro escravizado, um futuro delegado, ser negro era não ter futuro próprio (Mbembe, 2018, p. 266–267).

É a partir desse contexto que se buscará uma compreensão sobre a saúde da população negra, pois, embora a história da saúde pública brasileira seja bem documentada e narrada em livro (Finkelman, 2002), ainda persistem diversos questionamentos sobre as condições e necessidades de saúde que os povos subalternizados vivenciaram desde o período colonial à contemporaneidade no Brasil. Muitos pesquisadores, e em destaque pesquisadores negros, tentam fomentar a expansão deste campo do saber (Lima; Oliveira; Santos, 2016; Pôrto, 2008).

No período colonial, o discurso médico corroborava com a crença da força animalésca do homem negro, buscava o controle das chamadas doenças africanas. Pôrto (2008) aponta que doenças, como sífilis e a febre amarela, foram atribuídas ao tráfico negreiro, mas poucas foram as propostas oficiais para o cuidado da saúde dos escravizados e sem compromisso para sua realização: o cuidado em saúde dos escravizados estava centrado na medicina popular.

Com a chegada da família imperial (1808), houve incrementos da estrutura administrativa da metrópole na sociedade brasileira, tendo a criação da Escola de Cirurgia e o Hospital Real Militar, ambos em Salvador (BA), com a transferência da Corte Portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro (RJ). Dom João VI autorizou a instalação da Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina, e do Hospital Militar do Rio de Janeiro. Esse novo cenário impulsionou a institucionalização das práticas médicas e a expansão de manuais populares de medicina, os almanaques e compêndios (Lima; Oliveira; Santos, 2016; Pôrto, 2008).

No contexto do Brasil Império, os manuais de medicina se popularizaram, destinados à divulgação da ciência médica acadêmica para leigos e pessoas que moravam no interior do país, distantes de profissionais médicos. Traziam diversos postulados sobre enfermidades, prestando-se também a apresentar instruções sobre como selecionar uma 'boa peça' durante a compra dos escravizados (Lima; Oliveira; Santos, 2016).

A abolição da escravidão ocorreu sem medidas de reparação ou planejamento para com as famílias e pessoas negras escravizadas. Os negros saíram da condição de escravos para vivenciar a condição de párea da estrutura social brasileira. Nesse período, a eugenia brasileira era equivalente ao sanitarismo, onde defendia-se a máxima de que "sanear era eugenzar" (Kobayashi; Faria; Costa, 2009). Guiadas pelo novo paradigma do trabalho livre e assalariado, as políticas de migração do estado brasileiro incentivaram a entrada de

trabalhadores pobres europeus para substituição da mão de obra negra, fomentando estratégias de eugenia populacional para a ‘regeneração nacional’ (Souza, 2016).

No início do século XX, a atenção à saúde no Brasil estava direcionada ao controle de epidemias e endemias, no saneamento de cidades no sudeste brasileiro. A assistência médica e hospitalar era ofertada por instituições privadas e filantrópicas. Os hospitais públicos focalizavam a assistência especializada em doenças infecto-contagiosas (tuberculose e hanseníase) e de saúde mental, que eram vistos como problemas de saúde pública (ARAÚJO, 2020).

O esforço público na criação de grandes campanhas sanitárias, como a vacinação em massa da população, tinha por intenção o controle de salubridades, algo que poderia prejudicar as exportações brasileiras. A saúde pública interessava-se na higienização e disciplinarização da ordem pública das cidades e seus moradores, servindo a reorganização espacial dos territórios ocupados (Borges; Baptista, 2021).

Os hospitais públicos da época funcionavam como espaços de privação de liberdade e de contínuo processo de desinserção social dos usuários. De forma ilustrativa, destacamos a figura emblemática da poetisa negra Stella do Patrocínio (1941-1992) que, aos 21 anos de idade, foi sequestrada pela polícia do Rio de Janeiro, tornando-se um “sujeito psiquiatrizado”, recebendo o diagnóstico de esquizofrenia, sendo aprisionada na Colônia Juliano Moreira, onde viveu por 30 anos até o dia de sua morte. A história e poesia de Stella foi reconhecida através de oficinas artísticas realizadas por psicólogas da instituição no final dos anos 80 (Luna, 2009).

Ademais, nesse contexto, os trabalhadores da jovem indústria nacional reivindicavam a regulamentação e melhorias das condições de trabalho. Foram estabelecidas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) destinadas inicialmente aos trabalhadores ferroviários e bancários. Com a lei Eloy Chaves (1923), expande-se essa garantia aos funcionários de empresas que possuíam acima de 50 funcionários. Na década de 30, o governo Vargas cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio que unificou as CAPs, transformando-as nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e assumindo caráter nacional, com participação do estado. A assistência à saúde era um direito vinculado ao trabalho contratualmente reconhecido pelo estado e, assim, o resto da população necessitava contratar assistência privada ou recorrer a instituições filantrópicas (Batich, 2004).

O processo de urbanização e industrialização iniciado na década de 30 em São Paulo passou pela interiorização e difusão a partir da década de 70. Os governos militares incentivaram uma política deliberadamente de migração populacional interna. O êxodo rural contribuiu fortemente para a formação das periferias urbanas das médias e grandes cidades e intensificou a concentração de terras em grandes latifúndios e desigualdade de renda (Santos, 2018).

Em meados da década de 70, surgiu o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) sanitaria, mobilizando a pauta da democratização da saúde. Nesse período diversos atores sociais emergiram nas lutas sociais pautando a redemocratização da política e da sociedade brasileira, tensionando contrapontos ao regime militar. A atuação de estudantes, professores universitários, movimentos populares, entidades de categorias profissionais articularam-se na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976. O MRSB foi protagonista do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), que teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS (1986), postulando uma nova concepção de saúde, que foi firmada na Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB,88), passando a considerar a saúde um direito de todos os cidadãos e dever do Estado (Paim, 2008; Santos, 2018).

A reforma sanitária faz parte de um processo de transformações no cenário das práticas de saúde e participação social brasileiras. Os atores da constituinte estavam engajados na construção de um projeto de cidadania no qual pauta-se o reconhecimento da saúde como direito social, numa perspectiva de universalização do acesso e integralidade da atenção à saúde (Paim, 2008). Logo, a reforma sanitária é um projeto, estratégia política e reformulação de um campo do saber, que emerge da luta pela democracia produzindo um processo de transformação institucional e administrativo (Fleury, 2009).

O conceito de saúde ampliada apresentado na 8ª CNS define-o como um direito social atrelado à cidadania, em que a saúde resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (Rosário; Baptista; Matta, 2020). No novo marco conceitual de saúde, busca-se superar o paradigma biomédico de enfoque patológico-curativo. Apesar da constituição cidadã (1988) sintetizar o arranjo de ideias e proposições do MRSB no

escrito constitucional, esse dispositivo jurídico é insuficiente para estabelecer novas práticas de cuidado e do modelo assistencial (Silva; Casotti; Chaves, 2013).

Tais percepções faziam parte da ambiência do período. O conceito de atenção primária à saúde (APS) postulado em 1978, circulava na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão. Naquela ocasião apresentava três elementos ordenadores: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social - três componentes caros ao SUS (Giovanella, 2018).

Os postulados abrangentes da Declaração de Alma-Ata nunca foram implementados. Em seu lugar, o que predominou foi a chamada Atenção Primária Seletiva de Saúde, que configurava uma APS de formato intervencionista e tecnocrático. Incentivada por entidades de governança global (FMI, BM, UNICEF), foi difundida uma abordagem “seletiva” de cesta de serviços “custo-efetivos” para pobres, “primitiva” ou “medicina pobre para pobres”. Foi para se opor a essa concepção que o SUS empregou outro registro, denominado “atenção básica à saúde” (Cueto, 2018; Giovanella, 2018; Giovanella; Rizzotto, 2018; Pinto *et al.*, 2020).

A reestruturação dos serviços de saúde após implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu a partir de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que buscava superar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e visava o alcance da equidade dentro do sistema. Em 1997, foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), com a diretiva de reordenamento do modelo de atenção. O foco da prática assistencial passa a ser a família inserida no contexto de território de saúde (Silva; Casotti; Chaves, 2013).

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre concomitantemente com o crescimento do setor privado em saúde que, a princípio, figuraria com papel complementar e suplementar no atendimento à saúde. Porém, ocorre progressivo avanço de interesses neoliberais e privatistas sobre a legislação e a conjuntura do sistema público (Campos, 2007).

Consequência da emenda constitucional 95/2016, o congelamento de investimento público em políticas públicas nos setores da educação, saúde e previdência social causa a suspensão do projeto constituinte de 1988. O novo regime fiscal fixa o teto de gasto por um

período de 20 anos, o que impedirá os investimentos na manutenção e expansão dos serviços, na incorporação de inovações tecnológicas, no ajuste de remunerações e pagamentos, na contratação de profissionais, na reestruturação dos planos de carreiras dos funcionários públicos a fim de reservar dinheiro público para pagamento de credores da dívida pública assumidas pelo governo federal. O novo regime fiscal desconsidera o crescimento demográfico brasileiro e promove a estagnação e sucateamento das instituições e políticas públicas sociais. Desta maneira, houve a suspensão do projeto da constituição cidadã, que visava um estado de bem-estar social (Mariano, 2019).

Desde 2016, o contexto político torna-se mais favorável para o avanço privatista no SUS. Institui-se dispositivos jurídicos e administrativos que facilitam a transferência de parte dos recursos e atribuições do Estado para a setor privado, os contratos de gestão firmados entre prefeituras e Organizações Sociais (OS) se intensificaram por todo o país (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Turino; Sodré, 2018). Nesse cenário, incorporaram-se o interesse de mercado nos arranjos das políticas e nos processos de gestão, impondo limites à universalização do direito, à concepção ampliada de saúde e à base de financiamento da seguridade social, materializando-se em contra reformas deflagradas em diversas frentes das políticas sociais (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020)

Em 2017 foi lançada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reestruturando as diretrizes da política, a forma de organização dos serviços e dos processos de trabalho, a composição das equipes e o escopo de atuação e práticas de saúde. O princípio de universalidade sofre com a relativização, pois a nova PNAB recomenda a cobertura total da população somente em áreas de grande dispersão territorial, em áreas de risco e vulnerabilidade social; oferta do cuidado segmentado em serviços básico e ampliado, deslocando a ESF da posição central de reorganização da atenção básica (AB), criando uma nova composição de equipes mínimas centradas nas figuras do médico e enfermeiro (Giovannella, 2018; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

A reconfiguração do SUS e da atenção básica é intensificada durante o ano de 2019 (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). Através de distintas vias e articulações, o governo federal conseguiu a aprovação de um conjunto de medidas que evidenciaram a construção de uma nova política e cenário. O ministério da saúde substituiu a nomenclatura ‘atenção básica’ por ‘atenção primária à saúde’ nos seus documentos oficiais, à revelia do acúmulo histórico

que o campo da saúde coletiva estabeleceu em compreender que atenção básica remete ao compromisso com a universalidade e a integralidade do cuidado (Brasil, 2019c, 2019b, 2019d, 2019a).

O financiamento do sistema de saúde sofreu alterações no ano de 2019, através do Programa Previne Brasil (Brasil, 2019d) que modifica estruturalmente a lógica indutiva de organização da política de saúde, com a extinção dos pisos da atenção básica (PAB) fixo e variável, que destinava recursos regulares a partir da base populacional e incentivos para custeio de equipes de atenção básica (eAB), do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e do Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Em seu lugar, introduziu-se o modelo de transferências de recursos federais pelo número de pessoas cadastradas pela AB, repasses condicionados ao desempenho de indicadores e repasses condicionados à adesão de programas estratégicos, como os Programas Saúde na Hora; Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS - Informatiza APS e Programa de Formação em Residência Médica ou Multiprofissional em Odontologia e Enfermagem na Saúde da Família (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

Em 18 de dezembro de 2019, a Lei no 13.958 14, – convertida da Medida Provisória no 890 13, de 1o de agosto de 2019, institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) que foi executado pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). A ADAPS tem como modelo o Serviço Social Autônomo – caracterizado pela gestão feita por uma entidade de direito privado e sem fins lucrativos –, que procede a uma importante transferência de responsabilidades gestoras do Ministério da Saúde para a ADAPS. Apresentada como alternativa à gestão pública, a ADAPS escancara as intenções de privatização da atenção básica. A AB torna-se espaço para a atuação direta das empresas privadas de saúde na assistência, com acesso a fontes públicas, estáveis e volumosas de financiamento (Brasil, 2019b, 2019a; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Em dezembro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) com o intuito de nortear o escopo dos serviços e ações prestados pelas unidades de saúde da APS. Esse processo despertou inquietações sobre quais seriam os serviços mínimos da APS, considerando a crise desencadeada pela pandemia da covid-19, considerados indispensáveis. A CaSAPS representa uma redução na lista de ações que estavam em fomento por recursos federais, e reitera a segmentação da atenção a partir da

oferta diferenciada entre padrões essencial (básico) e ampliado (estratégico), seguindo as definições estabelecidas pela PNAB 2017 (Brasil, 2019c; Nogueira de Souza; Manzini; Leite, 2021).

As alterações promovidas pelo Ministério da Saúde e Governo Federal através de portarias e medidas provisórias, sem participação do controle social, acentuam o aparato jurídico para expansão da influência neoliberal sobre atuação do SUS e as dimensões da garantia do direito à saúde. A lógica de cobertura universal defendida por organizações internacionais como o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) e incorporada em resoluções da Organização das Nações Unidas (ONU) pauta o financiamento do setor saúde através de fundos (*pooling*), afiliação por contratos de seguros e a definição de lista básico de serviços (Giovanella *et al.*, 2018).

O modelo de cobertura de saúde, entretanto, evoca apenas aspectos financeiros, em que a saúde é percebida a partir de um processo de precificação, desconsiderando aspectos de solidariedade, vinculação comunitária e processo de trabalho pautado na corresponsabilização dos atores, com maior valor da saúde orientada por procedimentos e pagamento por serviços (Giovanella *et al.*, 2018; Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Nogueira de Souza; Manzini; Leite, 2021).

2.2 O movimento negro e a saúde da população negra.

O racismo é amplamente reconhecido como principal pilar do processo de colonização (Jaccoud, 2008; Kilomba, 2019; Mbembe, 2018; Santos, 2006). Entretanto, a construção do pensamento racista brasileiro passa por distintos momentos históricos. No Brasil Colônia (1530-1822) projetou-se a hegemonia do homem branco europeu e sua cultura através do projeto missionário da Igreja Católica, a alienação do direito de propriedade sobre o corpo negro e as interfaces de expansão da economia da colônia subserviente aos interesses da metrópole (Jaccoud, 2008).

Em 1807, a fuga da Família Real Portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro provocou modificações expressivas na vida social, pois elevou o Brasil da posição de colônia a reino integrado ao Reino Unido de Portugal e Algarves. O Rio de Janeiro encontrava-se em franca aceleração do processo de urbanização a fim de assegurar a instalação de serviços públicos inerentes à função de capital do império. Apenas entre 1808 e 1817, a população

portuguesa na cidade aumentou em 24 mil pessoas, estima-se que em 1821, a população da cidade atingiu o patamar de 116 mil habitantes (Soares, 2007, p. 25–26; Theodoro, 2008).

A cidade do Rio de Janeiro foi o principal porto escravista do país naquele século, cerca de 900 mil escravizados desembarcaram nas praias cariocas somente na primeira metade do século XIX, em sua maioria destinados aos trabalhos da lavoura de café no sudoeste paulista. Os negros representavam a força de trabalho da cidade, ocupando os mais distintos postos de trabalhos. Dentro da historiografia brasileira convencionou-se a nomenclatura específica para esses trabalhadores, sendo a figura do ‘negro de ganho’ - escravos pertencentes a famílias em geral da classe média, que ofereciam seus serviços nas ruas e praças da cidade em crescimento, devendo repassar parcialmente ou totalmente seus ganhos ao senhor de escravos.

A figura do ‘negro doméstico’ responsável pela manutenção das atividades da casa do senhor e da cidade, representado por cozinheiras, aias, amas-de-leite, lavadeiras, cocheiros, serviços de limpeza urbana, iluminação de vias públicas, transporte de cargas e passageiros entre outros. E havia os negros que atuavam no segmento de mão-de-obra escrava mais qualificada, eram os artesãos, prestadores de serviços de reparações e mesmo trabalhadores adaptados aos serviços industriais (Soares, 2007; Theodoro, 2008).

O Rio de Janeiro vivia um processo incipiente de industrialização manufaturada, como a expansão dos chamados trabalhadores livres e/ou libertos, representados negros e ‘mulatos⁴ que exerciam serviços de toda natureza. A figura do mulato foi ganhando espaço no decorrer daquele século. É importante ressaltamos as diferenças vivenciadas entres os trabalhadores negros das cidades em relação aqueles em cativeiro no regime *plantation*. No que tange o espaço rural, diferentes situações são observadas nas regiões do país. No início do século XIX, o Nordeste brasileiro era ainda a região produtora de açúcar, e a região Centro-Sul mantinha-se atrelada à atividade de mineração. Na segunda metade do século, surgiu o ciclo do café, cuja produção se expandiu do Rio de Janeiro ao Vale do Paraíba, chegando às terras do Oeste paulista. Dentro desses cenários rurais, a condição dos negros perpetua dinâmicas de extrema exploração física e de subsistência (Soares, 2007).

⁴ Pardo é, antes de mais nada, uma cor: a “cor entre o branco e preto”, que é “própria do pardal, donde parece lhe veio o nome”. O homem pardo é simplesmente definido como “mulato” - palavra cuja conceituação remete claramente a pessoa: “Mulata e Mulato”. Filha ou filho de branca e negra [sic], ou de negro e de mulher branca. Esse nome de mulato vem de mu ou mulo, animal gerado de dois outros de diferente espécie (Bluteau, 1789; Lara, 2007).

Ambos os países, no início do século XIX, tinham, aproximadamente, 1 milhão de trabalhadores cativos. Nos cinquenta anos subsequentes, o Brasil importa cerca de 1 milhão e 600 mil, contingente três vezes maior que aquele que foi levado para os Estados Unidos. As condições de reprodução em ambos os países assumem sua feição real quando se sabe que, entre 1860 e 1870, a população escrava americana era de 4 milhões, enquanto que a brasileira atingia, apenas, cerca de 1 milhão e 500 mil (Theodoro, 2008, p. 23).

As péssimas condições de vida dos escravos no Brasil são perceptíveis ao comparar-se às trajetórias brasileiras e norte-americanas em termos de evolução do contingente de escravos no século XIX. Destacamos a violência racial forçada a mulher negra escravizada no Brasil, sendo banalizada a violência sexual, a ruptura dos laços familiares e dos filhos, a sujeição extrema dos laços de cuidado e afetos. Seriam sujeitos sem direitos de sonhar com um futuro próprio. O advogado Luís Antônio de Oliveira Mendes, um membro da Academia Real das Ciências de Lisboa, descreveu no final do século XVIII uma enfermidade dos africanos escravizados, o “banzo” (Oda, 2007).

O banzo seria um dos grandes males que acometiam os africanos escravizados trazidos para o cativeiro no Brasil, assemelha-se ao que se entende na psiquiatria contemporânea por um estado de humor rebaixado. O desgosto pela vida e o desejo de morrer são atribuídos pelos narradores a reações nostálgicas decorrentes da perda da liberdade e dos vínculos com a terra e grupo social de origem, e ainda aos castigos excessivos impostos pelos senhores. Podendo ser comparado, em alguns casos, com a depressão (Hernández, 2017; Oda, 2007).

Havia certo desinteresse sobre os atos suicidas dos escravizados. Tratava-se de algo comum, rotineiro, naturalizado. Muitos negros escravizados optavam pelo afogamento ou pelo enforcamento, pautado em crenças religiosas africanas, como forma de libertação do cativeiro e retorno astral para África. As condições precárias de saneamento e higiene propiciaram a proliferação de doenças parasitárias, desnutrição e o acometimento por doenças venéreas, como a sífilis, resultando em elevadas taxas de mortalidade infantil. Progressivamente, as doenças infectocontagiosas como a tuberculose e pneumonia, assolam as populações de escravos que debilitados pelas rotinas extremas de trabalho e ausência de assistência, rapidamente iam a óbito (Lima; Oliveira; Santos, 2016).

A extinção formalizada da escravidão negra no Brasil dá-se pela promulgação da Lei Áurea, que não refletiu em mudanças nas condições de vida da maioria dos libertos negros. Rios & Mattos (2004) explicam o apagamento perpetuado por um longo período da historiografia tradicional brasileira em enfatizar somente a marginalização dos libertos no mercado de trabalho pós-emancipação. Com a abolição do cativo, os escravos pareciam ter saído das senzalas e da história, substituídos pela chegada em massa de imigrantes europeus. Até a década de 1990, o processo de abolição da escravidão no Brasil foi bem mais estudado do ponto de vista econômico e político do que de uma perspectiva social ou cultural (Araújo; Teixeira, 2016; Rios; Mattos, 2004).

O trabalho escravo representou o núcleo produtivo do Brasil Colônia, sendo gradativamente substituído pelo trabalho livre durante o século XIX. A substituição deu-se de forma excludente, através de mecanismo legais que perpetuam o viés de submissão das populações negras, como a Lei de Terras (1850) que destinava lotes de terras somente aos imigrantes europeus. As políticas estatais praticadas após abolição condenaram as populações negras a instâncias de exclusão, a força de trabalho negra torna-se excedente, sendo forçados a sobreviver em sua maioria, em pequenos serviços que se interessavam aos novos imigrantes ou da agricultura de subsistência, representando uma consolidação da estratégia de branqueamento enquanto projeto de progresso nacional (Theodoro, 2008).

O branqueamento projeta uma expectativa ao nível individual e nacional. A nível individual, gira em torno do desejo de uma aparência branca e ambição de ter filhos mais claros por meio de relações inter-raciais. Reforça a crença que filhos de pele mais clara terão mais oportunidades de mobilidade social. A nível nacional, as relações inter raciais projetam a expectativa de "melhoria da raça", sendo mais amplo do que as oportunidades concedidas aos colonos brancos, representando a ideologia racial geral que valoriza a branquitude, como positivo e adequado (Hernández, 2017).

O estado brasileiro ignorava os problemas enfrentados pelos negros após-abolição, reforçando as desigualdades raciais e sociais existentes no país (Araújo; Teixeira, 2016). Na formação do estado republicano brasileiro estava em voga a ideia de 'progresso', ancorado na busca da 'regeneração da raça'. A ciência é utilizada como ferramenta para justificar a racialização da população.

Rios & Mattos (2004) descrevem que, pós-abolição, os negros libertos das plantações brasileiras continuaram em sua maioria na zona rural, parte integrando o corpo permanente de trabalhadores das fazendas, ou atuando enquanto trabalhadores sazonais em barracões no meio das fazendas, principalmente os homens, solteiros ou casados. As mulheres negras rurais eram comumente deslocadas para as cidades em crescimento, a fim de trabalharem no serviço doméstico.

A participação do negro na política nacional, após a Proclamação da República no Brasil, permanece excludente. O novo sistema político não garantiu o sufrágio e outras formas de participação políticas, e incentivou as doutrinas do racismo científico e a teoria do branqueamento para a promoção do 'progresso' econômico e social do país. Em busca de reverter esse quadro contínuo de segregação, os libertos, ex-escravizados e seus descendentes instituíram os movimentos de mobilização racial negra no Brasil, surgindo as primeiras agremiações, clubes e associações. Em São Paulo, apareceram o Club 13 de Maio dos Homens Pretos (1902), o Centro Literário dos Homens de Cor (1903), a Sociedade Propagadora 13 de Maio (1906), o Centro Cultural Henrique Dias (1908), a Sociedade União Cívica dos Homens de Cor (1915), a Associação Protetora dos Brasileiros Pretos (1917); no Rio de Janeiro, o Centro da Federação dos Homens de Cor; em Pelotas/RG, a Sociedade Progresso da Raça Africana (1891); em Lages/SC, o Centro Cívico Cruz e Souza (1918) (Domingues, 2007).

Destacamos a atuação da Frente Negra Brasileira (FNB), que surgiu na cidade de São Paulo, em outubro de 1931. Foi umas das primeiras organizações brasileiras no século XX a exigir igualdade de direitos e participação dos negros na sociedade brasileira, denunciava a importância de superar condição de cabo eleitoral imposta aos negros e incentivava o lançamento de candidaturas negras. A FNB teve inserção entre os jovens negros da época, a exemplo de Abdias Nascimento e Sebastião Alves, possuindo filiais em diversas cidades paulistas, nos estados da Bahia, Minas Gerais, Pernambuco, Espírito Santos e Rio Grande do Sul. A entidade atuou brevemente enquanto partido político sendo fechado após o Estado Novo de Getúlio Vargas que encerrou a atuação de partidos e associações políticas (Domingues, 2013).

A FNB foi a primeira organização com reivindicações políticas mais deliberadas, chegando a mais de 20 mil associados. A entidade desenvolveu sua organização de forma

diversificada, mantendo escola, grupo musical e teatral, time de futebol, departamento jurídico, além de oferecer serviço médico e odontológico, cursos de formação política, de artes e ofícios, assim como publicar um jornal, *A Voz da Raça*. As mulheres negras, segundo o ativista Francisco Lucrécio, eram o maior contingente de integrantes da frente, sendo responsáveis por realizar trabalhos assistencialistas (Domingues, 2007, 2013).

A breve existência do FNB marcou o início da institucionalização da luta antirracista brasileira. Diversas entidades se formaram e se organizaram a fim de demandar medidas de combate à discriminação racial do poder público. Na década de 1940, a União dos Homens de Cor formada no Rio Grande do Sul se tornou um movimento de expressão nacional. E, em São Paulo, foi formado o Teatro Experimental do Negro (TEN), uma organização coordenada por Abdias do Nascimento, sendo um movimento social amplo, focado na formação e alfabetização de pessoas negras (Negreiros, 2017). As associações e jornais envolvidos na luta antirracista tiveram crescimento no país, entretanto sem inserção no cenário político-eleitoral, seja da direita, seja da esquerda marxista.

Ressalta-se o episódio de 1946, que durante a Assembleia Nacional Constituinte, em que o Partido Comunista Brasileiro (PCB) se opôs ao projeto de lei antidiscriminatório, proposto pelo Senador Hamilton Nogueira. Para o PCB, as reivindicações da população negra iriam restringir o conceito amplo de democracia, a leitura do partido colocava as pautas dos negros como um equívoco estratégico, que poderia dividir a luta dos trabalhadores.

Eram comuns práticas de impedir que negros frequentassem estabelecimentos consolidados a elite branca, a partir de uma prática social sem respaldo em legislação. Em 1950, por exemplo, a bailarina negra norte-americana Katherine Dunham, que estava em turnê pelo Brasil, foi impedida de entrar em um hotel em São Paulo. Naquele mesmo ano, foi realizado o 1º Congresso do Negro Brasileiro, na cidade de São Paulo, sendo deliberado a urgência da valorização da cultura negra e africana, a necessidade de escolarização dos negros, e a promoção de debates culturais e científicos sobre a perspectiva racial. A repercussão do caso de Katherine Dunham sobre a opinião pública foi um fator decisivo para instituição da Lei Afonso Arinos, que incluiu entre as contravenções penais a prática de atos preconceituoso devido a raça ou cor de pele (Brasil, 1951; Hernández, 2017; Negreiros, 2017).

A Lei Afonso Arinos introduziu o padrão da legislação brasileira de direitos civis em compreender a discriminação racial como ofensa penal, sendo subaplicada e ineficiente, após os primeiros 46 anos à aprovação da lei, somente nove casos condenados. Durante a ditadura militar brasileira (1964-1986), as leis antidiscriminação continuaram a não ser aplicadas e como menor participação do governo. O golpe militar desarticulou temporariamente a luta política dos negros, as lideranças negras foram lançadas a semiclandestinidade (Cesar, 2003; Negreiros, 2017).

A reorganização dos movimentos negros retoma na segunda metade da década de 70. Em 18 de junho de 1978, sob o governo do militar Ernesto Geisel, diversos grupos e entidades negras articularam a criação Movimento Unificado Contra a Discriminação Racial (MUCDR), e a primeira atividade da nova organização foi um ato público em repúdio a ditadura militar, que prendeu, torturou e assassinou o feirante Robson Silveira da Luz, acusado de roubar frutas em seu local de trabalho. Há o caso de discriminação de quatro garotos jogadores de vôlei pelo Clube Regatas do Tietê e o operário Nilton Lourenço, que foi morto pela Polícia Militar no bairro da Lapa, em São Paulo. Houve manifestação nas escadarias do Teatro Municipal de São Paulo, em 07 de julho de 1978 (Hernández, 2017).

A estratégia de incluir a palavra “Negro” no nome do movimento reforça a intencionalidade de ruptura de signos anteriormente estabelecidos sobre o termo, que remete a aspectos negativos ou inferiores, tornando o termo “homem de cor” praticamente proscrito. O movimento assumiu o lema “negro no poder”, de forma a denunciar o racismo e valorizar a presença do negro no cenário público, o nome simplificado para Movimento Negro Unificado (MNU). Passou-se a denunciar a falsa abolição do dia 13 de maio de 1888, transformando a data em Dia Nacional de Denúncia Contra o Racismo e passou-se a celebrar o dia 20 de novembro o dia da Consciência Negra, em homenagem a dia da morte de Zumbi dos Palmares (Fernandes; Souza, 2016; Negreiros, 2017).

O MNU recebeu influências do contexto internacional do movimento negro, como a luta por direitos civis dos negros norte-americanos, da atuação do partido e movimento político Panteras Negras, de lideranças como Martin Luther King e Malcon X, e dos movimentos de libertação dos países africanos. Essas influências proporcionaram um discurso mais radical contra o racismo e a discriminação racial. Orientado por uma vertente marxista-trotskista, pautando que a luta antirracista tinha que ser anticapitalista,

compreendendo que o capitalismo se beneficia do racismo, e que somente com a derrubada do capitalismo, poderia-se consequentemente romper com discriminação e exploração racial (Domingues, 2007).

O movimento negro começa a pautar mudanças no campo educacional, propondo reformas dos conteúdos preconceituosos dos livros didáticos, na capacitação dos professores para uma pedagogia antirracista, na reavaliação do papel do negro na história do Brasil, e a inclusão do ensino da história da África nos currículos escolares, a insurgência de uma literatura negra, em contraposição à literatura de base eurocêntrica. A reivindicação por uma identidade negra levou à aproximação com a cultura africana. Comparado com o início do século em que o movimento evocava valores cristãos, a partir dos anos 80, há o fortalecimento das religiões de matriz africanas, em destaque do candomblé. Naquele momento, o movimento começava a denunciar os aspectos negativos do processo de mestiçagem brasileiro, como promotor do apagamento e diluição da identidade negra no Brasil (Negreiros, 2017).

Na década de 80, no Brasil, ocorreram uma sequência de eventos que propiciaram o fortalecimento de novos movimentos sociais e atores políticos. No início da década, os militares planejaram uma reabertura política “lenta, gradual e segura”, que pretendia a reinserção de um governo civil, que não rechaçasse as forças armadas. As pressões para realização de eleições diretas para o congresso e executivo, mobilizou distintas camadas sociais, contando com artistas, membros da igreja, novos partidos políticos (PT, PMDB e PSDB) e populares. Entretanto, o primeiro presidente civil foi eleito indiretamente. O presidente eleito Tancredo Neves faleceu antes da posse, assumindo o vice-presidente José Sarney (1985). Nesse período, agravaram-se as disparidades sociais e a concentração de renda, decorrentes do processo de endividamento nacional representado pela dívida externa com instituições financeiras internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), promovido nos governos militares através dos planos de desenvolvimentos nacional, que colocou o país numa escalada inflacionária (Guimarães, 2001).

A crise econômica e de governabilidade fomentou fenômenos que causam o desgaste do sentimento de nacionalidade e seus mitos fundadores. Nesse cenário caótico, houve a reivindicação dos povos originários pela etnicidades indígenas em contraponto a designação caboclas; a grande imigração de brasileiros em busca de condições melhores de

vida no exterior, em destaque nos Estados Unidos; o aumento da busca de dupla nacionalidade por parte da classe média branca de origem europeia; e o surgimento de movimento separatistas no sul do país e aumento de práticas racistas e xenofóbicas contra nordestinos em São Paulo (Barbosa, 2017; Bernardino, 2002; Guimarães, 2001).

O primeiro desafio das insurgências raciais brasileiras passa pelo reconhecimento de significativas questões raciais. A primeira república (1889-1829) modernizou as instituições do império, promoveu a imigração europeia e a europeização dos costumes. Durante o Estado Novo (1937-1945) e a Segunda República (1945-1964), o estado brasileiro buscou fundar elementos semióticos sobre a identidade brasileira, o “povo brasileiro”. Desta forma, os postulados de Gilberto Freyre assumiram o valor histórico-político sobre a identidade nacional. O Brasil seria uma excepcionalidade, mesmo tendo uma matriz colonial com a transferência de povos europeus, numa posição de dominação e hegemonia sobre as populações indígenas e africanos escravizados, teriam superado as diferenças raciais originais através da mistura dos seus descendentes. Substituiu a expressão raça por cultura, e formulou que todas as diferenças originais estariam agregadas dentro de uma matriz sincrética e híbrida. Logo, ‘não existiria racismo no Brasil, pois não existe raça’. Essa fundamentação ideológica convencionou-se chamar democracia racial (Barbosa, 2017).

A mestiçagem que era vista com bons olhos em momentos anteriores de movimentos negros, o mulato/mestiço/caboclo/pardo seria a forma de inserção e assimilação dos descendentes negros e indígenas nos estratos sociais mais elitizados. O movimento negro, nos anos 80, denunciava abertamente a problemática das formulações de Gilberto Freyre, como um mito de fundação. A mestiçagem é compreendida como um processo de apagamento racial que desdobrou-se na execução do projeto eugenista de clareamento das peles dos nascidos no Brasil, na perda das memórias e histórias dos povos originários e negros, no esquecimento de seus ancestrais (Domingues, 2007).

A luta por reconhecimento identitário assume novas abordagens. O reconhecimento das diferenças e seus impactos nas condições de vida das pessoas negras e das mulheres torna-se essencial para a conquista da redistribuição econômica e da correção de injustiças sócio-históricas. Diferente do ocorrido nos anos 40 e 50, com a supressão das pautas de ‘minorias’ dentro da esquerda brasileira, a década de 80 traz um engajamento

expressivo das camadas populares, através de movimentos sindicais, trabalhadores rurais, organização das mulheres e da população negra.

Dentro desses contextos, a construção de uma política pública voltada para a saúde da população negra, oficializada em maio de 2009, manifesta a diretriz do governo federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social, assumindo um caráter transversal das ações de saúde. Entretanto, a implementação de ações voltadas ao combate ao racismo e suas implicações no campo da saúde brasileira carece de investimentos e suporte técnico (Brasil, 2013).

O estatuto da igualdade racial (2010) é um marco jurídico importante sobre o reconhecimento de direitos das pessoas negras brasileiras, impulsionando medidas de reparação social e sobre o princípio da dignidade. No texto da lei, apresenta a conceituação sobre população negra adotado pelo estado brasileiro: o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga.

Essa definição trabalha o entendimento a partir de uma escala de cores/raça, sem considerar explicitamente a correlação com a forma de organização dos povos, suas ancestralidades, seus processos de migração e, acima de tudo, sobre aspectos da construção da subjetividade cultural. É comum no Brasil as pessoas se colocarem dentro da categoria ‘pardo’, auto referenciando-se na imagem de um ‘mestiço’, fazendo alusão ao mito da democracia racial, que o brasileiro seria o mestiço nascido de três raças. Uma parcela expressiva da sociedade brasileira ainda compartilha a crença de que o Brasil é uma nação estruturada sem conflitos raciais abertos (Barbosa, 2017; Bernardino, 2002).

Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizaremos o entendimento sobre população negra adotado pelas políticas públicas do estado brasileiro, para estruturação de dados epidemiológicos, mas sem perder de vista a criticidade sobre esse debate conceitual. Ancoraremos nosso referencial teórico a partir do conceito ampliado e mais robusto sobre o sujeito racial negro proposto por Mbembe (2018) e Stuart Hall (1999), compreendendo que a identidade dos sujeitos na modernidade e pós-modernidade surgem de posições sócio históricas, o que é diferenciado da visão clássica essencialista.

Fundamenta-se que o sujeito negro é fruto de um processo histórico de disputas raciais e geopolíticas, que a condição de subalternidade infligida a estes reverbera na

acumulação de riquezas de pequenos grupos do norte global. A vivência da negritude estaria marcada por um longo e permissivo processo de exclusão da cena pública, articulações de poder, em favorecimento da hegemonia colonial (Hall, 1999; Souza, 2016).

2.3 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CRFB, 88) aponta a reestruturação do sistema de saúde expressando a universalidade do acesso, igualitário, sendo promotor de justiça social e equidade na distribuição de recursos, priorizando as ações preventivas, com a participação da comunidade. Para a implementação do sistema seria necessário um arcabouço legal, com leis suplementares, para ordenamento e sistematização do SUS (Brasil, 1988; Santos, 2018).

A lei orgânica do SUS (Lei nº. 8.080/90) e as Normas Operacionais Básicas NOB/93 e NOB/96 constituem o marco inicial do processo de descentralização do sistema, pela municipalização da saúde. A reorganização do sistema perpassa pela ampliação da atenção à saúde com redirecionamento do caso clínico para a perspectiva de promoção da saúde, com a inserção de novos atores de articulação e construção no campo da saúde.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são articuladores da promoção em saúde, atuando na educação em saúde, orientando as famílias sobre os cuidados com sua própria saúde e a saúde da comunidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi a principal estratégia governamental para reorientação do modelo assistencial, ancorada nas dimensões da participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade, alinhadas aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre 1979 e 1986, surgiram as primeiras experiências da atuação dos ACS no Ceará, no município de Jucás (CE), sendo reconhecida como exitosa, foi expandida para todo o estado, como parte do Programa de Emergência para o enfrentamento da seca de 1987-1988. Foram selecionadas 6.000 mulheres pobres no sertão cearense, independente da escolaridade, capazes de realizar o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade. Com término do Programa de Emergência em agosto de 1988, o governo estadual do Ceará reconheceu a potencialidade da atuação desses agentes e instituiu o Programa Agentes de Saúde (PAS). Para a implantação do novo programa, o município era obrigado a contratar um

profissional de saúde para supervisão das ações desenvolvidas e, deste modo, houve a expansão da atuação de enfermeiros na atenção básica e sua interiorização via PAS (Ávila, 2011).

A experiência do Programa Agentes de Saúde (PAS) no Ceará inspirou-se no Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, realizado em 1975 pela Universidade de Brasília, Fundação Hospitalar do Distrito Federal e Fundação de Serviço Social do Distrito Federal (Giovannella *et al.*, 2021).

A construção do Programa Saúde da Família (PSF) já contou com a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), buscando a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões norte e nordeste. De acordo com Santiago (2017), que aborda a historiografia do PSF, no início da década de 90 intensificaram-se discussões sobre um novo modelo de atenção à saúde, no município de Quixadá – CE. Formulou-se uma proposta inovadora, com a composição de equipes formadas pelos ACS, enfermeiro e médico para atuarem em território limitado, assistindo a 1000 famílias aproximadamente.

Em seguida, outros municípios aderiram ao modelo, sendo os primeiros, além de Quixadá: Beberibe, Iguatu, Jucás, Icó, Pindoretama, Fortim, São Luís do Curu, Iracema, Potiretama, Aracoiaba, Santana do Acaraú e Tianguá. A proposta foi levada ao Ministério da Saúde pelo então secretário de saúde do município de Quixadá e presidente do COSEMS, Odorico Monteiro (Viana; Dal Poz, 1998). Os representantes do Ministério da Saúde demonstraram interesse pela proposta e convidaram um grupo de técnicos de vários estados, incluindo os do Ceará, para estudo da experiência de Quixadá e de outros municípios, visando a formatação de um programa para implantação em nível nacional. Houve um processo de sensibilização para implantação de um novo modelo de atenção nacional, resultando no Programa Saúde da Família, posteriormente denominado de Estratégia Saúde da Família.

Em 1994, oficializou-se como estratégia nacional o PSF, intensificando a municipalização da atenção básica, a inserção de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nas equipes ESF, e conseqüentemente, a expansão da assistência à saúde a municípios historicamente desprovidos de equipamentos de saúde (Rosa; Labate, 2005).

A proposição de pensar saúde focalizado na ‘família’ com objeto central de intervenção e ação ocorreu em muitos países, a exemplo de Cuba, Canadá, Suécia e

Inglaterra. Influenciando a experiência brasileira de formulação do PSF, que se caracteriza na identificação das necessidades e problemas do território, promove a integração, organização das atividades focando na superação de práticas tradicionais de cuidado (Rosa; Labate, 2005).

O cuidado de forma integral e continuada do sujeito e sua família retoma uma aproximação dos atores promotores do cuidado (profissionais da saúde em geral) com os usuários que recebem esse cuidado, fora da lógica da precificação e clientelismo, com a valorização das relações humanas e suas subjetividades. Os profissionais atendem nas unidades de saúde, que estão estrategicamente mais próximas aos locais de moradia e trabalho dos usuários, que diferencia da rede hospitalar que tende a concentrar-se em pólos de saúde; e nos domicílios através de visitas das equipes multiprofissionais da saúde, em que todos os membros do núcleo familiar são atendidos, sendo priorizados os usuários que possuem restrição de mobilidade (Faria, 2020).

Após mais de 10 anos de PSF implantado houve uma nova projeção do modelo como Estratégia Saúde da Família (ESF), reafirmando a centralidade desse projeto para viabilização do acesso universal e integral à saúde de todos os brasileiros como eixo estruturante. As ações de vigilância em saúde a partir da AB intensificaram-se com a atuação dos agentes de controle de endemias (ACE), com destaque ao combate das arboviroses e a expansão do trabalho multiprofissional, com a implementação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades, contribuindo para a clínica ampliada e melhoramento do processo de referência e contra referência dos usuários dentro da rede de serviços (Pinto; Giovanella, 2018).

A ESF impulsionou a descentralização do sistema público de saúde, com alteração profunda dos papéis institucionais. Até o final dos anos 70, a saúde era financiada essencialmente pela contribuição de recursos da União e ordenado a partir do interesse do governo federal. Com a ESF, as prefeituras tornaram-se gradativamente responsáveis pelo serviço de saúde, criando uma estrutura gerencial, a secretaria municipal de saúde (SMS), e participando do financiamento da atenção à saúde. Esse processo atingiu os mais de 5.500 municípios brasileiros, aumentando a eficiência do sistema.

A ESF afirma-se na capacidade estratégica de promover uma atenção primária em saúde abrangente, a partir de aspectos sanitários que visam melhoria da saúde e equidade. Starfield (2002) postula que a APS possui quatro atributos essenciais e três derivados:

Essenciais – Acesso de primeiro contato, compreendido com a acessibilidade e utilização de um mesmo serviço de saúde em distintos momentos de necessidade em saúde da vida dos usuários, a exceção de emergências; Longitudinalidade, existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, alicerçada na confiança mútua entre os usuários e os profissionais; Integralidade, expressa em um leque amplo de serviços disponíveis e prestados na APS na perspectiva do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; Coordenação, pressupondo a continuidade do cuidado, a partir do atendimento pelo mesmo profissional, do registro em prontuários e o reconhecimento dos problemas de saúde abordados em outros serviços e sua integração no cuidado global do paciente (Pinto; Giovanella, 2018; Starfield, 2002).

Derivados – A orientação familiar, considerando que as necessidades individuais perpassa pelo contexto familiar e dependem do potencial de cuidado que a família possui, e os riscos à saúde presentes, construindo ferramentas inseridas na abordagem familiar; A orientação comunitária que reconhece as necessidades de saúde através dos dados epidemiológicos e do contato direto e formulação de ações em conjunto dos atores; e a competência cultural que reflete na adaptação do provedor (equipes e profissionais) à responder às características culturais especiais de cada população, facilitando a relação entre os atores e uma comunicação adequada (Pinto; Giovanella, 2018; Starfield, 2002).

A análise do percurso histórico das transformações do SUS e o desenvolvimento das políticas de saúde e o surgimento do ESF como proposta de reorientação do modelo assistencial propiciou a constatação de que mudanças significativas no modelo de assistência à saúde no Brasil. O processo de subfinanciamento e desfinanciamento público do sistema de saúde e o avanço do setor privado tensiona as expectativas para o futuro da ESF e da articulação do direito à saúde pela via da AB (Cunha, 2021). Tem-se que as medidas neoliberais, intensificadas a partir de 2017, deslocaram a centralidade da ESF da articulação do processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde - APS (Ávila, 2011; Finkelman, 2002; Giovanella *et al.*, 2021).

A PNAB 2017 passou a remunerar equipes formadas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem; facultou a presença de dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) e de controle de endemias (ACE) (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). A possibilidade de facultar a presença dos ACS representa uma forte contradição com a historicidade da categoria, que surgiu dentro das transformações promovidas pela reforma sanitária brasileira pautada pela participação de atores inseridos nas suas próprias comunidades, promovendo o estreitamento dos vínculos das unidades de saúde com a população adscrita (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

Destacamos esse tema por considerar o trabalho dos ACS na comunicação contínua com a comunidade e por entender a importância fundamental desses atores diante das situações de vulnerabilidades sociais, que se vinculam com as determinações em saúde e, conseqüentemente, influenciam na qualidade de vida da população. Neste estudo, esperamos contar com a colaboração efetiva deles para aproximação e contatos com os demais atores da ESF, entendendo a importância histórica deles no vínculo serviço-comunidade.

2.4 Correlações entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a pandemia de Covid-19

A pandemia de covid-19 teve início na província chinesa de Wuhan, no final do ano de 2019. Dentre as hipóteses de origem da disseminação do coronavírus, a mais debatida discorre que o vírus já circulava entre animais silvestres da região, e que com a expansão urbana da comunidade sobre esse território silvestre possibilitou o contato de humanos com esses animais infectados. Ressalta que dentre os costumes alimentares da população local existe o hábito de consumir animais silvestres, que são vendidos em mercados populares com grande circulação de pessoas. A partir dessa hipótese, percebemos que o processo antropocêntrico e a expansão territorial das cidades desencadearam um desequilíbrio ambiental que proporcionou uma crise sanitária global (Timbó *et al.*, 2022).

A alta taxa de transmissibilidade e a gravidade do quadro clínico dos pacientes acionou um estado de alerta global, com a imposição de diversas estratégias de manejo e condução da pandemia. Destaca-se que paralelamente às formulações de estratégias de atores políticos e sociais comprometidos com a razão científica para enfrentamento da pandemia, consolidaram-se também atores negacionistas sobre a tema, que através de diversas campanhas publicitárias e *fake news* dificultaram a mobilização e coordenação de ações junto

às populações, gerando um cenário inconsistente de discursos que polarizou a condução das medidas sanitárias (Morel, 2021).

A crise global desencadeada pela pandemia suscita a necessidade de compreendermos se esse acontecimento histórico seria um fenômeno inevitável devido às relações humanas com a natureza e seus ecossistemas, em uma balança que pende progressivamente na acumulação de resíduos e superexploração de recursos ambientais para suprir as demandas de consumo de bens e serviços no mundo. A pandemia evidenciou que as vulnerabilidades para disseminação em escala global de doenças infecciosas eram muito superiores ao que se previa, atingindo, de forma drásticas, nações do norte global com bons sistemas de saúde e cobertura. O fluxo globalizado de pessoas e mercadoria, o adensamento populacional em grandes núcleos urbanos, com expressivas populações habitando moradias precárias e com limitado acesso ao saneamento básico foram fatores que propiciaram disseminação da doença globalmente (Caponi, 2020; Lima; Buss; Paes-Sousa, 2020; Morel, 2021).

O mito de que a pandemia afeta a todos igualmente não tem apoio em bases empíricas, mas é funcional porque permite ocultar relações múltiplas e silenciosas entre pandemia e desigualdade (Tobar, 2020). Quando refletimos sobre as recomendações para prevenção e controle da disseminação do vírus que a população deve seguir, como a higienização das mãos, uso de máscaras, distanciamento social, isolamento dos casos positivos dentro da sua próprias moradia, nos revela que populações pobres, vivendo em aglomerados urbanos, correm o risco elevado de contrair o vírus, sendo o grau de vulnerabilidade variante conforme os determinantes sociais da saúde (Caponi, 2020).

Antes de aprofundarmos o debate sobre as concepções de DSS, necessita se esclarecer brevemente os paradigmas teóricos existentes anteriormente. Ao final do século XVIII e início do século XIX o mundo passava por modificações intensas, a principal seria a consolidação do modelo capitalista de desenvolvimento dos estados-nações. As condições de trabalho nos países europeus industrializados nessa época eram de extrema insalubridade, apresentando jornadas de trabalho elevadíssimas de até dezesseis hora/dia; mulheres trabalhando grávidas até o fim de suas gestações e tendo seus filhos no chão de fábrica; presença do trabalho infantil na indústria têxtil; alimentação dos trabalhadores nos próprios postos de trabalho, e a existência de fábricas sem ventilação e/ou banheiros. As enfermidades

e mortalidade desses trabalhadores não impactava os rendimentos e expansão da indústria, pois a abundância de pessoas em busca de trabalhos nas fábricas era elevada, o que possibilita que o trabalhador fosse facilmente substituído quando não possuía mais condições de continuar no seu posto de trabalho (Engels, 1971)

Essa situação extrema de exploração motivou a organização dos primeiros movimentos sindicais de trabalhadores. E a partir das pautas levantadas pelos movimentos sociais, médicos da época desenvolveram um novo modelo sobre o processo saúde-doença, denominado de medicina social, que teve expressão entre 1830 até 1870. Destaca-se o episódio, que o governo da Prússia solicitou ao médico Virchow, o pai da medicina social, a investigar a epidemia de tifo nas zonas rurais. As conclusões de Virchow recomendaram adoção de uma série de profundas transformações econômicas, políticas e sociais, que incluíam aumento da oferta de empregos, melhorias salariais, autonomia dos governos locais, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva tributária. Essas medidas iriam além de condutas clínicas, colocava em foco a problemática das epidemias a partir das condições de vida das pessoas e sociedade (Waitzkin, 1981).

Entretanto, os movimentos sociais europeus sofreram algumas derrotas marcantes no século XIX. A ascensão da “teoria dos germes” de Pasteur (1870 a 1900) deslocou a ênfase social da medicina para os campos da microbiologia e bacteriologia, que associado a outros conhecimentos como patologia, fisiologia e anatomia impulsionaram a teoria da unicausalidade do processo saúde-doença. O modelo unicausal, também conhecido como biomédico, tem como centralidade a intervenção na causa-efeito imediata, ou seja, busca identificar o agente etiológico, seja esse uma causa biológica, física ou química, e tenta combatê-lo. Desta maneira, exemplifica a lógica de agente ‘A’ é causador de doença ‘B’ e, portanto, a prática médica deve-se centrar em tomar medidas anti-‘A’ e corrigir as sequelas de ‘B’ (Puttini; Pereira Junior; Oliveira, 2010).

A consolidação desse modelo é marcada pela criação da primeira escola de saúde pública dos Estados Unidos, pela Universidade Johns Hopkins, prevalecendo o biotecnicismo, pensado de forma cartesiana e produzindo a analogia do corpo humano para com os mecanismos de máquina. Logo, perde-se a compreensão do homem como um ser uno, para estudá-lo por suas partes, seja órgãos e/ou sistemas fisiológicos. Essa construção de campo científico é fortemente influenciada pelo positivismo, configurando noção hegemônica de que

o único conhecimento seguro seria aquele advindo de base científica. Relegando práticas e conhecimentos tradicionais sobre o cuidado em saúde de outros povos a status de místicos e xamanismo, como forma de desautorização e descredibilidade (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2014; Puttini; Pereira Junior; Oliveira, 2010).

No início do século XX, nos EUA, não havia uma padronização sobre o ensino médico, existindo uma ampla abertura de escolas médicas, pois não havia a necessidade de autorização estatal para abri-la. As implicações desse cenário eram a existência de uma gama de percursos formativos que iam desde abordagem mística sem fundamentação científica, a fitoterapia e homeopatia, e que tinha boa aceitação entres os populares. Entretanto, o crescimento da indústria farmacêutica impulsionou a demanda pela reforma e padronização curricular, para grande consolidação do mercado de venda de medicamentos. A Carnegie Foudation convida Abraham Flexner a realizar visitas às escolas médicas americanas e canadense, que em apenas 06 meses visitou 155 escolas, sem utilização de qualquer instrumento de coleta padronizado e validado, constando somente avaliação realizada por um único especialista. A partir disso, foi elaborado e publicado o Relatório Flexner (1910), que viria a ser a principal normatização para a acreditação das escolas médicas dos EUA e Canadá, durante a primeira metade do séc. XX (Pagliosa; Da Ros, 2008).

O ensino “flexneriano” padronizou o ensino médico em duas fases. A primeira fase seria o período básico realizado em laboratório, dedicado ao ensino de matérias básicas, tais quais: anatomia, fisiologia, histologia, fisiologia, patologia e microbiologia. A segunda fase seria a realização do ciclo clínico em hospital, para se conhecer a forma individual e concreta da doença. Articulado com a American Medical Association, o relatório gerou o fechamento de 124 das 155 escolas avaliadas (Pagliosa; Da Ros, 2008).

O relatório flexneriano estabeleceu as normas para modelo de ensino médico hegemônico no século XX. Após as grandes guerras europeias do século XX, a criação da ONU (1948) representou um marco para uma nova concepção de saúde, alinhando uma base fortemente científica da teoria unicausal com as contribuições da medicina social, tendo a expansão das campanhas de vacinação contra epidemias sustentadas pelo enfoque microbiológico da primeira metade do século. A teoria multicausal sobre o processo saúde-doença, formulada inicialmente por Leavell e Clark, denominada de história natural da doença (HND), é estruturada em dois momentos, sendo a presença de enfermidade

responsável pela mudança de fases. O primeiro momento é a pré-patogêneses, que envolve as inter-relações entre o agente etiológico, o homem e o ambiente estimulante de enfermidade e o segundo momento é a patogênese, que envolve a transição de saudável para enfermo, demarcando a evolução do processo patológico a nível do indivíduo (Heidmann *et al.*, 2006; Matta, 2005).

Com a identificação dessas etapas, a HND aponta estratégias de ação para impedir a fase patogênica, recuperar o indivíduo ou reduzir suas sequelas causadas pela enfermidade. Essas estratégias se dividem em prevenção primária, entendida como promoção à saúde, que visa o aumento de saúde e bem-estar, através de ações de melhorias nutricionais, hábitos de vida e educação em saúde; como também a realização de proteção específicas, a exemplo das vacinas; a prevenção secundária, pautada no diagnóstico precoce e na limitação da incapacidade promovida pela enfermidade; e a prevenção terceira que busca a reabilitação (Buss *et al.*, 2020; Czeresnia; Freitas, 2009).

O conceito de promoção à saúde, com raízes no modelo de Leavell & Clark da década de 40, dentro do esquema da História Natural da doença, teve seu início como uma perspectiva tradicional. Nas décadas de 50 e 60, novas abordagens em relação à promoção da saúde ganharam destaque no Canadá, nos Estados Unidos e em países da Europa Ocidental. A promoção à saúde emergiu como a 'nova visão internacional de saúde' durante a década de 1970, como resultado das discussões da década anterior sobre a influência das condições sociais e econômicas na saúde, e da busca por uma abordagem que não estivesse focada exclusivamente na doença.

A percepção da atuação dos DSS dentro do processo saúde-doença já está mais consolidada, devido a uma longa história de disputas do foco de atuação da saúde pública. A Conferência de Alma-Ata (1978), congregou um grande pacto mundial para a saúde, com a participação da OMS e Unicef, no lema Saúde para todos, que destaca o tema dos determinantes sociais, provocando os sistemas de saúde em todo o mundo a atuarem sobre sua política de saúde, a dimensão dos direitos humanos, evocando a universalidade do princípio da dignidade humana. No cenário de polarização entre duas potências nucleares, Estados Unidos e União Soviética, exitosamente 134 países assinaram o acordo em busca de atingir um nível de saúde que permita a todos os cidadãos do mundo uma vida social e economicamente produtiva, até o ano de 2000 (Matta, 2005).

Entretanto, nos anos 80, o foco retornou aos interesses neoliberais no campo da saúde sob a influência de Banco Mundial (BM), FMI e agências de ajuda ao desenvolvimento. A Unicef começa a abordar ações mais focalizadas na redução da mortalidade infantil, enfraquecendo as propostas de desenvolvimento de sistema de saúde amplos, com ênfase na atenção primária e na imunização infantil proposto pela OMS e idealizados na Conferência de Alma-Ata. O relatório "Investindo em Saúde" do BM propunha uma série de reformas administrativas e políticas para que os países em desenvolvimento executassem políticas de saúde aos moldes de pacotes básicos de serviços, sob a argumentação de não gerar ônus sobre suas econômicas. A visão ampliada de atenção primária de saúde sofre retrocessos no cenário internacional frente à expansão da atenção primária seletiva prestados através de seguros sociais (Matta, 2005; Nogueira, 2009).

Nos anos 90, com aproximação da virada do milênio, o foco da discussão retoma as pretensiosas metas do milênio, e a ênfase sobre os DSS fortalece, culminando com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, no início dos anos 2000. A CDSS impulsionou a realização de estudos investigando como o desenvolvimento de uma determinada sociedade se relaciona com a situação de saúde dessa população. A partir desse aprofundamento teórico, os estudos sobre as iniquidades tornaram-se expressivos, revelando que as desigualdades de saúde entre grupos populacionais são sistemáticas e relevantes, oriundas de processos evitáveis, injustos e desnecessários (Almeida-Filho *et al.*, 2003; Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Os estudos sobre iniquidades em saúde podem ser agrupados em três gerações distintas, sendo a primeira direcionada na descrição das relações de pobreza e saúde, a segunda geração buscou descrever os gradientes de saúde considerando vários critérios de estratificação socioeconômica, e a terceira geração investigou os mecanismos de produção das iniquidades (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A hierarquização de determinantes sociais revela-se com o principal desafio, pois a relação dos determinantes não deve ser compreendida somente como uma associação direta de elementos causa-efeito, partir da compreensão de complexidade que os fatores da ordem da vida social das pessoas e dos grupos populacionais intersecciona relações econômicas, políticas, sócio-históricas de gênero, raça-etnia, classe e geracional inseridos nas matrizes de costumes e culturais de cada povo e sociedade. Desta maneira, percebemos que o crescimento

econômico de uma sociedade não reverbera diretamente em melhorias da situação de saúde da população dessa sociedade.

Outro ponto de centralidade é a diferenciação entre determinantes que atingem a um nível individual e a níveis populacionais. Ao elencar os hábitos e padrões de vida de um indivíduo, percebemos que só esses elementos não são insuficientes para justificar ou explicar os desfechos e prognósticos destes. Reconhece-se que existem cadeias de mediações dessa relação, que possibilitam intervenções estratégicas a fim de romper estruturas específicas de desigualdades, provocando melhorias em justiça social (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2014; Souza; Silva; Silva, 2013)

Na perspectiva histórica, em 2006, foi instituída a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil, visibilizando a agenda dos DSS dentro das políticas públicas de saúde na busca de equidade em saúde (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a CNDSS apresentou a definição para o DSS: “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população”. A alguns autores não se questiona, ou se questiona de forma ineficiente, o modo de produção econômica que dá sustentação a ordem econômica e societária que já se revelou prejudicial à saúde dos indivíduos, utilizando o enfoque social para a composição de ações fragmentadas em saúde, de caráter reformista. As formulações a partir dos DSS buscam romper com a concepção de saúde como um mero fator biológico e permitir um espaço de discussões amplas sobre modelos teóricos e práticas (Breilh, 2013; Buss; Pellegrini Filho, 2007; Souza; Silva; Silva, 2013).

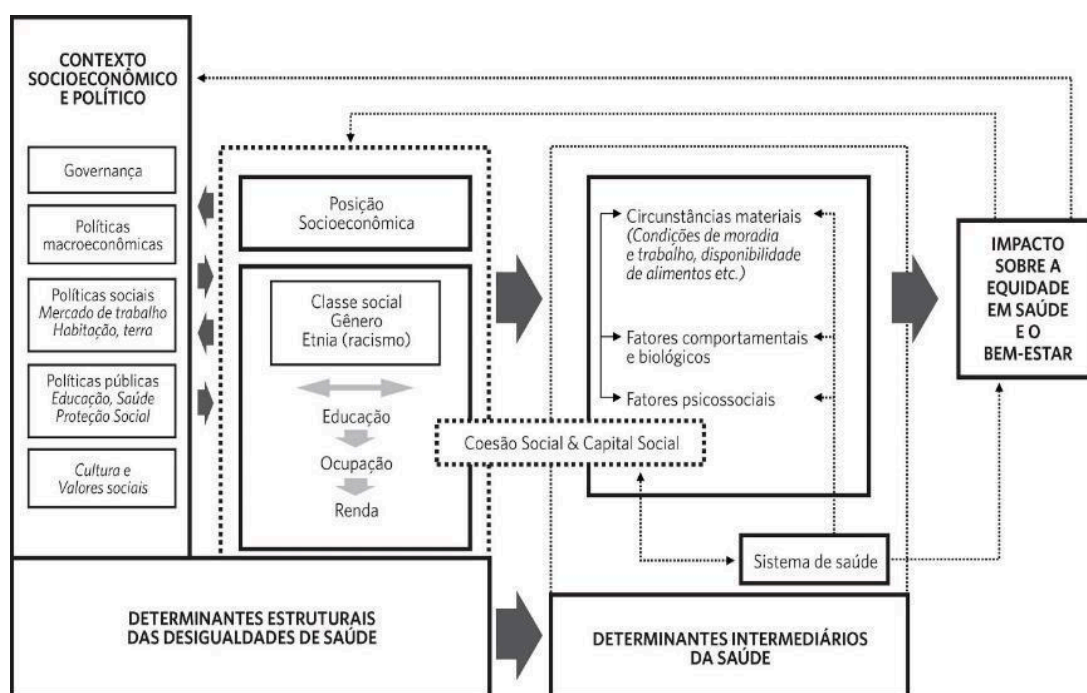
Figura 1 – Modelo de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren-Whitehead



Fonte: DAHLGREN e WHITEHEAD, 1991

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde, que implicaram no desenvolvimento de modelos explicativos sobre DSS. O modelo mais conhecido, de Dahlgren & Whitehead (figura 2), no qual os DSS são representados em camadas: na camada central estão os fatores individuais (sexo, idade, genética etc.); na camada imediatamente externa são os hábitos e comportamentos; na camada subsequente interna representa a influência das redes comunitárias, solidariedade, constituindo a coesão social; na camada subsequente externa representa as condições de vida e trabalho; e na última camada externa apresenta os macro determinantes relacionados às condições econômicas, ambientais e culturais, sendo representada como forte influência sobre as demais camadas. Esse modelo constitui-se em um grande leque de fatores, representando a complexidade de elementos que interferem na saúde, mas não presta grandes esclarecimentos sobre as relações e mediações entre os diversos níveis e a origem das iniquidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Figura 2 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.



Fonte: Solar e Irwin (2010).

A CDSS apresentou o modelo de Solar & Irwin (2010), segundo o qual existem dois tipos de DSS: os determinantes estruturais e os determinantes intermediários. Os

determinantes estruturais terão impacto na equidade em saúde e no bem-estar através da sua ação sobre os determinantes intermediários, definido no marco conceitual (Solar & Irwin, 2010) e no relatório final (CDSS, 2010).

No modelo de Solar e Irwin (2010) (figura 2), apresenta-se didaticamente o processo dividido em determinantes estruturais das desigualdades de saúde, determinantes intermediários da saúde, contexto socioeconômico e político, impacto sobre a equidade em saúde e o bem-estar. Nele, os determinantes estruturais operam através de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A 'estrutura' expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

No modelo de Solar e Irwin, as causas estruturais são apresentadas numa posição de destaque, mais próxima da ideia de 'raiz' ou 'base', sendo exposto com prioridade causal, e traz a projeção à compreensão das relações e conexões entre os determinantes estruturais e os determinantes intermediários da saúde, pela recurso gráfico das setas no desenho (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). O autor latino-americano Breilh (2013) tece uma crítica ao modelo adotado pela OMS, pois apesar das causas estruturais assumirem destaque, estas aparecem de forma abstratas com esvaziamento do conteúdo crítico e de movimento. Excluindo a análise do processo de acumulação econômica e exclusão social propiciado pelo sistema capitalista.

Esses modelos sobre os determinantes sociais da saúde, de Dahlgren & Whitehead (1991) e Solar & Irwin (2010), sofreram muitas críticas no âmbito da saúde coletiva e da medicina social latino-americana (BREILH, 2013; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014, 2017; NOGUEIRA, 2009). No modelo de Solar e Irwin, os fatores estruturais são representados como prioridade causal na construção das iniquidades em saúde e na conformação das condições de vida, estabelecendo relações e mediações entre os determinantes estruturais e intermediários.

Representando um avanço frente à visão tradicional da epidemiologia convencional, o modelo de Solar & Irwin demonstra qualificação da pauta dos DSS na agenda de políticas em saúde, mas não se constitui numa mudança de paradigma (BREILH, 2013;

SILVA; BICUDO, 2022, p. 119). Cabe notar que a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS), em grande parte, retoma o enfoque da Medicina e Epidemiologia Social Europeia (ESE).

Ao aproximarmos da abordagem de raça, etnia e racismo no modelo dos DSS de Solar & Irwin, recebe pouca atenção no debate geral de articulação das mediações das iniquidades em saúde. As categorias “raça/etnia” aparecem associadas sem apresentar as conceituações advinda do movimento negro e dos estudos negros; o debate sobre o racismo não é explicitado nos enunciados propostos, sendo umas das categorias menos enfatizadas dentro do contexto dos DSS. A partir desses elementos, consideramos relevante dar ênfase a essa categoria em nosso estudo como uma possível contribuição para a saúde dessa população.

A abordagem dos determinantes sociais de Solar & Irwin (2010) reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam. Para melhorar a situação da saúde e reduzir iniquidades é necessário que intervenções coordenadas e coerentes entre si sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais. Por sua vez, a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos (as) atores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde da população negra durante a pandemia da COVID-19, no bairro Granja Lisboa (Fortaleza - CE), à luz do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin.

3.2 Objetivos específicos

1. Conhecer a visão dos atores sobre os determinantes intermediários da saúde da população do bairro Granja Lisboa nos dois primeiros anos da pandemia de covid-19 (2020-21);
2. Analisar a influência dos determinantes estruturais, propostos no modelo de Solar e Irwin, na saúde da população estudada;
3. Compreender o contexto socioeconômico e os modos de viver da população da Granja Lisboa durante os dois primeiros anos da pandemia de covid-19 (2020-21), segundo renda, gênero e raça/etnia (racismo).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Delineamento da pesquisa

O estudo apresenta abordagem qualitativa, descritiva e analítica. A pesquisa qualitativa é utilizada no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. A pesquisa qualitativa, de origem nas ciências sociais, busca, portanto, a compreensão da subjetividade humana, contextualizada e envolvida pela cultura do grupo (Minayo, 2012).

Para abordagem do fenômeno em questão, percorremos o referencial teórico da pesquisa qualitativa a fim de investigar as percepções e relatos subjetivos dos usuários, gestores e profissionais da saúde que atuam na ESF. Ao reconhecer os sujeitos como atores da realidade social, a abordagem qualitativa destaca a subjetividade ao considerá-la como constitutiva do ser social e inerente à auto compreensão objetiva da realidade e toma como foco a experiência humana, valorizando os atores nos seus próprios contextos (BOSI, 2012).

A estratégia metodológica contou com a realização de visitas exploratórias, a organização de grupo focal com os usuários e entrevistas semiestruturadas com os gestores e trabalhadores que aceitarem o convite.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no bairro Granja Lisboa pertencente à região do Grande Bom Jardim (GBJ), na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. O município está situado no centro da mesorregião metropolitana de Fortaleza com área territorial de 312,353 km². De acordo com IBGE (2022), a população é de 2.428.708 pessoas, representando uma densidade demográfica de 7.775,52 hab/km². Para dimensionarmos a população negra do município, recorreremos aos dados consolidados do censo demográfico 2010. A população negra fortalezense é composta de 1.514.108 pessoas que se autodeclaram pretas e pardas (IBGE, 2012).

A cidade de Fortaleza apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,754, sendo classificado na faixa de desenvolvimento humano alto (0,700 a 0,799). Porém a desigualdade de distribuição de renda e condições sociais são marcantes, dentre os 121 bairros da capital cearense, há 61 bairros com IDH nas categorias de IDH baixo (0,500 a 0,599) e muito baixo - 0 a 0,499 (IBGE, 2021b).

Na Tabela 1, podemos verificar comparativamente a presença de população negra e branca no Brasil, no estado do Ceará, na cidade de Fortaleza e os 10 bairros mais populosos, conforme o último Censo Demográfico.

Tabela 1 - População residente, por cor ou raça e sexo no Brasil, Ceará, Fortaleza e os 10 bairros mais populosos de Fortaleza.

Brasil, Unidade da Federação, Município e Bairro	Sexo x Cor ou raça							PN/PB
	Homens			Mulheres				
	Branca	Preta	Parda	Branca	Preta	Parda		
Brasil	4365248 ⁸	7526611	4086186 ⁴	4739915 ⁸	6991350	41415469	1,06	
Ceará	1276149	213517	2575798	1428583	179216	2654416	2,08	
Fortaleza	409687	58708	664804	492129	52103	738488	1,68	
Os dez bairros mais populosos de Fortaleza								
Granja Lisboa	6541	1428	17024	7254	1187	17734	2,71	
Barra do Ceará	9622	2263	22247	10914	1850	24250	2,46	
Jangurussu	6827	1039	16158	8197	866	16929	2,33	
Pici	6078	1350	12588	6984	1090	13592	2,19	
Mondubim	11775	1983	22196	13217	1482	24000	1,99	
Vila Velha	9333	1183	18268	11073	1012	19943	1,98	
Quintino Cunha	7354	1074	13670	8276	930	15011	1,96	
Passaré	8508	1745	13886	9434	1457	14941	1,79	
Vicente Pinzon	8036	1160	12323	9336	950	13130	1,59	
Aldeota	10900	330	6585	15155	408	8573	0,61	
TOTAL	84974	13555	154945	99840	11232	168103		

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010 – Tabela elaborada pela autora.

Legenda: PN/PB – proporção entre pessoas autodeclaradas negras por pessoas autodeclaradas brancas.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, a população negra fortalezense residente corresponde 58.703 homens pretos e 664.804 homens pardos, totalizando a população de homens negros, que é a junção de homens pretos e pardos, com 723.512 pessoas. O total das Mulheres Negras foi de 790.591, em que 52.103 se identificam como mulheres pretas e 738.488 como mulheres pardas. Já o agrupamento das categorias de cor/raça branca, amarela e indígena conta com 938.048 pessoas, dentre estes 409.687 homens brancos e 492.129 mulheres brancas. Observa-se que as mulheres negras são a maioria da população negra na cidade de Fortaleza.

A estratégia para a seleção da UAPS de referência foi a busca pela unidade de saúde que estivesse inserida no bairro mais populoso, que possui a maior população autodeclarada parda e preta, em relação a população autodeclarada branca. Optou-se pela unidade que possui o maior número de trabalhadores cadastrados em equipes da ESF, na base

de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no site DATASUS/CNES.

O interesse pelos bairros populosos está vinculado à busca de compreender o dinamismo social presente nessas regiões de maior povoamento, pois quanto maior a quantidade de moradoras de uma região, maior a quantidade de conexões, entrelaçamentos e disputas da cena pública desse território. A partir desse entendimento, possibilitou-se o conhecimento de um número maior de relatos e experiências dos sujeitos durante a pesquisa. Para essa escolha, durante a execução da pesquisa foram utilizados os dados do censo brasileiro de 2010. Ressaltamos que devido a contextos políticos e orçamentários, o censo que deveria ter ocorrido em 2020, somente foi realizado em 2022, tal situação gera uma defasagem sobre os dados e informações sobre a população. Resultou que, até a conclusão desta dissertação, somente os dados iniciais do censo 2022 foram publicados, utilizamos dados do relatório ‘Censo demográfico 2022: identificação étnico-racial da população, por sexo e idade : resultados do universo’ para discutir os resultados do estudo (IBGE, 2023).

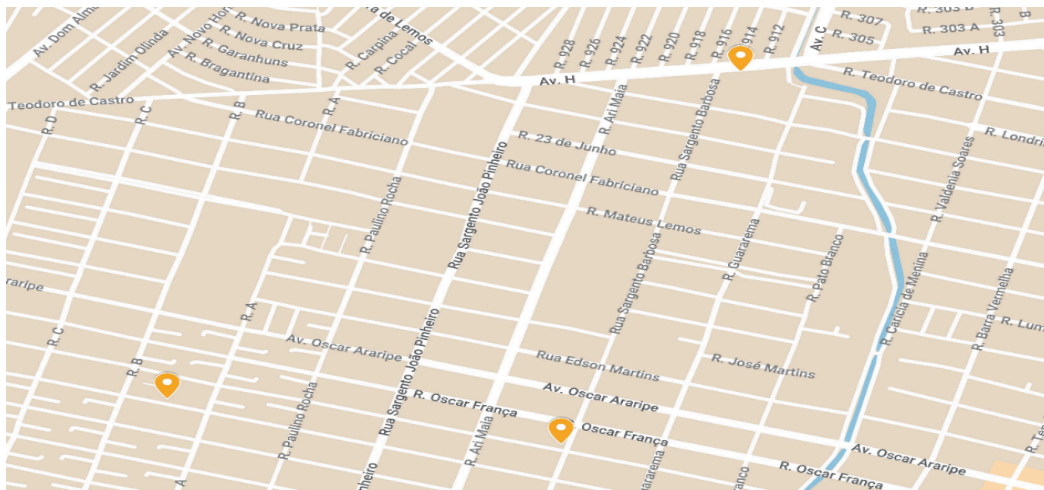
A divisão administrativa do município de Fortaleza sofreu alteração através da lei complementar nº 0278/2019 e o decreto nº 14.590/2020 que reordenou a divisão administrativa da cidade em 12 regionais administrativas e em 38 territórios (Anexo 1), anteriormente a capital cearense estava configurada em 07 regiões administrativa (Anexo 2), definida em 1997, no gestão (1997-2005) de Juraci Magalhães.

Durante as atividades de campo, pode constatar que as alterações nas regionais realizadas em 2020 não foram implementadas com efetividade da cidade. Destaco a divisão interna da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza que permaneceu com o mesmo número de coordenadorias regionais existentes previamente. A ocupação do território do Grande Bom Jardim ocorreu fortemente vinculada ao processo histórico de mobilização conjunta de movimentos sociais dos bairros Bom Jardim, Bonsucesso, Siqueira, Granja Portugal e Granja Lisboa e Canindezinho. Entretanto, nova divisão administrativa alocou o bairro Canindezinho regional 10, separando-o dos demais bairros do GBJ, fato criticado pelas lideranças locais e moradores, que veem essa mudança como uma fragmentação do território GBJ (Paulino, 2023).

O local de referência para pesquisa foi a UAPS Guarany Mont'Alverne localizada no bairro Granja Lisboa, que compõem a 5ª regional administrativa junto com os bairros Bom Jardim, Bonsucesso, Siqueira e Granja Portugal (FORTALEZA, 2021).

O bairro Granja Lisboa apresenta o maior quantitativo de pessoas negras por pessoas brancas entre os bairros populosos de Fortaleza, sendo o coeficiente de 2,71. Esse valor demonstra que dentre os moradores do bairro, existem 27 pessoas negras para cada 10 pessoas brancas, sendo coeficiente superior ao que se verifica no Brasil, Ceará e Fortaleza.

Figura 3 – Mapa das UAPS do bairro Granja Lisboa, Fortaleza – CE.



Fonte: Google Maps.

O bairro Granja Lisboa possui 03 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo a UAPS Dom Lustosa localizada na rua A, s/n, UAPS Francisco Edmilson Pinheiro localizada na avenida H, 2191 e UAPS Guarany Mont'Alverne, localizada na rua Geraldo Barbosa, 3230, conforme apresentamos na Figura 3.

Tabela 2 – Equipes da ESF por Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no bairro Granja Lisboa – Fortaleza (CE), por categoria profissional

	UAPS Edmilson Pinheiro	UAPS Dom Lustosa	UAPS Guarany Mont'Alverne
Última atualização Nacional:	10/05/2022	10/05/2022	19/05/2022
Equipe 1			
515105 Agente Comunitário de saúde	5*	4	7
322250 Auxiliar de enfermagem da ESF	1*	0	0
223565 Enfermeiro da ESF	1*	1	1
225142 Médico da ESF	1*	1	1
322245 Técnico de enfermagem da ESF	0	1	1
Equipe 2			
515105 Agente Comunitário de saúde	5	6	6
322250 Auxiliar de enfermagem da ESF	0	0	1
223565 Enfermeiro da ESF	1	1	1
225142 Médico da ESF	0	1	0

322245	Técnico de enfermagem da ESF	1	1*	0
Equipe 3				
515105	Agente Comunitário de saúde	5	4	6
322250	Auxiliar de enfermagem da ESF	0	0	1
223565	Enfermeiro da ESF	1	1	1
225142	Médico da ESF	1	1*	1
322245	Técnico de enfermagem da ESF	1	1*	0
Equipe 4				
515105	Agente Comunitário de saúde	0	5	10
322250	Auxiliar de enfermagem da ESF	0	0	0
223565	Enfermeiro da ESF	0	1	1
225142	Médico da ESF	0	1	1*
322245	Técnico de enfermagem da ESF	0	1	1*
Total		15	28	38

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/CNES/DATASUS – Tabela elaborada pela autora.

Legenda: * - Profissionais ingressaram na equipe após o período de estudo (2020-2021), foram excluídos da amostra. A consulta foi realizada em 20/05/2022

4.3 Período das atividades de campo

As atividades de campo foram desenvolvidas no período de dezembro de 2022 a maio de 2023

4.4 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram gestores, trabalhadores e usuários da Estratégia Saúde da Família vinculados à UAPS Guarany Mont'Alverne, no bairro Granja Lisboa. Os participantes foram convidados a envolver-se na pesquisa voluntariamente e sem contrapartidas financeiras. Para a seleção dos profissionais de saúde, priorizou-se a composição das equipes da ESF, no caso: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde.

Durante as incursões de campo, foram incluídas as participações de dois agentes de cultura do bairro Granja Lisboa, sendo executadas entrevistas individuais, pois estes sujeitos exerceram atuação de liderança durante o enfrentamento à covid-19, através da mobilização e organização da comunidade.

4.4 Critérios de Inclusão e exclusão

O critério de inclusão da pesquisa para gestores e trabalhadores foi a participação das equipes de ESF durante os dois primeiros anos da pandemia de covid-19 (2020-21), na UAPS Guarany Mont'Alverne, do bairro Granja Lisboa - Fortaleza (CE). Foram excluídos

gestores e trabalhadores que estiveram de férias ou licença de trabalho durante o período de coleta.

O critério de inclusão dos participantes do grupo dos usuários foi que estes deveriam ter residido no bairro Granja Lisboa durante os dois primeiros anos da pandemia de covid-19 (2020 -21) e estar cadastrado na UAPS Guarany Mont'Alverne. Foram excluídos do grupo dos usuários menores de 18 anos de idade.

4.5 Estratégias para conhecer o território

4.5.1 Visitas exploratórias

A primeira etapa de inserção no campo foi realizada por meio de visitas exploratórias presenciais, com objetivo de conhecer os locais para realização da coleta de dados. Foi realizado contato inicial com os gestores da UAPS Guarany Mont'Alverne por intermédio da Secretaria de Saúde do Município, através da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais - COEPP e, em seguida, foi programado o agendamento das visitas.

Construí alguns cadernos com anotações, desenhos e materiais recolhidos durante as visitas e atividades de campo realizadas na Granja Lisboa que representam o diário de campo dessa pesquisa. O trabalho de campo é uma via valiosa de aprofundamento da pesquisa, envolvendo a articulação de proposições teóricas com a experiência empírica na produção de saberes contextualizados e territorializados.

Os diários compreendem registros que vão além dos procedimentos técnicos, mas capturam conversas que acontecem nas filas de ônibus, no balcão da padaria, nos corredores das universidades; outras são mediadas por jornais, revistas, rádio e televisão (Spink, 2003, p. 29). Os diários de campo são instrumentos que possibilitam visualizar aspectos da implicação do(a) pesquisador(a) com o campo estudado.

A construção dos diários compreende a produção dos procedimentos do estudo, do desenvolvimento das atividades realizadas e também de possíveis alterações realizadas ao longo do percurso da pesquisa, além de servir como uma narrativa textual das impressões do(a) pesquisador(a) (Kroeff; Gavillon; Ramm, 2020). Sendo uma ferramenta relevante para a autoanálise do(a) pesquisador(a), um texto não finalizado, mas um material de análise da pesquisa, havendo partes que não serão mencionadas em publicações científicas, mas que devem ser consideradas durante a análise dos dados (Weber, 2009).

4.5.2 Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas são contatos sociais e não simplesmente meios passivos de se obter informações. Os métodos para gerar e manter conversações com pessoas sobre um tópico específico, um leque de tópicos e as interpretações que os pesquisadores fazem dos dados resultantes, constituem os fundamentos do ato de entrevistar e das entrevistas (MAY, 2004).

A entrevista é considerada uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas. Trata-se de uma conversação dirigida a um propósito definido que não é a satisfação da conversação em si, mas objetiva a troca de informações (FRASER; GONDIM, 2004). A entrevista semiestruturada é uma opção ao pesquisador em relação ao nível de diretividade da conversação. O entrevistador introduz o tema da pesquisa e deixa o entrevistado livre para discorrer sobre o mesmo, fazendo apenas interferências pontuais, que segue um roteiro de tópicos gerais pré-estabelecidos (Batista; Matos; Nascimento, 2017).

A entrevista semiestruturada permeia os métodos estruturados e os focalizados, pois as perguntas são normalmente especificadas, mas o entrevistado tem liberdade de ir além na produção das respostas. Permite que as participantes respondam mais nos seus próprios termos do que as entrevistas padronizadas, assumindo signos e sentidos próprios do seu contexto cultural (May, 2004; Minayo, 2009).

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas (perfil) e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de abordar sobre o tema em foco sem se prender ao questionamento formulado (Minayo, 2009)

O agendamento das entrevistas ocorreu a partir das sugestões de datas e horários convenientes para os profissionais e os gestores, de maneira que não gerasse impactos negativos para o funcionamento e realização das atividades da equipe junto à comunidade. Os registros das entrevistas foram codificados segundo a nomenclatura estruturada da seguinte forma: iniciais da categoria profissional: medicina (MED), enfermagem (ENF), técnicos de enfermagem (TE), dentistas (D), auxiliar de saúde bucal (SB) e agente comunitário de saúde (ACS) + número ordinal da realização.

4.5.3 Organização dos Grupos Focais (GF)

O grupo focal possibilita fonte que intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade. Desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes procuram abordá-los

trabalhando como uma equipe. Nessa concepção, há uma intencionalidade de sensibilizar os participantes na transformação da realidade de modo crítico e criativo (BACKES *et al.*, 2011)

A capacidade interativa e problematizadora do grupo focal, como técnica de coleta, constitui-se em uma importante estratégia de sensibilização e reflexão dos participantes da pesquisa no contexto das discussões de análise e síntese que contribuam para o repensar de atitudes, concepções, práticas e políticas sociais (BACKES *et al.*, 2011; BOSI, 2012).

Inicialmente tentamos realizar o grupo focal dentro da dependência UAPS, entretanto devido a falta de resposta da gestão para agendamento de reunião, o grupo focal ocorreu no ponto de cultura Quintal Cultural, sendo nomeado de Grupo Focal Quintal Cultural (GFQC), localizado na R. Xavier da Silveira, 2781 - Granja Lisboa, Fortaleza - CE, 61661-080. A intermediação de contato com equipamento cultural foi realizada por uma agente comunitária de saúde da UAPS Guarany Mont'Alverne. O grupo focal foi realizado com os moradores da Granja Lisboa, atendidos pela UPAS.

4.6 Análise de informações

Análise de conteúdo na modalidade temática seguiu os seguintes passos: pré-análise (transcrição das entrevistas, leitura exaustiva, flutuante e interrogativa do material, apreensão das ideias centrais e determinação da unidade de registro e unidade de contexto); categorização e exploração (apreensão do núcleo de compreensão do texto, busca de expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizavam); e interpretação (Bardin, 2016).

Para a realização do processo de análise das entrevistas, iniciou-se pela transcrição das entrevistas gravadas em áudio para o software Word® do pacote Office 365, bem como das notas de observação.

Conforme aponta Bardin (2011), dentre as consequências positivas do uso das tecnologias computacionais, especificamente sobre a ótica da análise de conteúdo, tem-se a rapidez, o rigor exploratório, a flexibilidade para que sejam introduzidas novas instruções de análise, o armazenamento que permite a reprodução e a troca de informações com quem se está trabalhando no projeto e existindo a possibilidade de manusear dados complexos, abrindo espaço para uma reflexão aprofundada e criativa.

As falas codificadas foram organizadas considerando os objetivos da presente pesquisa. A fim de identificarmos sentidos e significados imersos nos encontros e falas, foram

classificadas em categorias temáticas através da articulação entre o que foi dito pelos sujeitos, os objetivos da pesquisa, o referencial teórico adotado e a interpretação do investigador na composição da rede analítica (Minayo, 2012).

A pesquisa foi desenvolvida conforme os padrões éticos dispostos nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) e com o devido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante e termo de anuência da instituição para realização da pesquisa. Tendo o parecer consubstanciado do CEP aprovado, sob CAAE 61269322.9.0000.5054.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, serão apresentados e discutidos os resultados oriundos do convívio e histórias escutadas e vividas pela pesquisadora com os moradores da Granja Lisboa, com a gestora, e os trabalhadores da UAPS, e as interlocuções de outros pesquisadores que estiveram envolvidos com o estudo. Os registros das entrevistas, grupo focal, anotações do diário de campo, fontes documentais e fotografias fundamentam as discussões percorridas sobre os determinantes sociais da saúde em um bairro negro.

Tive a oportunidade de trabalhar no censo 2022, como recenseadora, atuei em um setor censitário dentro da Granja Lisboa, próximo a UAPS de referência da pesquisa. Foi uma boa oportunidade para conhecer as ruas do bairro e as pessoas. Durante o primeiro semestre de 2023, realizei as visitas a UAPS Guarany Mont'Alverne, onde realizei as entrevistas com os trabalhadores, conheci o Centro Cultural Quintal Cultural, onde ocorreu o grupo focal com os moradores da Granja Lisboa; e, no Centro Cultural do Bom Jardim, acompanhei as atividades de apoio à comunidade.

Os resultados foram organizados a partir da compreensão das categorias dispostas no modelo de determinantes sociais da saúde de Solar & Irwin (2010). Os enunciados propostos pela CDSS sobre DSS já possuem extensas críticas (Breilh, 2013; Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017; Nogueira, 2009; Silva; Bicudo, 2022) que indagam as escolhas das categorias visibilizadas e suas estruturações teóricas dentro dos modelos; as formas de conexões e influências estabelecidas entre essas categorias; e os interesses geopolíticos implícitos na construção do marco conceitual.

No modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead (1991), a dinâmica das causalidades estruturais aparece de forma periférica na representação do sistema explicativo. No modelo de DSS de Solar e Irwin, os fatores estruturais aparecem como causa primordial para enunciação das iniquidades em saúde e na conformação das condições de vida, apresentando determinantes intermediários como operadores dos determinantes estruturais, estabelecendo conexões entre si. Comparando especificamente os dois DSS citados, a proposta de Solar & Irwin (2010) representa um avanço de paradigma, pois desloca a centralidade das causalidades da figura do indivíduo (idade, sexo, fatores hereditários, estilo de vida) para os processos sistêmicos de organização da estrutura social.

A camada estrutural focaliza os fatores sociais, políticos e econômicos que arquitetam um conjunto de posições socioeconômicas, que segmenta os grupos populacionais a partir de sua renda, nível educacional, situação ocupacional, gênero, raça/ etnia, dentre outros fatores. Tais posições, determinam diferentes níveis de vulnerabilidade e agravos em saúde (determinantes intermediários) e evidenciam a localização de cada um no conjunto das hierarquias sociais.

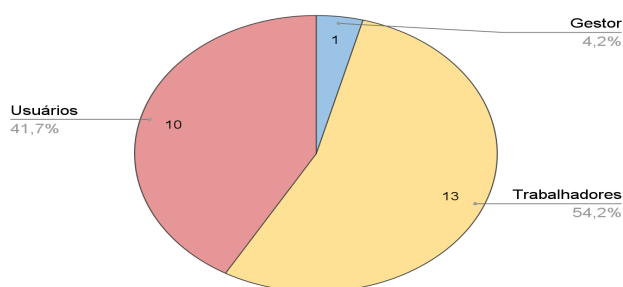
Os determinantes estruturais são entendidos como motores estruturais das condições de vida. Solar & Irwin (2010) apontam, no marco conceitual da CDSS, que os determinantes estruturais são os mecanismos que geram e reforçam hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos de acordo com principais estratificadores.

Os resultados deste estudo, embasados no modelo supracitado, estão organizados em quatro seções, sendo a inicial a apresentação do perfil dos participantes que contribuíram com a pesquisa, a segunda sobre as informações gerais sobre a Granja Lisboa e GBJ, na terceira organizamos as falas a partir dos DSS intermediários e na quarta seção sobre DSS estruturais.

5.1 Conhecendo os participantes

Participaram da pesquisa 24 informantes, sendo 01 Gestora (Tec. Administrativa), 13 trabalhadores da UAPS Guarany Mont'Alverne (01 Médico, 02 Enfermeiros, 02 Dentistas, 02 Téc. de enfermagem, 03 Agentes Comunitários de Saúde e 03 Agentes de Endemias) e 10 usuários da UAPS pesquisada, sendo que 02 usuários atuam como lideranças/agentes de cultura do bairro.

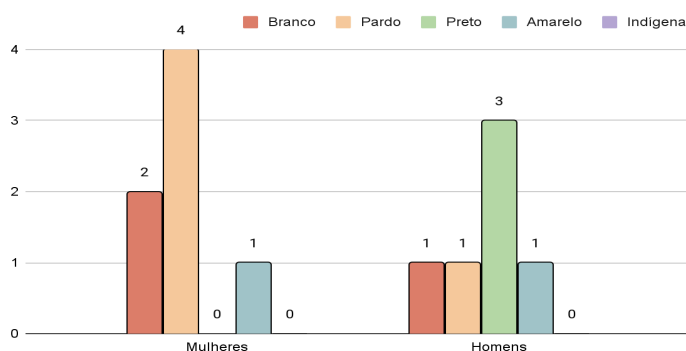
Gráfico 1 - Participantes da pesquisa



Fonte: Dados primários da pesquisa. Elaboração da autora.

A participante da gestão foi uma mulher cisgênera branca. No grupo dos trabalhadores foi composto por 07 mulheres cisgêneras (02 brancas e 04 pardas e 01 amarela) e 06 homens cisgêneros (01 branco, 01 pardo, 03 preto, 01 amarelo), sendo a faixa etária entre 28 a 67 anos de idade. Em relação à escolaridade dos trabalhadores, 06 participantes possuem ensino superior completo, 04 ensino superior incompleto e 04 ensino médio completo. A média salarial relatada desse grupo foi entre 1 a 3 salários mínimos.

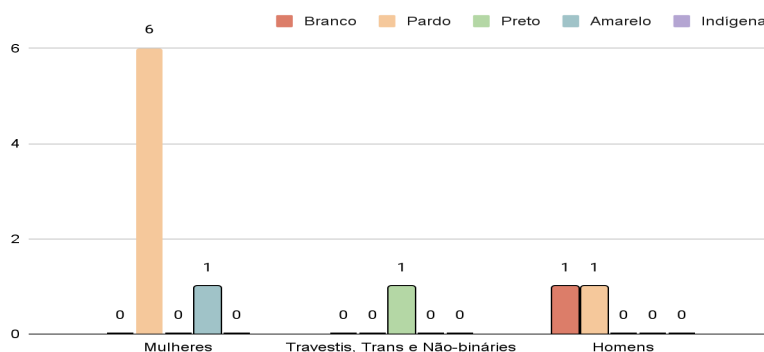
Gráfico 2 - Trabalhadores da UAPS - Gênero e Raça/Cor



Fonte: Dados primários da pesquisa. Elaboração da autora.

O grupo dos usuários foi composto por 07 mulheres cisgêneras (06 pardas e 01 amarela), 01 travesti (Preta), 02 homens cisgênero (01 pardo e 01 branco), a faixa etária variou entre 27 a 51 anos. Em relação a escolaridade, 03 participantes com ensino fundamental incompleto, 03 participantes com ensino médio completo, 02 participantes com ensino superior incompleto e 02 com ensino superior completo.

Gráfico 3 - Usuários da UAPS da pesquisa



Fonte: Dados primários da pesquisa. Elaboração da autora.

Ressalto a dificuldade de realizar as entrevistas com gestores. A UAPS de referência da pesquisa é administrada por uma organização social privada, a rotatividade de trabalhadores na assistência e na gestão da unidade é elevada, segundo comentários dos próprios trabalhadores. Destaca-se que a coordenadora da unidade durante os anos de 2020 e 2021, parou de atuar na unidade no início de 2022. Durante o período em que realizei as visitas à unidade, somente uma técnica administrativa que atendia aos critérios de inclusão da pesquisa do grupo de gestão, aceitou participar da pesquisa.

Devido a essa dificuldade de acessar os gestores da própria UAPS, fui na 5ª coordenadoria regional de saúde (CNES: 7688180), tive a oportunidade de conversar com a pessoa responsável, entretanto houve a recusa de participar do estudo. Esse cenário limitou conhecermos as figuras dos gestores, e como foram construídas as tomadas de decisão frente ao combate à pandemia e as suas percepções sobre população negra atendida pelo serviço de saúde.

5.2 Caminhando pelas ruas da Granja Lisboa, no Grande Bom Jardim (GBJ)

Quando tive de mudar de cidade, de Teresina(PI) para Fortaleza(CE), para realizar as atividades de campo da pesquisa dessa dissertação, pouco conhecia sobre a história e formação da cidade de Fortaleza, e desconhecia totalmente como era a vida dos moradores da Granja Lisboa e do Grande Bom Jardim (GBJ). Através de amigos e companheiros de militância, tive a oportunidade de realizar a primeira visita, quando fui em atividade política que ocorreu na residência de um estudante, morador do bairro (Diário de Campo).

A viagem de ônibus do centro da cidade, onde era a minha residência, para a Granja Lisboa era um percurso longo e de fluxo intenso, com o veículo sempre lotado de trabalhadores e estudantes, e durante a baldeação destacava-se a quantidade de plantas nos canteiros entre as plataformas do terminal do Siqueira (um diferencial deste terminal em relação aos demais da cidade). O ônibus ao sair do terminal rumo GBJ passava pela agitada avenida Osório Paiva, depois virando na estreita e bem povoada Av. Oscar Araripe, principal via dos bairros Bom Jardim e Granja Lisboa.

Neste trajeto, podia observar a circulação de muitas pessoas, o que já deixava claro o alto nível de ocupação do território. O censo de 1950 traz que Fortaleza possuía cerca de 500 mil habitantes, em 1960 a população já atingia a marca de 600 mil habitantes. O rápido

crescimento demográfico impulsionou a compra acelerada de sítios e fazendas existentes nas áreas ainda rurais de Fortaleza, tendo em vista a instalação de loteamentos que atendessem a enorme demanda por moradias. O empreendimento imobiliário da família Frota Gentil deu origem ao GBJ, destinado aos sertanejos pobres que trocavam a agricultura pelo trabalho na indústria e em outras atividades urbanas (Mupurunga, 2015).

As fotografias registradas durante as visitas ao território exibem a presença de casas de alvenaria inacabadas, as vias públicas sem calçamento e com acúmulo de lama, grande volume de resíduos sólidos poluentes nas margens do canal do rio. Esse cenário representa o descaso da política de planejamento urbano para as periferias de Fortaleza, que sofrem com a segregação espacial e especulação imobiliária, precarizando os modos de vida do território.

Figura 4 - Registro fotográfico realizado na Av. Oscar Araripe sobre o canal sobre o Rio Maranguapinho.



Fonte: registro realizado pela autora em fevereiro de 2023

O bairro Granja Lisboa surgiu pelo desmembramento do loteamento Bom Jardim, na década de 1970. Destaca-se na paisagem histórica a Av. Oscar Araripe, a primeira rua aberta na antiga estrada para a cidade de Maranguape, atual Av. Osório Paiva. Nas memórias dos antigos moradores ainda é viva a lembrança dos carnaubais, rio Maranguapinho e do rio Siqueira.

Era tudo mato e carnaubeira. Quando fizeram o primeiro conjunto habitacional da Caixa Econômica, o bairro ainda se chamava Cearazinho, por ser vizinho do Conjunto Ceará, depois que se tornou Granja Lisboa. Dos anos 1990 pra cá, o bairro começou a se desenvolver (Diário do Nordeste, 2017).

Dessa época, as mesmas lembranças esparsas de um ambiente rural, pontilhado de casinhas. Nos anos seguintes, passava ao lado, na ponte sobre o rio Siqueira, quando ia com minha família ou com amigos tomar banho na Cascatinha ou na Pirapora, em Maranguape. Ao olhar à direita, vendo a curvinha que saía da estrada e adentrava na rua Oscar Araripe, eu sentia que ali era a entrada de um mundo especial, algo fora do espaço da cidade onde eu morava e fora dos parâmetros do interior conhecidos por mim (Mupurunga, 2015).

Anteriormente eles eram mais largos [canal do rio], então automaticamente o lixo não se fixava tanto. Não se jogava tanto lixo lá dentro, piorou depois que foram feitas as paredes, as ruas. Antes era mais largo, eu passava dentro, porque as águas eram limpas e claras. Há uns 20 anos atrás. Sempre teve poluição, mas não era essa lama, esse lodo todo (GFQC).

A região do GBJ é uma região de grandes terrenos planos compostos de vegetação diversa, banhada pelo Rio Maranguapinho. A composição florística é uma vegetação revestida sobretudo por carnaubeiras (*Corpenicia Prunifera*), espécie nativa de maior predominância, e muitas outras vegetações secundárias exóticas adaptáveis, sendo comum encontrar árvores frutíferas nos quintais de muitas das residências localizadas na região.

A região é principalmente composta por Planícies Fluviais e Lacustres, que se destacam pela influência significativa dos rios, com suas cheias e vazantes. Essas planícies são notáveis pela presença da várzea, desempenhando um papel crucial na contenção das inundações. No entanto, esses ambientes são intrinsecamente instáveis e, quando habitados, apresentam riscos de desabamentos, sendo, portanto, naturalmente categorizados como áreas de risco (Sousa; Barra, 2021). Essa paisagem campesina foi substituída pelo comércio e intenso tráfego de veículos e transeuntes que movimentam a rede de serviços do bairro.

Eu [quando era criança] vivenciava mais a minha rua, né? Então não tinha essa dimensão de como era o território como um todo, mas lembro que haviam várias árvores nas ruas. Eu e meus primos e primas, [...] nós gostávamos de brincar, tinha alguns campos alagados aqui, né? Que as pessoas chamavam de ‘poço’, e que a gente também brincava muitas vezes dentro, né?. Buscando peixe beta, enfim, entendendo também que nós somos uma população da ribeira do rio. Nos dias de chuva, a gente sempre gostava de brincar, por conta que a gente mora nos arredores do rio Maranguape, né. Conhecido como Rio Siqueira e quando chovia alagava. O rio enchia, as águas entravam nas casas, destruía os móveis. Nós, não podíamos ir pra escola por conta que a escola estava tomada pela água. Mas como a gente era criança, a gente não tinha o entendimento de quão isso era prejudicial, né. A gente tinha aquilo como um grande parque de diversão. (Usuária, agente de cultura).

O relato da usuária da UAPS sobre sua infância no bairro, apresenta a importância do rio Maranguapinho no cotidiano do bairro, a ocupação das margens do rio por residências e estabelecimentos reduz a área de transbordar do rio, e condiciona a ocorrência de inundações durante os períodos chuvosos. A falta de planejamento urbano prejudicava o calendário escolar, as atividades do comércio e destruía os móveis e as próprias casas dos moradores da região do entorno do rio, sendo uma situação que tende a se agravar com o passar dos anos devido às implicações do processo de mudança climática global.

A dimensão de reconhecimento como “uma população da ribeira do rio” é afetada a partir de um processo de urbanização excludente, que priva a comunidade de usufruir das águas do rio a partir dos saberes populares, com alacridade, afinamento, espiritualidade; e condiciona o uso do rio para despejos de esgoto doméstico. No texto "Saudação aos rios", argumenta-se sobre a ligação existente no desenvolvimentos de diversas sociedades pelo mundo alinhados a leitos de rios, dimensiona a experiência de ancestralidade com esses entes da natureza, a vida do mundo invisível. Se pela tradição cristã-judaica-ocidental a ancestralidade está atrelada ao percurso dos laços sanguíneos, pela tradição do povo Krenak ancestralidade vincula-se a todos seres (humano, animal, mineral, entes da natureza), que se assemelha a diversas tradições originárias. O rio é um ente de vida, que alimenta e nutre a terra e as pessoas no seu entorno, não sendo somente um recurso a disposição da humanidade, sendo um ancestral do território (Krenak, 2023).

Eu moro lá há 28 anos. São poucas as ruas que possuem saneamento, coleta seletiva de lixo e tal. Temos um canal que atravessa o território que é muito complicado quando chove, por questões de propagação de doenças para a população. A limpeza desse canal é algo raro, quando está perto de chover, eles fazem aquela limpeza bem por cima, o lixo que fica exposto,

lama. Isso afeta as moradias próximas a esse canal, um braço do rio Maranguapinho' (GFQC)

Durante o período chuvoso, os leitos do rio Maranguapinho já bastante assoreados e poluídos, recebem grandes aportes de água, extravasando o leito fluvial, alagando as áreas marginais, usualmente superiores aos diques marginais e terraços originalmente mais rebaixados. As margens fluviais estão ocupadas por populações que apresentam maior índice de vulnerabilidade social, não dispendo de condições de infraestrutura para enfrentar essas situações de crise nas cheias do rio. Essa situação se agrava, quando aliada à baixa capacidade de resposta do poder público em responder adequadamente à problemática de ocupação do solo da cidade que necessita conciliar o acelerado crescimento urbano, com a ocupação de espaços naturais, assegurando um ambiente equilibrado entre a natureza e as atividades humanas (Santos, 2016). A vulnerabilidade social em decorrência do período chuvoso, é um reflexo dos DSS que influenciam na ocorrência de problemas de saúde, produzindo risco à vida para a população periférica do bairro Granja Lisboa.

Neste contexto, observa-se a periferização, que representa a segregação involuntária, quando um indivíduo, normalmente de baixa renda, é obrigado, pelas mais variadas forças, a residir em uma região periférica da cidade, pois as opções de onde e como residir nas áreas mais centrais estão sujeitas a fortes limitações socioeconômicas e ambientais (Andrade *et al.*, 2020). A segregação racial residencial é uma causa fundamental das disparidades raciais na saúde, sendo uma das motivações centrais das desigualdades devido a condições socioeconômicas, determinando o acesso a educação, emprego e oportunidades (Goes; Ramos; Ferreira, 2020a; Kilomba, 2019; Williams; Collins, 2001).

O modelo de urbanização brasileiro aplicou preceitos nas metrópoles e cidades concebidas na coletânea técnica utópica europeia de urbanismo. Formalizou-se o conceito de padrão periférico que engloba loteamento ilegal, a autoconstrução e os distantes conjuntos habitacionais desprovidos de equipamentos urbanos e de espaços públicos. Padronizou a ideia de cidade como um espaço dual, dividido entre área informal, sem tecnologia, planejamento e investimentos públicos significativos e área formal concentradora dos investimentos públicos, lugar de planejamento e de aplicação das tecnologias. Os bairros e lugares onde se concentram as populações negras são regiões à margem do pensamento e da prática de urbanização, portanto fora do desenho urbano e sem investimentos proporcionais à densidade

da população, sem um reconhecimento da importância da forma urbana das populações negras (Cunha Junior, 2020).

Bairros Negros são territórios marcados pelo estigma do racismo contra seus moradores, fruto de processo socio-histórico que remota na frustrada abolição do sistema escravista brasileiro de 1888, em que as grandes populações de negros libertos ficaram desassistidas de políticas reparativas e de inclusão social, sem acesso ao direito e posse da terra, e excluídos do mercado de trabalho. O negro deixou de ser o escravo para ocupar o espaço da marginalidade (Cunha Junior, 2020, 2021), é o que se evidencia no território da Granja Lisboa.

5.3 Determinantes Intermediários da Saúde percebidos pelos atores sociais da Granja Lisboa durante a pandemia de Covid-19

Os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em fatores comportamentais e fatores biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia, etc.), e fatores psicossociais, incluindo o sistema de saúde e a coesão social (Borde; Hernández-Álvarez; Porto, 2015; Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017). A partir das falas e percepções manifestadas pelos participantes, foram organizadas as categorias de análises: ‘A luta diária para superar a insegurança alimentar’, ‘O medo de estar “envolvido” e a insegurança de estado’, ‘*Quando a casa é pequena demais para se realizar isolamento doméstico*’, ‘*Foi horrível na pandemia[...] trabalhava, mas não tinha carteira assinada*’ e ‘*Sistema de Saúde e o território da Granja Lisboa*’

5.3.1 ‘A luta diária para superar a insegurança alimentar’

A alimentação adequada e saudável é um direito constitucional no Brasil, fruto da conquista dos movimentos sociais e mobilização popular brasileira (ABRANDH, 2012, p. 54). Contudo, é preocupante constatar que, em âmbito global, o número de indivíduos que enfrentam a fome, a forma mais extrema de insegurança alimentar e nutricional, está aumentando. O caso brasileiro representa uma regressão de cenários, um levantamento revelou que 125,2 milhões de brasileiros vivem em algum grau de insegurança alimentar (IA), sendo que 33 milhões estão sujeitos à fome (Rede Penssan, 2022).

O relatório “O Estado da Insegurança Alimentar e Nutricional no Mundo 2021” demonstrou o agravamento da fome mundial, a proporção de pessoas afetadas pela fome, que era da ordem de 8% em 2019, cresceu para 9,3% em 2020 e para 9,8% da população mundial em 2021. No Brasil, o relatório revelou que o número de brasileiros em situação de insegurança alimentar grave ou moderada atingia quase um terço da população do país. Segundo a ONU, até 2021, a prevalência da insegurança alimentar grave no Brasil variou de 1,9% para 7,3% da população considerando os triênios 2014-2016 e 2019-2021, ou seja, subiu de 3,9 milhões para 15,4 milhões de brasileiros (FAO *et al.*, 2021, 2023).

Em 2019, 14 milhões de famílias brasileiras (% do total) utilizavam lenha e carvão vegetal para o cozimento das refeições e 56% da população adulta brasileira viu sua renda cair entre 2020 e 2021 (Banco Mundial, 2022). O cenário de miséria instaurado nos lares das famílias periféricas foi consequência direta da política econômica desastrosa do governo Bolsonaro (2018-2022), que conduziu um aumento do preço do gás de cozinha, que acumulou alta de quase 30% nos meses entre abril de 2021 a março de 2022 (IBGE, 2022).

Relatório do BM (2020) apontava que 2,8 bilhões de pessoas ainda cozinham com combustíveis tradicionais e poluentes, como lenha, resíduos de colheita, carvão ou querosene. O uso destes combustíveis dentro das residências trazem prejuízos econômicos globais de entorno de US\$2,4 trilhões, correspondente aos principais danos à saúde, ao clima e à produtividade das mulheres, que muitas vezes são responsáveis por cozinhar para a família (World Bank, 2020).

A crise de insegurança alimentar desencadeada pela pandemia de covid-19 reverberou de maneira mais drástica sobre famílias que viviam em condições de extrema pobreza na Granja Lisboa. A utilização do carvão vegetal para o cozimento de alimentos dentro das casas expõe a inalação de gases poluentes da combustão, como monóxido de carbono, e também representam um aumento do risco de incêndios acidentais nos domicílios.

Em muitas casas que fazemos visita, eu já percebi muita gente cozinhando com carvão, para economizar o gás ou como forma de diminuição de gastos. Houve realmente um grande aumento. (Agente de endemias 2)

O enfrentamento da fome no território ocorreu através da articulação de diversos atores institucionais, entre eles: as unidades básicas de saúde, escolas municipais, centros

culturais (CCBJ e Quintal Cultural), o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza (CDVHS) que se mobilizaram para distribuição de cestas básicas durante a pandemia.

A partir do convívio com os informantes e do aprofundamento na análise dos dados, percebemos que as condições de acesso e a qualidade dos alimentos consumidos pelos moradores da Granja Lisboa foram precárias durante o período da pandemia de Covid-19. Muitas famílias perderam suas fontes de renda, sendo relatado a ocorrência de famílias pedintes que percorriam de porta em porta, mesmo durante períodos de alta restrição de mobilidade urbana (lockdown). *“Na parte de alimentos, muitas vezes, ficam pedindo de porta em porta para ter o que comer.” (Agente de Endemias 3)*

No período da pandemia caracterizado pelas grandes ondas de transmissão viral, os profissionais de saúde realizavam visitas a domicílios sem adentrar o interior da casa, fazendo o acompanhamento da demanda da família por telefone. Embora não tivessem acesso às especificidades das questões alimentares de forma presencial, o uso das tecnologias foi de suma importância para o diálogo e viabilização de apoios.

Os ACS mantinham grupos de conversa no WhatsApp® com os moradores da sua área de atuação. Houve aumento do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), especialmente o WhatsApp® por profissionais de saúde durante o período pandêmico devido a agilidade na comunicação, por ter baixo custo e facilidade de acesso e uso pelos usuários. Entretanto, o uso excessivo da internet e seus recursos durante a pandemia tende a agravar sintomas, como ansiedade e depressão (Abbas *et al.*, 2021; Silva, Tamires Carolina *et al.*, 2022)

Quando eu peguei covid, eu e a agente de saúde ficamos nos comunicando por WhatsApp. Não só a agente de saúde da minha área, mas a de outras áreas também. Qualquer uma que você falasse pelo WhatsApp, elas já agilizavam como seria o atendimento no posto, para você chegar e já saber para onde se direcionar. Qualquer dia e qualquer coisa que precisasse elas estavam sempre solícitas (GFQC)

Os agentes de saúde iam às casas, na época. Mesmo não podendo adentrar as casas, eles faziam uma visita de fora da residência, orientando quando deveria vir buscar ajuda no posto, e quando eles vinham buscar e era detectado síndrome gripal, ficávamos telefonando, no terceiro dia, a gente ligava para ver como é que a pessoa estava no sétimo dia. (Enfermeira 1)

Os relatos dos informantes demonstram a importância da atuação comunitária dos ACS na construção de diálogo entre os usuários e a UAPS produzindo resultados eficientes e com qualidade, mediados no âmbito digital e presencial. Durante as visitas, os profissionais observaram as condições de vivência dentro dos domicílios, relatando a redução do consumo de alimentos ricos em proteínas e o uso de lenha e carvão vegetal para o preparo dos alimentos, como formas de lidar com os recursos financeiros escassos.

Aqui no Centro Cultural do Bom Jardim, durante a pandemia, foram criados alguns projetos para ajudar. A exemplo das entregas de cestas básicas para algumas famílias, em torno de 80 a 90 famílias receberam cestas básicas. [...] As instituições públicas que iam buscar financiamento, alguma forma de apoio, não necessariamente governamental, para executar algumas atividades. (Usuário, agente de cultura)

Graças a Deus eu tive o prazer de ter muitas ajudas, de pessoas que mandaram benefícios de fora, cestas básicas. Pessoas que estavam sempre presente. E, eu também tive o prazer de poder ajudar pessoas que eu vi que estavam em situações que não estavam bem e que eu pude dar um pouco do que eu tinha para ajudar o próximo. (GFQC)

A capacidade de mobilização social demonstrada pelas organizações sociais locais evidenciam uma trajetória do movimento popular comunitário no Grande Bom Jardim, que iniciou nos meados dos anos 1970, exercendo um protagonismo relevante no enfrentamento às múltiplas dimensões da questão social, na afirmação de direitos e na luta pela geração de alternativas ao desenvolvimento no território. Destaco a atuação histórica do Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza (CDVHS) que compõe o movimento popular comunitário local desde 1994 e a Rede de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável do Grande Bom Jardim (Rede DLIS do GBJ), instituída em 2003 (Machado; Pereira, 2020).

A Rede DLIS do GBJ já consolidou a capacidade de redefinir material e imaterialmente os espaços urbanos que constituem o território do GBJ, impactando a ocupação, uso, acesso, construção, posse e propriedade de diferentes parcelas da terra urbana. A força da atuação participativa do movimento foi marcante para implantação do Centro Cultural Bom Jardim (CCBJ), um equipamento público de grande porte, na instituição do Parque Urbano Lagoa da Viúva, constituindo uma área ambientalmente protegida, e na efetivação de políticas para a Zona Especial de Interesse Social do Grande Bom Jardim (Machado; Pereira, 2020).

Durante a pandemia a Rede DLIS do GBJ, que é formado por mais de 30 membros, incluindo organizações da sociedade civil, coletivos culturais e de juventudes, fóruns, associações comunitárias e grupos religiosos, liderado pelo CDVHS, de forma colaborativa e extensionista com Grupo Diálogos de Extensão e Pesquisas Interdisciplinares (DIÁLOGOS), vinculado à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Geografia da Alimentação (NUPEGA), vinculado à Universidade Federal do Ceará (UFC) realizaram a construção do ‘Mapa Participativo de Enfrentamento à Fome do Grande Bom Jardim’ (Silva, Geysel Anne Souza da *et al.*, 2022).

Essa rede solidária conseguiu executar diversas ações de promoção da segurança alimentar da comunidade e fomentou a concepção participativa e popular de uma política de segurança alimentar e nutricional para os territórios periféricos na cidade de Fortaleza. Uma série de ações solidárias entre os moradores demonstram a importância dos laços comunitários para enfrentar os desafios decorrentes da crise sanitária. As relações comunitárias são entendidas como aquelas experiências pessoais significativas associadas ao local de moradia, ou seja, que trazem consigo uma identificação com o lugar, difere-se da qualidade de vizinhança, pois expressa o desejo de permanecer, pertencimento (Birman, 2008; Fontes, 2022).

O estado brasileiro foi ineficiente na execução de ações abrangentes e coordenadas para enfrentamento dos problemas sociais agravados pelo cenário. Diante da desorganização da atuação estatal, houve uma resposta auto-organizativa das pessoas em torno de ações da sociedade civil organizada, sob enfoque da mobilização popular (Guillaumon *et al.*, 2021).

As redes solidárias estão pautadas na maneira que indivíduos e grupos socialmente conscientes podem se reunir em torno de uma ampla solidariedade congregando valores anti-opressão para conquistar mudanças sociais, sociopolíticas e socioeconômicas para o futuro do planeta (Fórum Social Mundial, 2016). Essas ações solidárias, como as cozinhas solidárias, distribuição de cestas básicas e redes de apoio para aquisição de alimentos entre famílias, refletem valores culturais e sociopolíticos fortemente alicerçados no princípio de solidariedade, que mesmo enfrentando medos e dúvidas acerca do cenário

epidemiológico, as pessoas buscam se apoiar nas situações difíceis, promovendo o bem-estar coletivo e reduzindo as disparidades socioeconômicas.

Antes haviam pessoas que nunca me pediram uma feira e de um tempos para cá eu encontrei pessoas que me pediram feira. Inclusive, durante a pandemia, a minha irmã que tem o Quintal Cultural, que é uma ONG que ela montou. Nesse período eu identificava na minha área várias famílias muito necessitadas, nós levávamos feira que vinha do projeto Movimento de Saúde Mental Comitê do Grande Bom Jardim, eles traziam as feiras e nós distribuimos para várias famílias. Até um tempo desse tinham pessoas que perguntavam: “E as feiras? ainda tem né?”. Então, houve uma queda na qualidade da alimentação das famílias sim, até hoje em dia. (ACS 1)

A desarticulação e a retração das políticas públicas de transferência de renda e de assistência social no Brasil, começaram nos últimos anos do governo do PT de Dilma Rousseff (2011-2016), e se aprofundaram com a agenda fiscalista de Michel Temer (2016-2018) e Bolsonaro (2019-2022). Processo denominado de *policy drift* (Simoni Junior, 2021), que refere-se à compressão passiva ou ativa de políticas públicas devido à ausência de atualização de seus parâmetros ou enxugamento de seus mecanismos de funcionamento.

O processo de precarização dos serviços públicos e a execução de políticas de austeridade financeira são estratégias econômicas implementadas pelos governos latino-americanos desde os regimes militares (anos 60) até a contemporaneidade, sob influência da política monetária internacional praticada pelo FMI e BM. A lógica neoliberal busca transferir setores estratégicos e essenciais do estado para o controle e execução por administração privada, através de modelos de privatização e concessão de administração público-privado.

No cenário brasileiro, é importante destacar a formação durante a constituinte de 1988 da tendência política de reformismo neoliberal conservador, denominado por alguns autores de peemedebismo (Bastos, 2017; Mélo; Albuquerque; Santos, 2022; Moreira, 2015). Sendo uma subcultura política de interesse liberal, que ajuda a formar governo de coalizão, mas oblitera transformações sociais mais substantivas no país. Portanto, o enxugamento de políticas públicas é um processo histórico e alicerçado no reformismo liberal.

O processo de compressão de políticas públicas penaliza mais drasticamente populações periféricas, que diante da crise sanitária de covid-19 não dispunham de estruturas adequadas para assistência à população. Essencial dimensionar que a pobreza e

miséria de grande parcela da população é fruto da concentração histórica de bens e recursos para beneficiar a elite colonial e latifundiária brasileira.

Em abril de 2020, o Congresso Nacional liderou a formulação da Renda Básica Emergencial (RBE), também conhecida como auxílio emergencial (Congresso Nacional, 2020). Esse novo benefício social buscou abranger três grupos de beneficiários: (I) as famílias que já recebiam o Programa Bolsa Família (PBF), que migraram automaticamente para esse novo benefício nos casos em que isso era mais vantajoso, (II) os demais inscritos no CadÚnico, que tiveram análise imediata de sua elegibilidade; (III) as pessoas ausentes do CadÚnico, mas que se encaixavam nos critérios estabelecidos pela diretrizes da política. As pessoas enquadradas no grupo III receberam a alcunha de "invisíveis" das políticas públicas pela mídia brasileira, são denominados tecnicamente por *'Extracard'* no registro oficial do governo sendo 38 milhões de brasileiros (Simoni Junior, 2021).

O elevado número de novos cadastros é compreendido dentro de uma perspectiva de defasagem dos anos anteriores (2014-2019) no atendimento do PBF, somado ao aumento do desemprego no país (Simoni Junior, 2021). Ressalta-se que, durante o governo Bolsonaro (2019-2022), houve alteração do nome do programa de renda básica para Auxílio Brasil, entretanto os entrevistados continuaram a se referir ao benefício social ao seu nome antecessor de "bolsa família". A terceira gestão do presidente Lula iniciou em 2023, foi promovida a reformulação do programa de renda básica de cidadania, com o retorno da nomenclatura oficial da política para 'Programa Bolsa Família', e consolidou o novo valor do benefício em R\$ 600,00, sendo pago valor adicional de R\$150 por criança com idade de até 06 anos e de R\$ 50,00 por crianças com idade entre 07 à 18 anos (Brasil, 2023) .

As políticas públicas de transferência de renda e de assistência social são essenciais na reparação de desigualdades históricas, no rompimento de ciclo vicioso da pobreza, na promoção da justiça social (Simoni Junior, 2021). *"Nas escolas, como os alunos não estavam indo, todo mês eles enviavam uma cesta básica, que seria o equivalente a merenda escolar."* (GFQC).

O que foi feito para as famílias contempladas pelo benefício do 'bolsa família', para as crianças, a prefeitura forneceu cesta básica, uma por mês. O CRAS foi justamente onde coletamos as famílias mais carentes, para fazer a distribuição de cesta básica, também pela prefeitura. Na época, a Prefeitura Municipal de Fortaleza fornecia cestas básicas, tanto para escola,

como para as famílias. Eu acho que esse foi o único investimento que eu vi. (GFQC).

Figura 5 - Registro fotográfico das cestas básicas distribuídas pelo Centro Cultural do Bom Jardim.



Fonte: Fotografias do acervo da autora, registrada no dia 21/03/2023.

A distribuição de cestas básicas pelo Centro Cultural do Bom Jardim (CCBJ) destaca-se, pois perdurou por mais dois anos após o início da pandemia. Durante as atividades de campo, tivemos a oportunidade de acompanhar a última entrega de cestas básicas realizadas pelo CCBJ no mês de abril de 2023. As cestas básicas entregues eram fartas, contando os itens tradicionais das cestas, acréscimo de frutas, legumes e materiais de limpeza. Além de garantir alimentação saudável, promoveu a participação e o empoderamento popular, tecendo essa rede de solidariedade entre diversos atores sociais dentro do bairro.

Compreendemos que a distribuição das cestas básicas pelo CCBJ configura-se numa política de promoção de justiça social, pois garante um dos elementos mais básicos para a sobrevivência e dignidade das mulheres e homens. Diferenciando-se da concepção hegemônica e liberal de justiça meritocrática, que prefere encarcerar e aprisionar sujeitos periféricos do que garantir condições adequadas de desenvolvimento humano, e aproximando-se da concepção equânime da CDSS ao reconhecer estruturas sociais que

engendram desigualdades na ‘liberdade de ser’ e na ‘liberdade para fazer’, principalmente através da sua influência sobre segurança alimentar, escolaridade, ocupação e renda (Borde; Hernández-Álvarez; Porto, 2015).

Esse apoio fornecido pela prefeitura no combate à insegurança alimentar na pandemia do covid 19, ocorreu através da presença dos diversos agentes de saúde da UAPS nas residências e da percepção do agravamento das situações de insegurança alimentar e fome durante visitas das residências da Granja Lisboa.

Nesse contexto, ressalto a potencialidade agrícola do território, que conta com uma rede natural de canais de águas fluviais, traços que deveriam ser valorizados para a produção agrícola de alimentos, utilizando estratégias de plantios tradicionais, a exemplo da raça crioula. Acreditamos na importância da inclusão no plano diretor da cidade de novas áreas de plantio e hortas comunitárias no território da Granja Lisboa e do GBJ, a fim de promover renda digna e alimentação de qualidade.

5.3.2 ‘O medo de estar “envolvido” e a insegurança de estado’

Na entrega das cestas básicas, pude me apresentar às famílias presentes através da mediação do Assistente Social do CCBJ, e falei um pouco sobre a pesquisa e o porquê de estar ali. A maioria das pessoas presentes eram mulheres negras, que a/o/es filha/o/es realizavam atividades no CCBJ, algumas mulheres recebiam a sua cesta e a cesta de uma vizinha/amiga.

Conversando com uma mãe atendida pelo CCBJ, foi explicado que existe uma rede de apoio informal entre as mulheres, enquanto uma mãe estava no trabalho, a outra mãe-vizinha vigiava e auxiliava com os filhos dela e vice-versa. Essa negociação entre as mães abarcava diversas situações do dia-a-dia, como levar e trazer crianças da escola, acompanhar as crianças ao CCBJ, e a mais enfatizada por essa mãe foi vigiar as crianças para elas não ‘se envolverem com coisas erradas’. A preocupação em ‘vigiar’ as crianças das mães que estavam trabalhando, é uma tentativa de evitar o aliciamento de crianças que convivem com a presença de facções criminosas no território. Ressalto a dimensão do “vigiar”, pois essa rede de apoio entre mulheres tenta preservar uma barreira de proteção das crianças do território.

O fenômeno da criminalidade e da violência ligada à atuação de gangues ou grupos armados ilegais que atuam em vilas, favelas e bairros pobres de periferia dos grandes centros urbanos brasileiros é pesquisado desde dos anos de 1990 (Appadurai, 1996; Costa, 1999; Fontes, 2022). Percebeu-se que a atuação do estado no território é marcada pela falta de investimentos públicos na promoção da qualidade de vida e cidadania, atuando de forma repressiva, com ações pontuais de controle populacional, geralmente com o uso abusivo e desproporcional da força. A fragilidade sócio-política desse território oportuniza a instalação e submissão de controle comunitário às lideranças da facção, o risco de morte torna-se constante para todos os moradores.

A expressão "envolvido" é compreendida como uma forma de dizer que uma pessoa participa de alguma facção criminosa ou que têm alguma relação de amizade ou proximidade com alguém que seja faccionado. Portanto, não necessariamente significa que uma pessoa 'envolvida' tornar-se praticante de algum crime tipificado. É uma identidade por associação ao outro (Silva Filho; Mariano, 2020). Assim, ser mãe, tio, filho, sobrinho ou mesmo vizinho de rua de uma pessoa faccionada pode ser motivo suficiente para sofrer retaliações, conforme ilustrado na notícia a seguir.

Figura 6: Notícia sobre o assassinato de duas adolescentes no portal de notícia 'O Povo'



Fonte: SISNANDO, Jéssika. Fortaleza: Suspeito de matar garotas de 14 e 16 anos tem prisão em flagrante convertida em preventiva. O POVO, Fortaleza, 20 set. 2022.

As notícias de jornais relatam que a polícia acredita que as adolescentes foram mortas pelo simples fato de residirem em um bairro dominado pela facção denominada GDE (Guardiões do Estado). O controle dos territórios não se dá apenas por meio das divisas dos bairros, mas em uma disputa por quarteirões. A movimentação dos moradores é observada por olheiros de cada um dos grupos. Eles questionam por que uma pessoa está simplesmente transitando por uma área e podem matá-la se não ficarem satisfeitos com a resposta da pessoa. São as chamadas “mortes por nada”.

Figura 7: Notícia sobre o assassinato de adolescente 14 no Bom Jardim, no portal de notícia ‘O Povo’



Fonte: BARBOSA, Lucas. Adolescente de 14 anos é encontrada morta às margens de canal no Bom Jardim. O POVO, Fortaleza, 23 set. 2022.

Tem pessoas que deixaram de vir nesse posto, por medo. Eles moram numa região controlada pela facção A, se eles vêm por esse lado [área do posto] já é outra facção, já é riscado. (GFQC)

Na periferia de Fortaleza, os moradores precisam estudar, trabalhar e tecer suas jornadas de vida, mesmo estando sob uma intensa e letal disputa de territórios. O estado do Ceará é disputado pelas facções Guardiões do Estado (GDE), Primeiro Comando da Capital (PCC) e Comando Vermelho (CV) (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023). As pessoas podem estar sob grave risco de vida por atravessar uma rua, ou frequentar uma escola ou posto de saúde que esteja em um bairro/território dominado por uma facção diferente da que atua na sua própria rua ou bairro.

A presença de organizações criminosas ligadas ao tráfico de drogas e as disputas pelo controle do território impõe à comunidade dinâmicas de limitação à circulação de pessoas, há o risco de retaliações contra a comunidade e moradores.

Aqui, agora até que está mais calmo. Nós temos um sistema de aviso, temos um código que avisamos quando o território está em conflito. Existem pessoas envolvidas em facção, que moram numa região de uma facção A, que não podem passar numa região de facção B, não podem passar de forma alguma. Isso é uma regra e existe sim aquela história da palavra que é cumprida. Recentemente, um casal na minha área, que eu fiquei sabendo só depois, que os dois foram queimados vivos com gasolina. A moça não morreu, mas o rapaz sim. Eu tenho até que visitar ela agora, porque ela não estava no meu território, mas voltou. (ACS 1)

Nas grandes cidades brasileiras, conviver com a violência tornou-se habitual. A situação de conflitos letais atingiu níveis impressionantes. Em 2022, ocorreu uma redução de 2,4% no número de mortes violentas intencionais no Brasil, representando 47.398 vítimas em

2022, sendo uma taxa de 23,3 homicídios por 100 mil habitantes. 76,5% dos assassinatos cometidos no Brasil foram praticados com arma de fogo, sendo que os mais vitimados são jovens negros, sendo 91,4% do sexo masculino; 50,2% entre 12 a 29 anos, 76,9 % negros. A letalidade policial, em 2022, foi de 6.429 mortos em intervenções policiais, representando 17 mortes por dia, e a vitimização policial verificada foi 161 policiais assassinados, sendo que 07 em cada 10 policiais morrem durante o período de folga (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

A violência armada também é praticada por agentes de segurança do estado. Estudo aponta que 87% dos mortos pela polícia no Estado do Ceará, em 2019, eram negros (pretos ou pardos). Em números absolutos, das 31 vítimas cuja cor da pele foi informada nas estatísticas da Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS), 27 eram negras. Por outro lado, quatro pessoas brancas foram mortas por forças de segurança. Ao todo, 136 pessoas morreram por intervenção policial. Entretanto, desse total, 105 casos foram registrados sem o preenchimento de quesito sobre raça/cor (Ramos, 2021a).

A sociedade brasileira é racista e tolera ano após ano o crescente número de mortes de pessoas negras. Os relatórios produzidos pela Rede de Observatórios da Segurança revelam o cenário mortífero resultante de práticas cotidianas de agentes públicos de segurança, causadores de mortes quase sempre naturalizadas, às vezes banalizadas e aplaudidas. A polícia é a mão visível e fardada do Estado na esquina, o giroflex aterrorizador. Altamente “racializada”, é o elo inicial do sistema de justiça criminal. Esses policiais saem às ruas instruídos a buscar elementos suspeitos, focalizando bairros negros e jovens negros, em geral com o álibi de apreender drogas. São nessas operações que ocorrem a maioria das mortes provocadas por essas corporações (Ramos, 2021b; Ribeiro, 2022)

A omissão de dados sobre o quesito raça/cor é prática recorrente dos governos estaduais, que limita o monitoramento das mortes causadas pela polícia dos seus estados. Desde o primeiro relatório da Rede de Observatórios da Segurança, o estado do Ceará aparece com alto índice de não informados. Das mortes do ano de 2021, 69% não têm informação de raça/cor. Entre as ocorrências identificadas, 92% das pessoas mortas eram negras.

O município de Caucaia, em 2021, foi considerada a cidade mais violenta do Brasil e está no topo dos municípios onde a polícia mais mata pessoas negras no Ceará. Atentar que uma das fronteiras entre Fortaleza e Caucaia é feita pelo bairro da Granja Lisboa.

A cidade foi palco de muitos conflitos entre grupos criminosos, por conta de um “racha” no Comando Vermelho. Em outros pontos da região e na capital Fortaleza, aconteceram também conflitos entre CV e Guardiões do Estado. O governo justifica a morte dessas pessoas com a repressão ao crime organizado. É o vale-tudo no combate às facções (Ribeiro, 2022).

Vivenciei uma situação de terror devido à disputa territorial armada na Granja Lisboa, quando fui recenseadora do IBGE durante o censo 2022. Estava atuando em um setor censitário localizado na Granja Lisboa, próximo a UAPS de referência, caracterizada com as vestimentas do IBGE (boné, jaqueta e crachá), e mesmo assim fui perseguida e coagida por um senhor na rua questionando a minha presença e ameaçando por estar ali. Eu tive a sorte de conseguir sair da situação sem sofrer uma agressão física, acredito que foram as orações da minha mãe que me salvaram daquela situação insana. Essa experiência me fez encerrar a minha atuação no censo, passei meses sem conseguir retornar ao bairro por medo (Diário de Campo).

Depois, conversando com outras travestis de Fortaleza, percebi que existe muitos casos emblemáticos de morte de pessoas LGBTQIAPN+⁵ no estado do Ceará e no próprio GBJ. Um crime que teve repercussão internacional devido a brutalidade foi o caso da Dandara dos Santos, travesti morta na tarde de 15 de Fevereiro de 2017. As agressões foram filmadas. Doze homens a agrediram. Dandara implora por sua mãe, os moradores gravam a cena, mas não a ajudam. Dandara foi espancada, apedrejada e executada com dois tiros na cabeça. Durante o período que estava desenvolvendo a pesquisa, houve outros assassinatos de pessoas trans na região do GBJ. A morte da jovem Sofia, de 22 anos, em um terreno próximo a avenida Osório de Paiva (Sisnando, 2022), e o assassinato de uma menina trans de 15 anos na Granja Lisboa (Diário do Nordeste, 2020).

⁵ LGBTQIAPN+ marca um posicionamento de luta, resistência e orgulho, abrangendo lésbicas (L: mulheres que se relacionam com mulheres), gays (G: homens que se relacionam com homens), bissexuais (B: pessoas que se relacionam com homens e mulheres), transexuais e travestis (T: quem passou por transição de gênero), queer (Q: pessoas que transitam entre os gêneros, como as drag queens), intersexo (I: pessoa com qualidades e características masculinas e femininas), assexuais (A: quem não sente atração sexual por quaisquer pessoas), pansexuais (P: quem se relaciona com quaisquer gêneros ou orientações/condições sexuais), não-binária (N: quem não se percebe como pertencente a um gênero exclusivamente, cuja identidade e expressão não se limitam ao masculino e feminino, estando fora do binário de gênero e da cisnormatividade) e o símbolo aditivo “+ (mais)” (+: outros grupos e variações de sexualidade e gênero)

Figura 8 : Notícia sobre o assassinato de Sofia no portal de notícia ‘O Povo’

"Todo mundo gostava muito dela, era alegre e divertida. A família está arrasada", diz parente de travesti morta

"Todo mundo gostava muito dela. Alegre, divertida. Quem sofre mais é a família, que está arrasada", diz familiar

14:17 | 11/02/2022 Autor Jéssika Sisnando Tipo Notícia



SOFIA foi morta no dia 11 de fevereiro passado; caso foi arquivado Crédito: reprodução/Vídeo

Fonte: SISNANDO, Jéssika. “Todo mundo gostava muito dela, era alegre e divertida. A família está arrasada”, diz parente de travesti morta. O POVO, Fortaleza, 11 fev. 2022.

No estado do Ceará, a violência LGBTQIAPN+fóbica tem atingido cada vez mais cedo essa população. O anuário da violência registrou o aumento de casos contra crianças e adolescentes em 2020 e 2021 (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022, 2023). O caso Keron Ravach, em janeiro de 2021, menina trans de 13 anos de idade que foi assassinada no município de Camocim, região Norte do Ceará, tornou-se a adolescente trans mais nova a ser vitimada no estado. Na Região do Cariri, duas jovens trans também foram vítimas de transfeminicídio. Luana e Pietra Valentina, de 20 e 16 anos, respectivamente, perderam suas vidas em abril de 2021 em decorrência de sua identidade de gênero.

No estado do Ceará, o risco de ser mulher é mais elevado do que na média nacional. O Atlas da violência 2020 aponta que entre os anos 2008 a 2018, o Brasil teve o aumento de 4,2% no número de assassinato de mulheres, já no Ceará o crescimento foi 278,6% neste tipo de crime letal (Cerqueira *et al.*, 2020). Durante a pandemia de covid-19, com as medidas de isolamento social, houve um aumento expressivo da violência de gênero, da violência doméstica e do feminicídio (Chagas; Oliveira; Macena, 2022; Gomes; Carvalho, 2021; Vieira; Garcia; Maciel, 2020).

A pandemia de COVID-19 aumentou a vulnerabilidade das mulheres devido ao isolamento social e à convivência prolongada de vítimas e agressores em casa. Em maio de 2020, mês de alta em número de casos de Covid-19 e com maior rigidez no isolamento social

no Ceará (Decreto nº 33.608), houve um aumento no percentual de homicídios contra mulheres (Chagas; Oliveira; Macena, 2022).

A necessidade de permanecer dentro das residências representou para algumas mulheres a continuidade de relacionamentos abusivos, violência física, psicológica e sexual, pois as vias de fuga foram diminuídas pelas restrições de locomoção durante o período pandêmico de isolamento rígido, além de dificuldade de acesso a serviços de proteção às vítimas. As mulheres sofreram mais intensamente a experiência de viver no mundo pandêmico, além da violência doméstica, houve a responsabilização social constante da figura das mulheres como cuidadoras dos enfermos, crianças, idosos e da organização familiar.

O "trabalho invisível" é uma realidade central na vida das mulheres, abarcando uma vasta gama de responsabilidades não remuneradas e muitas vezes negligenciadas, como o trabalho doméstico e o cuidado com a família. Esta carga de trabalho, que se estende para além das fronteiras do lar, se entrelaça com suas atividades profissionais, resultando na experiência de múltiplas jornadas.

Essa sobreposição de papéis desempenhados pelas mulheres pode levar à sobrecarga física e emocional, impactando negativamente sua saúde e bem-estar. A desvalorização do trabalho feminino tende a perpetuar desigualdades de gênero, tanto no âmbito doméstico quanto no mercado de trabalho. O direito previdenciário brasileiro ainda não reconhece o trabalho hercúleo das mulheres-mães enquanto contribuição previdenciária, mesmo estas estando responsabilizadas no cuidado de crianças pequenas e sem estabilidade empregatícia.

5.3.3 'Quando a casa é pequena demais para se realizar isolamento doméstico'

O estatuto das Cidades, a lei 10.257/2001, regulamenta a política urbana prevista nos artigos 182 e 183 da Constituição Federal de 1988, construindo instrumentos de reordenamento urbano nacional, respeitando o princípio ordenador da municipalização, através da elaboração de plano diretor urbano das cidades, no qual devem ser respeitadas as particularidade de cada município e com participação popular. O estatuto institui as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), presentes anteriormente em municípios como: Belo Horizonte, Recife e Diadema (Ancona, 2011).

As Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) são áreas públicas e privadas, que têm como objetivo principal a regularização urbanística e fundiária de assentamentos de baixa renda já existentes e consolidados. A criação de ZEIS representa uma estratégia para enfrentar desafios urbanos, promovendo inclusão social e proporcionando alternativas habitacionais acessíveis, com a promoção de desenvolvimento de programas habitacionais direcionados aos segmentos de interesse social e mercado popular em espaços não edificados, subutilizados ou não utilizados.

As Zonas Especiais de Fortaleza foram delimitadas e determinadas pelo Plano Diretor de Fortaleza (PDPFor-2009), Lei nº 062 de 02 de fevereiro de 2009 (Plano Diretor Participativo). O Conselho Gestor ZEIS do Bom Jardim foi instituído pelo Decreto nº 14.211, publicado em 21 de maio de 2018, e possui caráter consultivo e deliberativo na construção do Plano Integrado de Regularização Fundiária (PIRF) de Fortaleza. A existência da ZEIS do Bom Jardim, fruto da atuação comunitária da Rede DLIS do GBS, viabiliza propostas locais para o desenvolvimento e sustentabilidade do território.

No GBJ há déficit habitacional, o que se tornou uma realidade preocupante no país, de forma ampla. O levantamento da Fundação João Pinheiro aponta que o Brasil teve um déficit habitacional de 5,876 milhões de moradias em 2019, são famílias que vivem em condições precárias de habitação, seja em áreas de risco, em moradias improvisadas ou em ocupações irregulares (Fundação João Pinheiro, 2021).

As condições de moradias na Granja Lisboa são percebidas como precárias pelos informantes. As residências mais próximas a equipamentos públicos possuem melhores estruturas em comparação às residências que ficam no perímetro dos rios que cortam o bairro. *“Mas por ser um dos bairros mais pobres, de IDH mais baixo, com relação à moradia, eu percebo que é bem precário.”* (Dentista 1)

Muitas pessoas aqui trabalham e moram em ambientes insalubres, em casas alugadas perto do canal. Então, com toda essa covid dificultou muito a vida dessas pessoas dentro da nossa comunidade (ACS 3)

O bairro da Granja é repleto de problemas e precariedades, principalmente na parte de saneamento básico. Muitas casas são feitas à beira do canal e o saneamento básico fica ao léu. O canal acumula muitos dejetos. Não tinha como controlar essas pessoas na pandemia dentro de casa, sendo que muitos tinham que sair de casa para poder ter o que comer. (Agente de Endemias 3)

Com relação à moradia, tendo como base a minha microárea, uma pequena parte mora bem, outra parte tem casas que não são tão adequadas, e a outra parte é de pessoas que moram à beira do canal. São casas que elas

chegaram lá pra morar, tem casas de madeira, taipa, são pessoas com reais dificuldades. Vivem na miséria. Na maioria delas, o esgoto vai direto para o canal. O chão é batido, na rua não tem asfalto. Essa é a parte mais insalubre da minha microárea. (ACS 1).

As moradias precárias, o alto custo do aluguel e a realidade de casas pequenas são marcantes no dia-a-dia dos moradores da Granja Lisboa desde antes da pandemia. O GBJ teve um considerável aumento populacional advindo de outras áreas da cidade de Fortaleza, num movimento que eles chamam de “expulsão do povo da periferia para a periferia da periferia”. No caso, a periferia mais afastada do centro é o GBJ, o que contribui para o enquadramento da região e seus bairros com o maior número de pessoas na extrema pobreza na cidade de Fortaleza (Ribeiro, 2015, p. 260).

Muitas famílias foram obrigadas a destinar a maior parte de sua renda para pagar o aluguel de moradias pequenas e precárias, deixando poucos recursos financeiros para outras necessidades básicas, como alimentação, saúde e educação. As moradias com pequenos espaços e pouco arejadas dificultaram a realização do isolamento de sujeitos doentes.

O que eu vi no isolamento,(...) o que eles falaram também né, é que as casas são pequenas e eles tentavam fazer esse isolamento de alguma forma. Não o isolamento correto porque ele não tinha esse espaço, né. A casa pequena, onde moram muitas pessoas, mas eles de alguma forma, de maneira tentavam da maneira que era viável para eles. Eles tentavam se isolar, mas a dificuldade é pelo tamanho das propriedades. (Enfermeira 1)

Foi muito difícil, passei 31 dias isolada dentro de casa. E só morava eu e meu filho de oito anos. Eu fiquei do quarto para a cozinha e ele da sala para a cozinha. Foi muito difícil, ele não sabia o que estava acontecendo. Ele tinha que entender que não podia ter o meu abraço, meu carinho, está perto de mim, isso me causou muito sofrimento. (GFQC)

Os relatos demonstram que a estratégia de controle de transmissão do vírus através do isolamento domiciliar dos doentes não é eficiente em territórios em que as habitações são precarizadas, com pouco espaço e ventilação. O relato no GFQC de mãe solo que ficou adoecida e em isolamento com o filho, tendo grande temor em contaminar a criança, exemplifica a interseccionalidade de opressões de gênero, classe e raça na vida das mulheres da Granja Lisboa.

Outra situação observada foi a emissão de comprovantes de endereço pela unidade de saúde para os moradores mais vulnerabilizados que moram em terrenos ocupados, ainda sem demarcação de ruas, às margens do canal. A gestora da unidade destaca o aumento

dessas emissões de comprovantes durante a pandemia de covid-19. Ressaltamos que, em diversos contextos, a falta de comprovante de endereço impede o acesso a serviços básicos, desde abrir uma conta bancária a fazer matrícula dos filhos na escola. Quando a unidade básica de saúde possibilita um comprovante de residência aos moradores sem CEP, abre-se uma janela de acesso à cidadania.

Aqui se emite declaração de residência para quem não tem comprovante de residência, quem não tem água ou luz. Cresceu muito durante a pandemia, o caso de pessoas que estão morando em invasão, ou estão morando na beira do canal e não possuem água e energia, que vem aqui em busca de algum comprovante de residência. Nós da gestão não costumamos sair muito como as equipes que saem para fazer visita, mas a gente vê essa questão a partir dos comprovantes de endereço que a gente emite (Gestora 1)

Compreendemos pelo relato da gestora, que a UAPS é um dos equipamentos do estado mais próximo e sensível às mudanças da ocupação e uso do território. Seria um dado valioso para acompanhamento das ocupações: a construção de mapas a partir dos comprovantes de endereços emitidos pelo posto, sistematizando, com sensibilidade, as formas e maneiras de uso e ocupação do solo no GBJ e Granja Lisboa, assim possibilitando uma resposta urbanística mais rápida e contextualizada.

Ressalto a importância da atuação da Rede de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável do Grande Bom Jardim (Rede DLIS do GBJ) que, desde 2003, organiza-se pautando e exigindo transformações concretas na paisagem urbanística da região. Em 2019 lançaram o “Plano Popular da Zeis Bom Jardim”, um projeto elaborado pela comunidade com assessoria técnica de acadêmicos da faculdade de arquitetura da UFC, em que as intervenções idealizadas surgiram das prioridades estabelecidas pela própria comunidade. A grandeza desse plano popular está no protagonismo da participação dos moradores e na diversidade de sujeitos ativos que participaram do processo de elaboração.

***5.3.4 ‘Foi horrível na pandemia[...]* trabalhava, mas não tinha carteira assinada’**

No bairro Granja Lisboa, o comércio é uma das principais atividades que empregam um grande número de moradores, são feirantes e pequenos comerciantes. Os relatos dos entrevistados demonstraram o temor de contrair o vírus, enquanto realizavam seus trabalhos na rua, e voltarem doentes para casa, com possibilidade de contaminar suas famílias.

As medidas de lockdown durante as grandes ondas de contaminação, medida preventiva obrigatória que consistia no bloqueio total na circulação de pessoas, conduziram a uma piora nas condições de vida, pois em situações de distanciamento e isolamento, algumas formas de mal-estar são comuns, como a sensação de impotência, tédio, solidão, irritabilidade, tristeza e medos diversos (de adoecer, morrer, perder os meios de subsistência, transmitir o vírus), podendo levar a alterações de apetite e sono, a conflitos familiares e a excessos no consumo de álcool ou drogas ilícitas (Lima, 2020, p. 5). Ressalta-se que para os trabalhadores informais era inviável a execução de seus trabalhos por via remota.

No início da pandemia eu trabalhava de porta em porta, então ficou complicado porque a gente não podia mais sair, as pessoas não podiam receber ninguém, e eu não tinha mais aquela renda. Eu realmente precisei do auxílio [emergencial]. Tive ajuda de algumas instituições que deram cestas básicas e assim fui levando. (GFQC)

As atividades informais impulsionam a economia do bairro, entretanto essencialmente do contato direto entre comerciantes e clientes. As medidas de prevenção e combate a covid-19 agravaram o desemprego e a redução da renda dos moradores da Granja Lisboa. O pagamento do auxílio emergencial pelo governo federal garantiu o mínimo essencial para a sobrevivência precária das famílias mais vulnerabilizadas (Cunha, 2022).

A maioria das pessoas trabalham de forma precária, em subempregos. Não possuem carteira assinada. Os seus direitos trabalhistas não são garantidos. Temos aqui, uma grande comunidade que trabalha com confecções, que chamamos de faccionistas. Elas trabalham, muitas vezes, com carga horária de até doze horas. Muitos são jovens, mulheres jovens, tanto masculino, quanto feminino. Muita gente trabalhando com reciclagem, temos grandes reciclagens nesse bairro. Muitas mulheres diaristas, que vão trabalhar em outros bairros. Vivem de subempregos, não pagam água e energia, a maioria possui uma única renda, que se resume ao valor recebido pelo auxílio brasil. (ACS 1).

Trabalho mais informal, né. E pelo medo de contrair as doenças as pessoas tanto tinham medo de comprar, né, de sair de casa para vender; como ficou difícil: as pessoas não podia mais botar as suas feiras, não podiam mais botar as suas banquinhas nas feiras e, em consequência disso, faltou o dinheiro, né, para se comprar alimentação. (ACS 3)

Durante o período de pandemia, devido ao fato das pessoas não poderem trabalhar. Na área em que nós atuamos, tem muitas pessoas feirantes, pessoas que trabalham de forma autônoma. Precisavam se direcionar para ir em busca do seu serviço e durante o período da pandemia, por uma questão de segurança, não puderam ir. Muitas pessoas que tanto na questão alimentar, como na questão da própria moradia, aqueles que trabalham em casa casa alugada, realmente passaram por um momento muito difícil.(ACS 2)

A maioria dos trabalhadores atua no mercado informal na periferia de Fortaleza: realizando pequenos “bicos”, vendendo alimentos em feiras, trabalhando em bares e restaurantes locais, nas fábricas de confecção e centros de reciclagem de materiais. Achados corroborado por dados presentes no Plano Diretor de Fortaleza que aponta para predominância de trabalhos informais nas regiões periféricas na cidade, sendo destacadas as regionais 5, 10, 8, 9 e 6 (anexo1) (Prefeitura de Fortaleza, 2023).

O isolamento social para trabalhadores informais e autônomos significou a perda da renda e o comprometimento da sobrevivência de suas famílias. Apesar do auxílio emergencial ser uma importante fonte de renda para muitas famílias neste momento, o valor é insuficiente e não esteve acessível para todos que necessitavam. Portanto, os moradores de periferia sem trabalho formal e/ou desempregados tiveram que romper o isolamento e se expuseram em busca de garantir a sobrevivência de suas famílias.

O governo federal criou uma linha de crédito de R\$ 34 bilhões para garantir o pagamento dos salários em empresas com receita anual entre R\$ 360 mil e R\$ 10 milhões durante a pandemia do coronavírus, o Programa Emergencial de Suporte a Empregos é destinado a empresários, sociedades e cooperativas (Brasil, 2020). No caso, trabalhadores formais tiveram melhores condições para passarem pela crise da pandemia, já trabalhadores informais ficaram dependendo do acesso ao auxílio emergencial.

As condições de trabalho se agravaram também para trabalhadores formais, em outros aspectos. Os relatos apontam que alguns moradores perderam o acesso aos planos de saúde privados vinculados ao seu empregos, pois muitos foram demitidos durante a pandemia. Conseqüentemente, migraram para o atendimento do serviço público de saúde. Percebemos que o sistema de saúde, que já vivia um processo histórico de desfinanciamento, teve que lidar com aumento do número de usuários que migram do serviço privado para o serviço público.

Nesta pandemia, que muita gente perdeu emprego, tinha um plano de saúde que era agregado ao emprego. Hoje em dia o valor dos planos de saúde estão cada vez mais altos. Muita gente que tinha plano migraram para a rede do SUS, devido às condições e à falta de trabalho. (Médico)

O aumento do desemprego e a falta de perspectivas de inserção no mercado de trabalho é um fator deletério para as juventude periféricas. A falta de políticas públicas voltadas à empregabilidade de jovens e sua manutenção no mercado de trabalho formal, abre margem à cooptação desses jovens pela criminalidade e ao aliciamentos por organizações criminosas.

Foi horrível [na pandemia], meu marido trabalhava, mas não tinha carteira assinada. Passamos por umas dificuldades muito grandes. Muitos amigos me ajudaram, porque a gente não podia sair, não podia trabalhar. (GFQC)

Eu vejo que boa parte da população são de pessoas carentes. Em relação ao trabalho, muitos jovens estão ociosos, ficam desocupados, sem fazer nada e estão predispostos a se envolver com o crime organizado, que justamente em áreas como essa, há muita divisão e disputa. Então, os jovens que estão sem estudo, sem trabalho, sem perspectiva de procurar resolver alguma atividade, estão indo para esse lado da criminalidade. (Agente de Endemias 2).

A reforma trabalhista promovida pela Lei nº 13.467/17 (Brasil, 2017a) representou um avanço do neoliberalismo com diminuição de direitos anteriormente garantidos. Com a regulação da modalidade de trabalho ‘intermitente’, o trabalhador deixa de ter garantido a um salário fixo mensal e uma jornada fixa, passando a ter sua jornada de trabalho flexível e os seus ganhos passam a depender da necessidade do empregador. Esse novo cenário de regulação trabalhista tornou mais frágil as condições de negociação das demandas dos trabalhadores frente à classe patronal, o que se refletiu na saúde das pessoas deste estudo.

5.3.5 Sistema de Saúde e o território da Granja Lisboa

No marco conceitual da CDSS, o sistema de saúde é apresentado como um determinante intermediário da saúde, apresentando-se o acesso aos serviços e práticas de saúde como a principal fragilidade dos sistemas de saúde pelo mundo. Os enunciados apresentados no marco conceitual de Solar & Irwin (2010) incorporam as definições de responsabilidades que os sistemas de saúde deveriam possuir, enunciados no modelo de DSS Whitehead (1995), que as enumera: 1- assegurar que os recursos sejam distribuídos entre as áreas em relação à necessidade; 2 - responder apropriadamente às necessidades de cuidados de saúde dos diferentes grupos sociais; 3 - liderar esforços mais amplos e estratégicos para desenvolver políticas públicas “saudáveis” ao nível nacional e local e promover equidade em saúde e justiça social (Borde, 2014; Dahlgren; Whitehead, 1991; Solar; Irwin, 2010; Whitehead; Judge; Benzeval, 1995).

Sistemas de Saúde (SS) correspondem às políticas públicas executadas pelo estado para regulamentar o setor saúde de um país, que congrega a administração e organização e instituições que ofertam serviços de assistência médica e sanitária, na busca de efetivar meios adequados para atender os indivíduos doentes e/ou enfermos que necessitem de

assistência. Portanto, o sistema de saúde tem o intuito de garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos (Serapioni; Tesser, 2020). Na granja Lisboa, a atuação dos sistema de saúde é percebida pelos participantes, entretanto são apontadas carências na execução da assistência.

O SUS procura atender o máximo possível de pessoas aqui na granja Lisboa. Por exemplo, esta área do [UAPS] Guarani, no meu ponto de vista, eu acho que o posto está saturado. Atende uma área muito grande e não possui uma estrutura preparada para atender essa quantidade de pessoas. Mas, na medida possível, os servidores dão o máximo, para atender a população. Só que poderia ser bem melhor. (Agente de endemias 1).

“Doutora, eu tô com esse dente quebrado, não posso pagar”. Então, fazemos aqui, os procedimentos que têm que ser feitos no posto, se precisar de um canal ou extração, nós fazemos o encaminhamento e tudo isso envolve o SUS. (Dentista 2).

Eu dependia bastante do SUS. Algumas vezes funciona legal, mas sabemos que tem falhas, e das grandes. Já cheguei na UPA algumas vezes, e fiquei muito triste, mas já houve vezes que eu cheguei e fui atendido rápido (GFQC).

Estudo avaliativo realizado a partir da perspectiva dos usuários adultos sobre a qualidade da APS em Fortaleza apontou para baixa acessibilidade, para queixas agudas e consultas de demanda espontânea, falta de acesso em horários noturnos e fins de semana, pouco acesso a informações por vias não presenciais, burocracia e longo tempo para agendamento de consultas, rigidez de agendas, baixo vínculo longitudinal entre usuários e equipes de saúde, falta de abordagem integral dos indivíduos durante a assistência, cuidado pouco centrado na pessoa, falhas na comunicação informacional e integração com outros níveis e redes de assistência, barreiras de acesso à atenção especializada, baixa oferta e diversidade de serviços resolutivos nas unidades de saúde, pequena inserção comunitária das ações das equipes de saúde, falta de orientação familiar e baixa participação dos usuários no controle social (Costa *et al.*, 2021, p. 2088). A percepção manifestada pelos participantes no grupo focal sobre a qualidade dos serviços prestados pela UAPS Guarany Mont'Alverne, e pela equipe da ESF foram positivas, os moradores afirmaram que os atendimentos do posto tem qualidade.

Graças a Deus, tudo que eu quero tem no posto, até hoje eu não tenho que falar. Eu prefiro ir para o posto, consultar meus filhos, do que ir para a UPA. Quando eu não posso ir, eu peço a ACS, tudo ela consegue para mim. Consegue tudo que eu preciso. Não tenho o que falar do posto (GFQC).

Os usuários relataram preferência pelo o atendimento na UAPS Guarany Mont'alverne, em comparação a UPA do Bom Jardim, isso devido a intimidade e o vínculo presente na relação entre as ACS e os usuários fortalecem a construção das redes de apoio e cuidado comunitário, com atuação exitosa da equipe da ESF. Os relatos exemplificam boas experiências na utilização dos serviços do posto.

Em 1997, houve o início da implantação do PSF em Fortaleza, destaco que os ACS que estão atuando na UAPS Guarany Mont'alverne foram contratados por concurso público realizado em 2006 (Diário de Campo). Este concurso foi realizado para o provimento de 460 equipes de Saúde da Família (eSF). Durante as visitas para realização das atividades de campo, tive a oportunidade de vivenciar momentos de afetos e respeito muito valorosos entre ACS e usuários, foi através da gentileza e senso de coletividade de uma das ACS, que me auxiliou na organização do grupo focal no espaço Quintal Cultural e conseguimos mobilizar a participação da comunidade para essa atividade.

Para discutirmos a influência do SUS no bairro da Granja Lisboa, é necessário pontuar o processo histórico de formulação dos sistemas de saúde nacionais pelo mundo e suas contribuições ao modelo brasileiro. Considerando que cada sociedade possui processos e arranjos distintos de organização social, é necessário explicitar que a categoria “sistema de saúde” no contexto do marco conceitual de DSS refere-se a um modelo de sociedade inscrita no paradigma de estado moderno ocidental, distinto dos paradigmas de cuidado presente entre diversas culturas originárias.

A modernidade é uma narrativa de compreensão de ‘mundo’ alicerçada nos ideais europeus que tem a figura do estado como um de seus componentes fundadores. No momento de sua consolidação primária, a estrutura feudal, marcada pela dinâmica de senhores e servos, em territórios espaçados, transmuta-se e passa a assumir aspectos de estado territorial concentrado, delimitado e unitário, por meio da racionalização da gestão do poder e da própria organização política imposta pela evolução das condições históricas materiais (Elias, 2004, p. 42). A unificação de diversos principados e territórios na estrutura de divisão moderna sobre estados-nação soberanos é uma alteração crucial na dinâmica história do poder sobre a dimensão coletiva da vida, sobretudo a sua regulação, que acarreta em consequências de longo alcance.

Durante os séculos XV ao XIX, foi estabelecida a ordem capitalista na Europa, na qual a saúde passou a ser objeto da intervenção estatal por meio de políticas públicas (Foucault, 2010). Esse processo histórico é marcado pela transição da lógica territorial, caracterizada pela força de trabalho do cuidado e assistência em saúde materializada a partir da construção simbólica e vivencial já existente nos feudos, para uma lógica setorial, baseada na formação das categorias profissionais dissociadas do território, manifestada nas corporações profissionais e nas relações sociais originadas por elas, algo que impera a partir do século XIX.

Portanto, centralização e unificação do poder do estado, expressa-se no monopólio da força legítima, no poder de repressão e controle social, a partir da dimensão propriamente política do Estado para além de seu aspecto geográfico, organizativo e funcional. Portanto, o estado-moderno alicerça-se sobre a conformação de forças históricas (Weber, 1980). O estado expressa relações de poder entre interesses sociais conflitantes, configurado nos papéis da burguesia e do proletariado (Marx, 1970, p. 134).

Compreender as diferentes abordagens sobre a figura e lógicas internas do estado mostra-se importante para descrever aspectos sociopolíticos que fundamentam diretamente as diferentes formulação e operação dos sistemas de saúde. No âmbito do campo da saúde pública, recorre-se a tipologia de Sistemas de Saúde (SS) para discernir o contexto institucional dos cuidados de saúde e exemplificar as políticas de saúde em distintos países. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) realizou um dos primeiros estudos comparativos sobre SS que investigou os tipos de financiamento do setor saúde e as diferenças nas prestações de serviços, sendo apresentado três protótipos de SS (OECD, 1987).

O primeiro é o modelo Beveridge, representado pelo National Health Service (NHS), criado em 1948 no Reino Unido, com cobertura universal, financiamento proveniente dos impostos gerais e prestação pública da atenção à saúde. Reflete a aplicação da filosofia *welfare state*, que articula políticas de estado de aspecto assistencialista e intervencionista a fim de garantir os direitos sociais universais dos cidadãos. Destaca-se que a expansão de direitos sociais dentro de países do eixo central do capitalismo está atrelado ao temor das elites burguesas locais na ocorrência de levantes populares em busca de transformações

estruturais, inspirados nas revoluções comunistas. Portanto, a implantação de direitos sociais no capitalismo ocorreram para refrear a insatisfação dos populares.

Na década de 1970 ocorre uma das crises sistêmica do capitalismo, que direciona a reestruturação da cadeia produtiva, o aumento da participação do capital financeiro na economia global e configura novas políticas neoliberais. Nos anos 1980, políticos de direita representada por Ronald Reagan nos Estados Unidos da América (EUA) e por Margaret Thatcher na Inglaterra impulsionam políticas pró-mercado e pró-setor privado, reduzindo o tamanho e atuação do estado no desenvolvimento das políticas sociais e dos sistemas de proteção. As reformas no NHS, desde 1980, têm aprofundado aspectos liberais e distorcem o caráter equitativo do modelo (Paim, 2019, p. 19).

O segundo modelo é chamado de bismarckiano, advindo da Alemanha, é um protótipo de SS caracterizado pela existência dos seguros sociais obrigatórios, cobertura universal e financiamento promovido por empregadores e empregados, por intermédio de fundos de seguros sem fins lucrativos, e os cuidados podem ser prestados por serviços públicos ou privados. Em termos históricos, sua origem remonta à Alemanha de Bismarck, nos anos 80 do século XIX, é fruto de reforma do estado alemão promovida por conservadores e católicos a fim de conter a insatisfação dos correntes comunistas e anarquistas na política nacional. O modelo é um sistema de proteção social corporativista e meritocrático, pois estruturado nas Caixas, sendo organizações por categoria profissional que provêm assistência médica de acordo com sua capacidade financeira, o que se traduzia em segmentação e em diferenciação dos cuidados prestados.

No terceiro, denominado de modelo Adam Smith presente no EUA, na Holanda e na Suíça, é orientado para o mercado, ‘residual’ ou do livre mercado, é marcado pela presença de seguros privados financiados pelas contribuições voluntárias de indivíduos e empregadores, e pelas prestações de cuidados de saúde predominantemente no setor privado (OECD, 1987; Serapioni; Tesser, 2020).

O Affordable Care Act (ACA), conhecido como Obamacare, foi implementado nos EUA a partir de janeiro de 2014, a lei estabeleceu a obrigação de que todos os residentes no país adquirissem um seguro de saúde. A população de baixa renda que não se qualificam para o *Medicaid* (programa de seguros de saúde instituído por Lyndon Johnson (1965) em favor de algumas categorias de pobres, e outro programa federal, o *Medicare* em favor de

algumas categorias de idosos) têm direito a um subsídio parcial do governo federal e estadual. No entanto, devido à implementação da lei depende da decisão de cada estado, o que provoca distorções sobre a abrangência e tipos de serviços ofertados em nível nacional (Serapioni; Tesser, 2020).

Além dos modelos identificados pela OCDE, destaca-se também o modelo Semashko implementado na União Soviética (URSS) após Revolução de 1917, e nos países do Leste Europeu que integravam o Pacto de Varsóvia (1955), sendo um modelo alicerçado na ‘Medicina Socializada’, que representa um sistema centralizado, que busca a garantir acesso universal, sendo integralmente financiado pelo Estado (Marques; Piola; Roa, 2016).

Atualmente, nos países da Europa do Leste foram introduzidos sistemas de saúde do tipo seguro (Bismarckiano). A Federação Russa possui modelo de assistência à saúde pública e universal, financiado por impostos, mas condicionada a um programa básico previamente definido. Para o acesso a serviço de média e alta complexidade, por exemplo, é necessário estar vinculado a um seguro de saúde voluntário. Cuba ainda segue o modelo Semashko, enquanto uma sociedade socialista em que não há a possibilidade do desenvolvimento de um setor privado, sendo a assistência à saúde institucional totalmente estatal (Marques; Piola; Roa, 2016; Serapioni; Tesser, 2020).

Diversos autores apontam o caráter misto ou segmentado do SS brasileiro, apresentando influência de modelos distintos (Bahia, 2008, 2009; Campos, 2007; Mendes, 1993; Menicucci, 2008; Ocké-Reis, 2000, 2018). Do modelo smithiano, o SS brasileiro incorpora a presença de seguros privados, no qual o segurado voluntariamente paga o seguro (um plano de saúde privado) que assume o risco da doença, reembolsando o segurado pelas despesas de médicos, consultas, internações, etc. A pessoa pode escolher ‘livremente’ no mercado tanto o seguro como os prestadores (médicos, hospitais e laboratórios). Isso significa que a cobertura dos serviços é desigual e baseada no rendimento das pessoas. As empresas de seguro estabelecem estratégias de expansão de lucros: estabelecem prêmios de seguro de acordo com os níveis de risco do segurado, sua idade, estado de saúde etc.

O modelo Bismarckiano influenciou no Brasil a instalação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, que tornaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no governo Vargas e assumiram caráter nacional com participação do estado, o que mais tarde viria a se tornar uma das raízes do SUS. A criação do Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS) foi sucedida pela expansão dos serviços hospitalares através de investimentos públicos para estruturação de serviços, posteriormente a fim de contratar os serviços destes. Com o advento do SUS, o setor privado continuou sendo financiado por trabalhadores mais bem remunerados e camadas médias de população através de contratação de seguros individuais ou corporativos.

A esse respeito, Campos (2007, p. 1867) aponta a disputa de dois projetos sanitários para a política de saúde no Brasil, representado nas polaridades dos ‘sistemas nacionais de saúde’ e da ‘velha alternativa liberal-privatista’. Em geral, o lado liberal-privatista congrega prestadores privados, médicos e outros profissionais, sendo formuladores intelectuais principalmente das formas concretas de organização da atenção e da oferta de serviços. Por sua vez, a tradição dos sistemas nacionais é composta pela articulação histórica dos trabalhadores e movimentos populares na construção de políticas públicas de cunho social. O autor ainda formula que o SUS seria quase um híbrido entre estas duas tradições, questionando se tal hibridez ainda é necessária, se esta hibridez não retiraria a potência de transformação social do SUS, o impedindo de se estabelecer enquanto único, singular.

A nomenclatura ‘plano de saúde’, utilizado pelas empresas de seguros privados no Brasil, refere-se a um conjunto de serviços e procedimentos em assistência clínica pré-estabelecidos no momento de contratação do seguro, que difere drasticamente da noção de planos de saúde estabelecidos no modelo Shemashko (Soviético), que referia-se a política de planificação quinquenal do setor saúde. No caso, os planos de saúde brasileiros não representam um planejamento sobre a assistência médica, e sim uma caderneta de serviços.

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das grandes vitórias do povo brasileiro para a construção de um projeto de cidadania nacional pautado na dignidade e no ideário político da solidariedade social, que está manifesto nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do sistema brasileiro, aspectos influenciados pelo modelo Beveridge (público).

Paim (2018) analisa a trajetória de 30 anos do SUS e afirma que o estado brasileiro através dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS. Enfrentando problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e

partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa. A insuficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde também comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Foram anos de lutas para chegarmos onde chegamos, com relação ao SUS. Antes do SUS era o Inamps, eu ainda peguei essa época. O pai tinha que trabalhar de carteira assinada, para o filho ser consultado. Eu tinha uma carteirinha do Inamps, junto com meus irmãos. Mas eu tinha um vizinho que não tinha. Esse mesmo vizinho não tinha o direito de ir ao posto. Portanto, nós temos que lutar muito para o SUS continuar. O SUS é muito boicotado por essas empresas e por esses deputados empresários. Nós temos que fazer de tudo para mantermos os nossos direitos (GFQC).

A fala dessa moradora no grupo focal foi emblemática, pois remete às lembranças dela de infância, quando utilizava a assistência à saúde via Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) atrelado a uso da ‘carteirinha’ da previdência social vinculada ao trabalho formal de seu pai, a moradora compreende que o modelo de assistência do SUS foi uma avanço para a população. Destaca-se o imperativo da fala dela em ressaltar o SUS enquanto um direito conquistado e que deve ser defendido dos interesses de ‘empresas e por esses deputados empresários’, das políticas neoliberais pró-mercado e setor privado.

Nós utilizamos muito SUS, né. Em tudo. Porque na unidade [de saúde], a gente vê desde distribuição de medicamentos, vacina, a consulta. Tudo, querendo ou não, é SUS, é público. Eu acredito que o SUS, hoje, é de uma importância muito grande. E graças ao SUS nós conseguimos sair dessa pandemia. Sem mais perdas, do que nós tivemos (Enfermeira 1).

Eu acredito que o SUS é muito importante. Porque para a maioria das pessoas é o único acesso à saúde, ao dentista, ao médico. Praticamente toda a população do bairro passa aqui pelo atendimento do posto. A maioria da população do bairro depende do SUS (Dentista 1).

Para mim sempre foi bom [atendimento no posto]. Minhas filhas são acompanhadas, sempre que elas precisam elas são bem atendidas. Uma delas ficou gripada recentemente, precisei levar ela no posto, ela foi bem atendida, o tratamento foi em casa (GFQC).

Os participantes quando questionados sobre a influência do SUS no cotidiano do bairro destacaram a grande importância dos serviços públicos de saúde e expressaram diversas compreensões sobre o sistema. A maioria dos moradores utilizam exclusivamente os serviços do SUS para a assistência à saúde, fato justificado devido a presença expressiva de

uma população pobre e de renda baixa no território, situação corroborada pelo relatório ‘Perfil Municipal de Fortaleza - O Mapa da Extrema Pobreza’ que apresenta a distribuição espacial da pobreza em termos absolutos, e posicionava a Granja Lisboa na 3º posição da lista, com 4.949 pessoas em situação de extrema pobreza. Em 1º lugar aparece o bairro Conjunto Palmeiras com 6.277 pessoas, seguido do Jangurussu 5.511 pessoas (IPECE, 2012, p. 6).

A dependência dos serviços públicos (educação, saúde e previdência) para garantia da sua possibilidade de viver em bairros periféricos produz um imaginário do SUS enquanto um serviço para pobre, e mascara as conexões entre o público e o privado. Bahia (2008) argumenta que o uso das expressões ‘pagantes’, ‘SUS não dependente’ para refere ao usuários de planos privados, ‘não pagantes’, ‘SUS dependente’ para usuários que utilizam exclusivamente os serviços público, representa categorias descritiva. Entretanto ao focalizar na individualização da escolha/possibilidade de acesso, oculta as interfaces de financiamento público-privado, ressaltando que o setor privado recebe grandes montantes de financiamento pelo estado brasileiro.

O acesso a serviços médico hospitalares é garantido exclusivamente pelo SUS a 71,5% da população (IBGE, 2021a). Entretanto, a população que possui acesso ao sistema privado, através de plano de saúde ou pelo desembolso direto de pagamentos, utiliza a rede pública para acesso a ações de saúde pública (programa de imunização), para procedimentos mais complexos (assistência oncológicos e transplantes) e de maior custo (medicamentos de alto custo) e em situações de urgência e/ou emergência (Marques; Piola; Roa, 2016, p. 103).

5.4 Determinantes Estruturais da Saúde percebidos pelos atores sociais da Granja Lisboa durante a pandemia de Covid-19

Os determinantes estruturais são mecanismos responsáveis por criar e fortalecer hierarquias sociais de poder, prestígio e acesso a recursos por meio da educação, trabalho e renda. Apresentam impacto na equidade em saúde e no bem-estar através da sua ação sobre os determinantes intermediários (Borde; Hernández-Álvarez; Porto, 2015).

No modelo de DSS proposto por Solar e Irwin (2010) os determinantes estruturais estão categorizados em contexto socioeconômico e político que engloba elementos como: 1 - governança; 2 - políticas macroeconômicas; 3 - políticas sociais que afetam o emprego, bem-estar social, posse da terra; 4 - Políticas públicas no campo da educação, saúde, proteção

social; 5 - Cultura e valores sociais, que influenciam e são influenciados pela estrutura social, o conjunto das categorias 'posição socioeconômica', 'classe social', 'gênero', 'etnia (racismo)' e 'educação, ocupação e renda'.

Na sessão 'Correlações entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a pandemia de Covid-19' comentamos sobre as críticas em relação à abordagem dos DSS que destaca as insuficiências da abordagem como reflexo das lacunas nas bases e princípios epistemológicos da epidemiologia dominante, que imprime no processo de análise o causalismo, que reduz os processos de determinação ao princípio causal, reduzindo o horizonte de compreensão e atuação a (conjuntos de) fatores descontextualizados. Apontam a ausência de uma teoria crítica da sociedade e uma teorização fragmentada das categorias definidoras do conjunto e da lógica dos determinantes estruturais. A categoria "raça/etnia", é apontada como a categoria teórica menos desenvolvida e mais problemática na proposta da CDSS (Borde, 2014, p. 106). Para a construção das categorias de análises dos determinantes estruturais percebidos nos relatos dos participantes, buscamos evidenciar a centralidade histórica e materialista do processo de racialização dos povos negros e originários, e as implicações desse processo através de uma perspectiva interseccionalizada das matrizes de opressão sistêmica.

5.4.1 'Interseccionalidade entre raça, classe e gênero na Granja Lisboa'

A jurista afro-americana Kimberlé W. Crenshaw foi a primeira a utilizar o termo 'interseccionalidade' para enquadrar a interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe, sendo uma herança do Black Feminism (Crenshaw, 1989). A categoria interseccionalidade, na perspectiva de Crenshaw, focaliza nas intersecções da raça e do gênero como centrais do processo, e aborda periféricamente as dimensões sobre classe e sexualidade, sendo uma estratégia para contribuir na estruturação de suas experiências em torno das mulheres negras em diáspora.

A interseccionalidade é uma proposta que considera as múltiplas fontes da 'identidade', não tendo a pretensão de "propor uma nova teoria globalizante da identidade". Crenshaw propõe a subdivisão em duas categorias: 1. A "interseccionalidade estrutural" - posição das mulheres de cor na intersecção da raça e do gênero e as consequências sobre a experiência da violência conjugal e do estupro, e as formas de resposta a tais violências; e 2.

A "interseccionalidade política" - políticas feministas e as políticas antirracistas que têm como consequência a marginalização da questão da violência em relação às mulheres de cor (Crenshaw, 1989, 1991; Hirata, 2014).

A inserção da categoria interseccionalidade dentro das formulações sobre teoria social e participação política proporciona o avanço do debate para além das teorizações restritas às relações de classes e poder econômico e possibilita a visibilidade de sujeitas (mulheres negras) que historicamente sustentam e estão submetidas às pirâmides de hierarquia social, a um espaço de vocalização e construção política a partir das suas próprias pautas.

Ao reconhecer que as identidades individuais são moldadas por múltiplos fatores interligados, a interseccionalidade destaca a importância de considerar todas essas dimensões ao analisar questões sociais e políticas. Por exemplo, uma mulher negra pode enfrentar formas únicas de discriminação que não são apenas baseadas em gênero ou raça separadamente, mas na interseção dessas identidades, resultando em experiências únicas de marginalização e exclusão.

No decorrer da pesquisa, tive a oportunidade de conhecer trabalhadoras do UAPS, algumas usuárias da UAPS, as mulheres e mães atendidas pelo CCBJ e pelo Quintal Cultural, constatando na vivência, o que os dados do IBGE (2010) já descreviam, que a maioria dos moradores do bairro são mulheres pardas e pretas. E estas mulheres estão inseridas em processo de invisibilização sistêmica, sufocadas por rotinas de trabalho e cuidado familiar. A maioria dos problemas elencados dentro dos DSS foram enunciados por mulheres.

Os dados iniciais do universo amostral do censo 2022 apontam que aproximadamente 92,1 milhões de pessoas se declararam pardas, o equivalente a 45,3% da população brasileira. Desde 1991, o agrupamento de pessoas pardas não supera a população branca, que chegou a 88,2 milhões (ou 43,5% da população do país). Outras 20,6 milhões se declaram pretas (10,2%), enquanto 1,7 milhões se declararam indígenas (0,8%) e 850,1 mil se declaram amarelas (0,4%) (IBGE, 2023). Autores já apontavam para o crescimento da autodeclaração de pessoas pretas e pardas nas últimas décadas, devido ao processo de valorização das identidades negras e originárias (Cardoso, 2022; Oliveira, 2021).

A autodeclaração parda representa uma multiplicidade de compreensões possíveis. Segundo o IBGE (2010), a pessoa parda é aquela considerada mestiça, ou seja, que possui uma mistura acentuada de duas ou mais raças, no caso, brancos, pretos e indígenas.

Entretanto, a partir do estatuto da igualdade racial, o pardo se refere a quem se declara pardo e possui miscigenação de raças com predomínio de traços negros (Brasil, 2010).

O quesito “cor” foi inicialmente investigado a partir do primeiro recenseamento em 1872, durante o Brasil Império, a pesquisa perguntava se o entrevistado era “livre” ou “escravo”. Destaca-se que nos anos de 1880, 1910 e 1930 não foi realizada nenhuma operação censitária no país e que nos anos de 1900, 1920 e 1970 o quesito de “cor ou raça” não foi pesquisado. A categoria “mestiça”, que substitui a categoria “parda” em 1890, visava captar a ascendência ou origem racial de pessoas que descendiam de uniões entre pretos e brancos e a categoria “cabocla”: as pessoas que tinham ascendentes brancos e indígenas, pertencimentos étnico-raciais que passaram a ser abrigados sob a categoria “parda” a partir de 1940.

A categoria “amarela” foi introduzida em 1940 na investigação, tendo a categoria “índia” sido introduzida em 1960 para pessoas que viviam em aldeamentos ou postos indígenas.

Após a promulgação da CF/88, os povos originários, através de intensa luta e reivindicação, conseguiram incluir a categoria indígena, sendo investigada conjuntamente denominação e idioma desses povos. Portanto, a partir do censo 1991, o quesito passou a se denominar “cor ou raça”, não só pela inclusão da investigação da população indígena, como também pela compreensão de que a classificação estabelecida nas categorias da pergunta ia muito além da cor da pele e do fenótipo, envolvendo múltiplos critérios de pertencimento identitário. A classificação em branca, preta, amarela e parda se estabiliza na pergunta até 1991, quando a categoria “indígena” é acrescentada, mantendo-se as demais categorias. Etnia e língua passaram a ser investigados em 2010 para a população indígena, declarada pelos quesitos de cor ou raça e se considera indígena.

No universo amostral do censo 2022, a cidade de Fortaleza está listada no 3º lugar no *ranking* nacional, em termos de quantidade total de pessoas autodeclaradas pardas. Os estados que registraram as maiores proporções de populações pardas foram: Amazonas com 2.711.618 pessoas autodeclaradas pardas e Pará com 5.673.446 pessoas autodeclaradas pardas. O relatório de análise de dados do próprio IBGE aponta que o número elevado de pessoas autodeclaradas pardas está relacionado à inclusão de sujeitos descendentes de povos indígenas que estão em processo de assimilação urbana e/ou desvinculação de territórios indígenas tradicionais.

Em 2017, foi publicada a Portaria nº 344 de 1º de fevereiro, que tornou obrigatória a coleta e preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entretanto a efetividade de preenchimento adequado dos formulários permanece com dificuldades. Nas entrevistas deste estudo, foi abordada a compreensão dos sujeitos sobre as categorias raciais utilizadas pelo IBGE e pelo formulário de informação dos serviços de saúde. Algumas pessoas compreendem bem as categorias expostas, relacionam com o processo histórico brasileiro, pontuando sobre o racismo e a miscigenação.

Temos conhecimento de quem é pardo, negro, branco... A maioria das pessoas que atendemos são negras. Então, é uma população que historicamente é desassistida e culturalmente têm mais dificuldade de acesso à educação, saúde e outros serviços. No mais, cria aquele preconceito em cima da pessoa negra. Mas, isso nós sabemos que é uma questão histórica. Quando houve uma libertação dos escravos que foram jogados ao léu, formando as primeiras favelas. Sempre existe a dificuldade de acesso à educação, e a escola. No decorrer do tempo, o negro ainda continua sendo a pessoa que tem mais dificuldade de acessos. Com relação aos indígenas, houve o etnocídio, que foi a morte da cultura deles. Demarcação muito reduzida de áreas indígenas, eles têm uma assistência bastante reduzida, bem como na educação, saúde e benefícios (Agente de Endemias 2).

Eu acho que não é só cor, né?! Eu já vi muitos comentários de pessoas falando que não são pretos na cor, mas que se consideram, eu acho que é muito mais além disso. Eu já ouvi muitos comentários racistas, como: “ah, a pessoa é parda, e se coloca como negro”. Mas eu sei que não é só a cor, depende da família, de ancestrais e se a pessoa se considera realmente preta. Eu sou branca, eu me considero branca, também porque toda a minha família é branca (Dentista 1).

No primeiro enunciado, estão elencados alguns DSS vividos no bairro da Granja Lisboa como as dificuldades para o acesso à saúde, educação, e a regularização fundiária. Além disso, reconhece que o bairro possui uma população majoritariamente negra. Simboliza o espaço da favela como local de desalento onde ‘escravos que foram jogados ao léu (sic)’, o que remete a própria discussão de periferização e segregação racial residencial (Williams; Collins, 2001). O segundo enunciado apresenta tensionamentos importantes sobre o quesito ‘raça/cor’, pois refuta a lógica de que a identidade racial seria somente a dimensão sobre a pigmentação da pele, e elabora sobre as relações familiares e os vínculos de ancestralidade.

Realmente, tem esses quesitos [autodeclaração racial] que a pessoa fica até sem saber o que colocar. Esses critérios de análise, como diferenciar o pardo, do preto, do amarelo, isso pra mim ainda é confuso. Não saberia te explicar. Eu não pego muitos formulários que trazem essa questão de cor. Mas no preenchimento do formulário de notificação da covid-19 sim,

aparecia com frequência. O que acontece, é que normalmente essas pessoas já são cadastrada aqui e já vem com a classificação e a gente só colocava na ficha de atendimento. O sistema já puxava essas informações. Já existe um cadastro prévio. É o caso em que a gente pegou que havia mais notificação que a gente preenchia. Têm outras notificações que normalmente é mais um enfermeiro que preenche, aí eu não tenho muito contato com essas fichas (médico).

Geralmente, a pessoa para quem se pergunta [quesito raça/cor] tem dificuldade de compreender. Todas as vezes as pessoas questionam: “O que é pardo”. Aí, você tem que explicar para ela cada uma [das categorias raciais], para ela poder dizer o que ela se acha. Então, eu acredito que não é muito claro para as pessoas (enfermeira 1)

As respostas apontam a dificuldade que estes profissionais encontram quando abordam com seus pacientes sobre o quesito raça/cor, presentes nos formulários de atendimento, gerando dúvidas para os profissionais e usuários sobre as categorias raciais. O questionamento sobre ‘o que é pardo’ revela que a população desconhece as definições propostas pelo IBGE (2010) e pelo Estatuto da Igualdade Racial (2010). Este desconhecimento é consequência da falta de uma educação anti racista e emancipadora.

A ocorrência do quesito ‘raça/cor’ foi percebida pelo médico somente no formulário de acompanhamento de caso suspeito de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). O médico justificou que não preenchia outras notificações que aparecem no quesito, pois seria uma das atividades realizada pelo/a enfermeira.

A definição da categoria amarela do quesito raça/cor representou uma dificuldade relatada para alguns participantes. O relatório inicial sobre raça/cor do Censo 2022, aponta que houve o aumento de pessoas que se declararam amarelas e sem origem oriental, reforçando a hipótese de que os informantes estavam utilizando a categoria de maneira dissociada da definição proposta pelo IBGE

Eu acho que cada pessoa tem o direito de se auto declarar. Vamos supor, eu posso me considerar negra, por conta das minhas origens, então cada pessoa tem o direito de se autodeclarar da forma que quiser por conta da sua vivência, das suas origens, da sua vida. Eu acho que pardo é uma cor entre o branco e o amarelo. Branco é aquela pessoa bem branquinha, creio eu, sendo bem geral. Amarelo eu não sei explicar e preto é uma pessoa negra. (gestora 1)

Essa fala demonstra o desconhecimento sobre as definições estabelecidas pelo IBGE para as categorias raciais, e apresenta uma lógica para quesito raça/cor conforme fosse uma paleta de cores segundo o espectro da luz, excluído a dimensão das identidades culturais, como marcador racial. Outra fala interessante foi a resposta do enfermeiro:

Enfermeiro 2: Eu vou falar por mim, eu não tenho esse negócio de preconceito racial. Aqui no nosso trabalho do dia a dia, eu sei que temos por obrigação perguntar: “Qual é a sua raça?”, “Qual é a sua cor?”, quem tem que dizer isso é o próprio paciente. Mas eu olho para a pessoa e vejo que ela é branca, morena, preta, parda, uma coisa assim, sabe? Mas eu não tenho nenhum preconceito, nada, absolutamente nada contra nenhuma coisa do tipo racial.

Cardoza Santos: Eu entendi. Mas uma coisa que é muito comum é as pessoas terem dúvida com o termo amarelo, que são pessoas com ascendência asiática, segundo IBGE. Existe um problema, que as pessoas associam essas palavras ao sentido literal da cor e aí fica essa confusão, será se eu estou falando da cor de pele ou da ancestralidade da pessoa. Esse lugar da dualidade, o que será exatamente que a pessoa está entendendo? No caso, essa pergunta não é sobre preconceito racial, mas se essa pergunta que aparece no formulário do SUS ou do IBGE, é uma pergunta que fica clara para o sujeito que a responde e para o profissional que questiona.

Enfermeiro 2: Quando a gente pergunta: “Qual é a sua cor?”, o paciente já nos olha estranho, alguns até respondem: “Você não está vendo que eu sou preto” ou “Você não tá vendo que eu sou branco”. Com relação a esse trabalho sobre cor, eu não tenho nada a comentar, eu acho até uma idiotice as coisas que a gente vê por aí.

A argumentação apresentada pelo ator social sustentava uma ênfase para se afirmar como um sujeito sem preconceito racial, mas durante as colocações demonstrou não ter conhecimento adequado sobre as categorias, atribuiu um ‘olhar de estranhamento’ para a figura do usuário, e ainda concluiu taxando de “idiotice” a investigação sobre classificação racial. A resposta desse ator é o exemplo explícito e prático de um discurso racista por denegação.

5.4.2 Aspectos sobre a governança e políticas sociais

O conceito de governança é polissêmico, multidimensional e carregado de ambiguidade. A governança pode ser compreendida como um sistema composto por mecanismos e princípios institucionais, que atuam para auxiliar na tomada de decisões e para administrar as relações das instituições para com a sociedade, alinhado às boas práticas de gestão e às normas éticas, com foco em objetivos coletivos (Buta; Teixeira, 2020).

O decreto nº 9.203, de 22/11/2017 (com alterações do Decreto nº 9.901/2019) baliza as definições e aspectos da governança pública federal. A governança assume papel crucial na regulação e coordenação das relações entre os setores público e privado no âmbito do SUS, articulada a mecanismos transparentes, participativos e responsivos, visando

assegurar a oferta de serviços de saúde de qualidade e, simultaneamente, preservar os princípios basilares do SUS.

A interação entre os setores público e privado no âmbito do SUS manifesta-se de maneira multifacetada, abarcando desde parcerias público-privadas para a construção e administração de unidades de saúde até a contratação de serviços de saúde por meio de organizações sociais e outras entidades de natureza privada. Desde os anos 2000, a gestão da APS vem passando por intensas modificações de modelos de gestão. A transferência do poder administrativo da gestão municipal, para atuação das Organizações Sociais (O.S.) leva a uma tendência de “ruptura” com a responsabilidade pactuada entre os entes federativos (União, Estados e Municípios), ao abdicar das suas responsabilidade como atuação pública, reduzir os espaços de controle e participação popular e favorecer o aumento dos interesses privatistas dentro do próprio SUS.

Uma das trabalhadoras do UAPS que participava do Conselho Local de Saúde relatou a transferência da UAPS da administração direta feita pelo município para administração realizada pela Organização Social (OS) Instituto Cisne. A mudança deu-se de forma conturbada durante o período de reforma das instalações física da unidade, foi relatado que o modelo de gestão inserido pela OS é focado no comprimento de metas, que representa uma aferição por quantidade de registros de atendimento, o que não necessariamente diz da qualidade e da resolutividade dos atendimentos e das práticas de cuidado.

Eu fazia parte do conselho [local] de saúde nessa época, algumas decisões nós tínhamos que tomar em conjunto. Era muito complicado. Nós éramos da prefeitura normal e no meio dessa bagunça toda, trouxeram a OS que é um sistema privado. A OS chegou para nós mais ou menos em junho de 2020. Nós até reclamamos, porque eles tinham dito que a OS viria quando nós estivéssemos prontos [reforma concluída], parece que no contrato existia uma regra [contratual] que OS não poderia pegar um posto em reforma, mas aí não teve como, eles colocaram mesmo assim. Nós resistimos, brigamos, nós fizemos reuniões, para poder reverter isso aí. Uma enfermeira saiu sem necessidade, nós fomos para cima (ACS 1).

A inclusão de OS na administração e gestão de serviços públicos foi estabelecida inicialmente no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) do governo FHC (1995-2002), que buscava reformular as relações entre o estado e a sociedade. De acordo com o PDRAE, Organizações Sociais (O.S.) são entidades de interesse e de utilidade pública, associação sem fins lucrativos, surgidas da qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, nas atividades

de ensino, pesquisa tecnológica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio-ambiente (Brasil, 1995).

No final dos anos 90, o governo do Estado de São Paulo implementou um novo modelo de administração em algumas de suas instituições hospitalares, com a implantação de organizações sociais de saúde (OSS), gerenciadas por entidades públicas não-estatais, submetidas a contratos de gestão, que são acompanhados e avaliados por estrutura da Secretaria Estadual de Saúde, estabelecida especificamente para essa finalidade. Atualmente, o modelo de gestão por OSS está disseminado nas esferas municipais, estaduais e federal sob o argumento de aumento da eficiência dos equipamentos públicos, devido à autonomia administrativa e financeira frente ao processo de aquisição de bens e serviços, e na contratação de trabalhadores (Barbosa; Elias, 2010)

Outra situação queixosa citada pelos trabalhadores refere-se a limitação do espaço físico da UAPS para pleno desenvolvimento das atividades assistenciais. A UAPS Guarany Mont'alverne é uma unidade de saúde existente há mais de 30 anos, a estrutura física da unidade é pequena e insuficiente para o grande número de famílias atendidas na unidade. O médico e a enfermeira relataram que a UAPS passou por reformas durante os anos de 2019/2020, a unidade transferiu suas atividades para as dependências do CRAS do Bom Jardim, durante a primeira onda de covid-19, do período de março a julho de 2020, a UAPS já estava funcionando na mesma localidade do CRAS.

Nesse período, o posto entrou em reforma, levou mais ou menos um ano. Uma reforma muito prolongada. No CRAS, que foi uma unidade que nos acolheu, porque não tinha outra estrutura, infelizmente. A prefeitura ficou encarregada de providenciar um prédio mais adequado e acabou não conseguindo. Tivemos que ficar lá, mas as condições realmente não eram boas. (Médico).

Em 2020 a nossa unidade estava em reforma, fomos realocados para o CRAS. Nós estávamos em quatro equipes. A nossa população ficou dividida em cinco postos de saúde. O atendimento de dentista e laboratório ficou na unidade Edmilson Pinheiro. Prevenção e vacina ficou lá no Argeu Ermester, que é longe. Vacina e curativo também ficaram aqui no Dom Lustosa. Todos os materiais físicos foram para o João Pessoa e duas equipes ficaram atendendo no projeto ABC. Ficamos divididos em cinco espaços. Além de fragilizados pela questão da pandemia, nós ficamos também na questão da logística (ACS 1).

Durante a reforma da UAPS Guarany Mont'alverne houve uma fragmentação dos serviços assistenciais e a divisão das equipes de trabalhadores em diferentes equipamentos do território, citados na fala da ACS: UAPS Edmilson Pinheiro, UAPS Argeu Herbster, UAPS Dom Lustosa, UAPS Dr. João Barbosa Pires de Paula Pessoa e Projeto ABC Bom jardim. O diálogo interinstitucional foi coordenado pela prefeitura de Fortaleza e com a participação do conselho local de saúde proporcionou a realização da campanha de vacinação contra a gripe utilizando as escolas do bairro, como ponto de vacinação.

Na primeira onda, nós passamos no CRAES. O que eu vi... na vacina da gripe, nós utilizamos nas escolas para fazer a aplicação. Houve o apoio das escolas para fazermos essa vacina. A prefeitura mesmo, dava apoio. Na época as escolas estavam fechadas, e nós usamos o espaço da escola para fazermos as vacinas (Enfermeira 1).

A reforma trouxe melhorias na ambiência na sede da UAPS, sendo executados serviços de pintura, instalação elétrica e correção no telhado. Entretanto, não houve ampliação do número de salas para consultórios. Durante as atividades de campo, pude observar a utilização da sala da coordenação do posto, que possui estantes altas com arquivos e três birôs de escritório dos trabalhadores da gestão, como consultório de atendimento médico no turno da tarde de alguns dias da semana, pois as demais já estão ocupadas com atendimentos de outros médicos e enfermeiros (Diário de Campo).

No início de 2021, quando nós viemos para cá [unidade reformada] parecia uma UPA, em 45 dias nós tivemos cinco médicos que saíram da unidade, pediram para sair por não ter condições de trabalho, por serem explorados pela própria OS (ACS 1).

Muitas pessoas, hoje, tomam remédio controlado que antes da pandemia não tomavam. Muitas pessoas depressivas e, inclusive entre nós profissionais, ficaram muitos profissionais doentes (ACS 3).

O psicológico dos trabalhadores ficou bem abalado por conta da situação que a gente viu, pelo menos eu passei por várias situações que mexeram muito comigo. Até hoje eu lembro de pessoas que chegavam aqui quase morrendo por falta de ar. E, querendo ou não, isso abala muito a gente, porque a gente não tinha estrutura para receber a quantidade de demanda que a gente recebia e era uma loucura (Gestora 1).

As condições de trabalho presentes na UAPS Guarany Mont'alverne durante o período pandêmico foram precarizantes, como jornadas extensas, alto nível de estresse no ambiente laboral, ocorrência de adoecimentos psicológicos. Esse cenário corrobora com os dados da pesquisa de âmbito nacional sobre “Condições de Trabalho e Saúde Mental dos

Profissionais⁶ e Trabalhadores Invisíveis⁷ da Saúde no Contexto da Pandemia” realizadas pela ENSP e FIOCRUZ durante os anos de 2020 a 2022, que apontam que as mulheres (72,5%) representam a grande maioria dos trabalhadores/as da saúde, que a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% desses trabalhadores, que quase 50% admitiram excesso de trabalho ao longo desta crise pandêmica, com jornadas superiores a 40 horas semanais, e que 45% dos trabalhadores necessitava de mais de um emprego para sobreviver, 80% deles vivem situação de desgaste profissional relacionado ao estresse psicológico, à sensação de ansiedade e esgotamento mental, a falta de apoio institucional foi citada por 70% dos participantes do estudo (Machado, 2022).

A partir de novembro de 2020 a junho de 2021, o Brasil vivenciou a segunda onda de covid-19, o período apresentou o maior número de casos positivos e de mortalidade, considerando toda a pandemia (2020-2023). No início de 2021, a UAPS retornou seu funcionamento para estrutura reformada e sua gestão transferida para OS, estavam vivendo uma escalada de aumento de casos de covid-19. Foi relatado que, diante desse cenário, a sobrecarga de trabalho e as condições exaustivas e estressantes levaram os trabalhadores a pedirem demissão.

A atuação do governo estadual do Ceará e da prefeitura municipal de Fortaleza estabeleceram, no início de maio de 2022, o primeiro isolamento social rígido, com a restrição máxima de deslocamento e trânsito de pessoas nas vias públicas, à exceção da busca de serviços de saúde e supermercados. Esse momento foi descrito por muitos participantes como momentos aterrorizantes devido à ausência de informações sobre a doença, somada à grande quantidade de notícias negativas sobre o aumento de casos e de óbitos pela covid-19.

[...] A nossa população estava com sede de ver um médico, precisavam de um médico, principalmente os hipertensos e diabéticos. Tinha um lado vermelho, que era o lado da covid-19 e o lado verde. Era um doideira, os médicos pediram para sair, porque não aguentavam a forma de trabalho. Teve um dia que aqui ficou só um médico para atender essa população toda, e esse médico ainda adoeceu. Nós tínhamos em média 40 a 50 teste de covid por dia, digamos que desses 50, 30 eram positivos. Foi uma pressão muito grande que nós vivenciamos (ACS 1)

⁶ Refere-se aos trabalhadores da saúde com formação de nível superior (médico, enfermeiro, fisioterapeuta/terapeuta ocupacional, cirurgião dentista, biomédico, farmacêutico/bioquímico, psicólogo, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, biólogo, médico veterinário, adm. hospitalar, ed. físico, engenheiro/segurança do trabalho/sanitarista, graduando (medicina, enfermagem etc.).

⁷ O uso do termo ‘invisíveis’ refere-se aos trabalhadores e trabalhadoras, de nível técnico e auxiliar, que exerceram atividades de apoio na assistência, no cuidado e no enfrentamento à Covid-19.

A expressão ‘sede de ver um médico’ demonstra a intensidade do aumento pela busca de atendimentos médicos em 2021, devido ao retorno para acompanhamento de pacientes que haviam interrompido a rotina clínica durante 2020 e ficaram recebendo somente a renovação de prescrição. O ritmo lento de distribuição de vacinas, associado ao discurso negacionista empregado pelo governo federal, levou muitas pessoas a abandonarem as medidas de cuidados, na crença errônea de se obter uma imunidade de rebanho. Portanto, o afastamento de 05 médicos em um período de 45 dias, representa uma alta rotatividade de profissionais provocada pelas condições precárias e exaustivas do modelo assistencial.

O nosso posto foi dividido em área covid-19 e não covid-19. Tinha uma área de atendimento só para as pessoas que estavam com sintomas gripais, eu falo isso porque eu fui atendida pelo posto e após esse atendimento o médico ficou nos acompanhando. Então, houve essa divisão do atendimento. (GFQC)

Nós tentamos dividir em área verde e área vermelha, mas o quantitativo era o mesmo. Também reduzido, porque tinham pessoas afastadas [comorbidades]. Então, tínhamos um pequeno grupo de funcionários para atender uma grande demanda da população. É assim, né. A nossa unidade de saúde não tem tantos recursos. Então essa é a dificuldade. (Enfermeira 1)

O adoecimento de trabalhadores por covid afetava a escala de trabalho das equipes, e conseqüentemente aumentava a demanda de trabalho para os trabalhadores que continuavam atuando no serviço. Foi relatada também a falta e a baixa qualidade dos equipamentos de proteção individual (EPI) e de insumos e materiais médico-hospitalares.

Houve sim uma sobrecarga. Não tinha material. Eu achei que fomos muito desamparados, em termos de material de proteção individual. Os EPIs eram muito fracos, de segunda e terceira qualidade (Téc. Enfermagem 2)

A sobrecarga na rotina de trabalho do posto, e as condições de estresse psicológico foram relatados por diversos trabalhadores do posto, sendo abordado o uso de medicamentos psicotrópicos devido a processo de adoecimento psicológico, crise de ansiedade, crise de pânico e medo relacionado ao trabalho. A atuação dos profissionais de saúde de forma efetiva dentro da vida comunitária do bairro, e a vacinação de idosos à domicílio realizada pela APS reduzia o risco de contaminação e garantia a imunização de grupos prioritários.

Importante [...] a equipe de saúde veio vacinar meu sogro em casa. Acho que eles deveriam dar continuidade a esse atendimento aos idosos que não tem condições de ir até o posto (GFQC).

Minhas filhas são acompanhadas [no posto], sempre que elas precisam elas são bem atendidas. Uma delas ficou gripada recentemente, precisei levar no posto, ela foi bem atendida, o tratamento foi em casa (GFQC).

Eu acho que o SUS aqui tem abrangência boa. Claro, necessita de mais recursos, mais espaço físicos, mais profissionais. Mas de um modo geral é o SUS que rege a nossa comunidade (Médico).

Houve conflitos sobre as estratégias de enfrentamento da pandemia de covid-19 entre os entes federativos, a gestão do governo Bolsonaro adotou um viés negacionista em relação a crise de saúde, o que gerou uma gestão desarticulada da atuação do Ministério da Saúde em relação às secretarias estaduais e municipais de saúde. O uso de desinformações e polarização política dificultou a condução de medidas sanitárias coerentes e coordenadas. A gestão negacionista do governo Bolsonaro promoveu o uso irracional de medicamentos sem comprovação científica, a hidroxicloroquina, para a ‘prevenção e tratamento’, que posteriormente foi comprovado que o uso desse medicamento ocasionou óbitos evitáveis (Pradelle *et al.*, 2024).

5.4.3 ‘Tentamos não ser uma pesquisa extrativista e predatória’

Depois de um processo extenso e repleto de peripécias para a realização das atividades de campo, propus uma atividade de um cine-debate em parceria com Quintal Cultural Raimundo Vieira, que ocorreu no dia 04 de abril de 2023, com a exibição autorizada do filme cearense ‘Rua Dinorá’, dos diretores Samuel Brasileiro e Natália Maia.

Figura 9: Registros fotográficos realizados no Cineclube no Quintal Cultural (2023)



Fonte: Fotografias feita por Dona Lenice, 2023.

O público da sessão foi formado pelas crianças atendidas no espaço, foi um momento lúdico e repleto de alacridade. Para a realização dessa atividade, tive ajuda e apoio da Dona Lenice, a liderança do Quintal Cultural; Dona Liduína, ACS que facilitou esse encontro com o Quintal Cultural; Nádia Moraes, que emprestou o projetor para a exibição, e do Ingra Rabelo, ‘amigue-irmão’ que ajudou no financiamento da atividade, e do Samuel Brasileiro, que autorizou a exibição de seu filme.

Escolhi exibir ‘Rua Dinorá’ devido aos elos de narrativa existentes no filme e que se assemelham com os vividos pelas crianças. No filme, Dinorá é uma menina negra moradora do bairro Conjunto Ceará, que se vê questionada sobre o nome da rua em que mora. Esse questionamento altera a jornada da protagonista, que durante sua caminhada conversa com vários moradores do bairro, tendo destaque os diálogos com os mais velhos, onde ela

descobre a história do Bairro, e ocorre o ponto de virada da história, em que Dinorá reconhece o seu pertencimento à comunidade.

Ao final da exibição conversamos com as crianças sobre o que é cidade, periferia, sobre a importância de conhecer o lugar que a gente mora, valorizar o conhecimento das pessoas idosas, valorizar a comunidade e o senso de coletividade. Essa atividade foi simples, mas marcou em mim um grato sentimento de troca e respeito com as pessoas e o território.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os modelos conceituais de determinantes sociais da saúde (DSS), embora úteis para compreensão dos mecanismos que afetam os resultados dos sistemas de saúde sobre as condições de vida das populações, apresentam limitações quanto à sua aplicação em estudos empíricos e, conseqüentemente, na orientação da gestão de políticas públicas de saúde. Na execução da pesquisa, compreendi que um dos principais obstáculos do modelo de DSS, proposto por Solar e Irwin, é a perspectiva de construir categorias fragmentadas, que limita a compreensão dinâmica da realidade como um todo.

O reconhecimento do racismo como determinante social da saúde (DSS) já demonstra algum nível de progresso no paradigma da saúde pública, em reconhecer que estamos inseridos numa estrutura colonial e segregativa por excelência. Abre caminho para construção de medidas de restituição e reparação da divisão histórica para os povos racializados marcados pela violência colonial.

Entretando, vivemos na ‘neurose cultural brasileira’ em que o brasileiro aprendeu a ter vergonha da ideia de ser racista, mas não tem interesse em abdicar de práticas racistas, configurando a categoria de racismo por denegação, pois tenta-se negar a existência da estrutura colonial e segregativa, através do silenciamento e apagamento históricos. É necessário o protagonismo de teorias e de avaliações produzidas genuinamente de processos territoriais e ancestrais, que possibilitem o protagonismo dos povos racializados e originários.

Acerca da compreensão da percepção dos (as) atores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde da população negra durante a pandemia da COVID-19, no bairro Granja Lisboa (Fortaleza - CE), à luz do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin, aprendemos com os sujeitos da pesquisa que o período pandêmico agravou a dinâmica de problemas sociais já historicamente vivenciados no território da Granja Lisboa, tendo destaque as estratégias de sobrevivência e autonomia gestadas entre os moradores e os movimentos sociais presentes no bairro.

Os processos de colonialidade e racialização do bairro da Granja Lisboa condicionam a persistência da segregação racial residencial e o sequestro da dignidade dos modos de viver locais. Durante a realização das atividades de campo, algumas dificuldades de percurso foram moduladoras da experiência como pesquisadora, como: a presença perversa da violência armada e a disputa entre facções criminosas no território, a minha solidão de viver

em Fortaleza, as discriminações de gênero/raça e classe recorrentes contra mim, a falta de recursos financeiros para conduzir as atividades de pesquisa, o que também levou a limitações como aquisição de programas com potencial para contribuir com a análise e construção das categorias temáticas, o que resulta em limitações metodológicas deste estudo. Houve também a recusa de atores sociais pertencentes ao grupo da gestão em participar do estudo.

No âmbito do DSS intermediários, é possível enfatizar a dificuldade de acesso a alimentos saudáveis, o agravamento da insegurança alimentar, o aumento de famílias em extrema pobreza e pessoas pedintes, aumento do desemprego, a redução da renda familiar, a dificuldade de realizar isolamento social em habitações inadequadas, a manutenção do estado de insegurança pública e violência armada no território. Como aspecto positivo dos DSS intermediários, destaca-se o vínculo e parceria existente entre as equipes da ESF e os moradores, representado na atuação em campo dos ACS que promoveram ações de cuidado, prevenção e acompanhamento dos casos de covid-19.

Os DSS estruturais que se destacaram no território foram as matrizes interseccionais de opressões de gênero, raça e classe que permeiam toda a estrutura sócio-política-econômica e as políticas sociais e de governança. Dentro dessa política, resalto a presença da O.S. na gestão da UAPS, gerenciando os processos de trabalho e gestão da unidade durante o período pandêmico.

A partir do material investigado, percebe-se que os modos de viver no território da Granja Lisboa durante o período pandêmico foram prejudicados. A miséria e a fome assolaram drasticamente a realidade do bairro, sendo amenizadas através da atuação das redes de apoio e solidariedade mobilizadas pelos próprios atores do território.

O enfrentamento da pandemia de COVID-19 deveria ter ocorrido de forma intersetorial. Entretanto, a atuação desarticulada entre os governos federal, estadual e municipal sobre a gestão da política de saúde aumentou a fragilidade do SUS em produzir uma resposta eficiente. Uma conduta agravante nessa conjuntura foi o uso de fake news e discurso negacionista sobre a crise sanitária, capitaneada pelo governo federal.

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve papel primordial na articulação das redes de saúde, mas os trabalhadores/as da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuavam na UAPS Guarany Mont'Alverne vivenciaram condições precárias de trabalho, com jornada exaustivas e adoecimento psicológico. Estes trabalhadores, mesmo precarizados, conseguiram

se integrar com as ações comunitárias realizadas pelos moradores e movimentos sociais do bairro, a exemplo da distribuição de alimentos e materiais de higiene pessoal.

Sobre as perspectivas futuras, creio na necessidade profunda de admissão de novos referenciais e metodologias de pesquisa no campo da saúde coletiva, a fim de evitar a persistência de estudos estigmatizantes pautados em viés exploratório sobre as comunidades e territórios que desrespeitam as populações locais. É necessário a admissão dos interesses políticos implícitos do fazer científico, principalmente sobre a saúde das populações periféricas. Os sujeitos subalternizados necessitam do protagonismo do discurso, e os que sempre detiveram o poder da fala precisam aprender a ouvir, numa perspectiva freiriana, de problematização e diálogo para a transformação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAS, Jaffar *et al.* The Role of Social Media in the Advent of COVID-19 Pandemic: Crisis Management, Mental Health Challenges and Implications. **Risk Management and Healthcare Policy**, [s. l.], v. 14, p. 1917–1932, 2021.
- ABRANDH. **Direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar**. Brasília: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos-, 2012.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar *et al.* Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971–2000) and Descriptive Content Analysis (1971–1995). **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 93, n. 12, p. 2037–2043, 2003.
- ANCONA, Ana Lucia. Zonas especiais de interesse social - ZEIS. *In*: SANTOS JUNIOR, Orlando A; MONTANDON, Daniel T. **Os planos diretores municipais pós-Estatuto da Cidade: balanço crítico e perspectivas**. Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Cidades: IPPUR/UFRJ, 2011.
- ANDRADE, Beatriz Rodrigues *et al.* Efeitos da periferização nos níveis de acessibilidade aos empregos da população de baixa renda em Fortaleza. **TRANSPORTES**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 46–60, 2020.
- APPADURAI, Arjun. The production of locality. *In*: MODERNITY AT LARGE. Londres: Public Words, 1996.
- ARAÚJO, Carmem E. Leitão. **Decisões políticas e mudanças limitadas na saúde**. [S. l.]: Hucitec Editora, 2020.
- ARAÚJO, Edna Maria de *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, p. 191–205, 2021.
- ARAÚJO, Marcos Vinícius Ribeiro; TEIXEIRA, Carmen Fontes. As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014). *In*: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.). **Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 187–225. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/hpttj>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará -. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 159–168, 2011.
- BAHIA, Ligia. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 13, p. 1385–1397, 2008.
- BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, p. 753–762, 2009.
- BANCO MUNDIAL. **Relatório de Pobreza e Equidade no Brasil – Mirando o futuro após duas crises**. Washington D.C: Banco Mundial, 2022. Sumário Executivo. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/25e36349-9396-53bc-95a9-10e5c6d008ef/content>. Acesso em: 4 fev. 2024.
- BARBOSA, Cibele. CASA GRANDE & SENZALA A questão racial e o “colonialismo esclarecido” na França do Pós-Segunda Guerra Mundial*. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 33, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/Ck7rHFqYLdrTYPv4m3pBLks/?lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, p.

2483–2495, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>.

BASTOS, Pedro Paulo Zahluth. ASCENSÃO E CRISE DO GOVERNO DILMA ROUSSEFF E O GOLPE DE 2016: PODER ESTRUTURAL, CONTRADIÇÃO E IDEOLOGIA. **Revista de Economia Contemporânea**, [s. l.], v. 21, p. e172129, 2017.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, [s. l.], v. 18, p. 33–40, 2004.

BATISTA, Eraldo Carlos; MATOS, Luís Alberto Lourenço de; NASCIMENTO, Alessandra Bertasi. A ENTREVISTA COMO TÉCNICA DE INVESTIGAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 23–38, 2017.

BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araujo. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, p. 681–690, 2013.

BERNARDINO, Joaze. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, [s. l.], v. 24, p. 247–273, 2002.

BIRMAN, Patrícia. Favela é comunidade?. In: MACHADO DA SILVA, L. A. (org.). **Vida sob cerco: violência e rotina nas favelas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

BISPO, João Paulo Borges. **Estratégia de Saúde da Família e seu papel no enfrentamento à pandemia**. [S. l.], 2020. Disponível em:

<https://www.informasus.ufscar.br/afinal-o-que-e-a-estrategia-de-saude-da-familia-e-qual-o-seu-papel-no-enfrentamento-a-pandemia/>. Acesso em: 17 mar. 2022.

BLUTEAU, Rafael. **Dicionário da língua portuguesa composto pelo padre D. Rafael Bluteau; reformado, e acrescentado por Antonio de Moraes Silva**. [S. l.: s. n.], 1789.

BORDE, Elis Mina Seraya. **Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde**. 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, 2014. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/36184/ve_Elis_Mina_ENSP_2014?sequence=2&isAllowed=y.

BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 39, p. 841–854, 2015.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Leituras sobre o sanitário desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 28, p. 79–99, 2021.

BRASIL. **Constituição (1988) de 5 de outubro de 1988**. [S. l.]: Brasília, DF: Diário Oficial da União. 5 Out 1988, 1988. (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Estatuto da Igualdade Racial. Lei 12.288/10**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. **Igualdade racial e étnica**. Brasília: Senado Federal. Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/520765/igualdade_racial_e_etnica_1ed.p

df.

BRASIL. **Lei nº 1.390, de 3 de julho de 1951. Inclui entre as contravenções penais a prática de atos resultantes de preconceitos de raça ou de côr.** Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 10 jul. 1951. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/11390.htm. Acesso em: 25 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Diário Oficial da União. ALTERA A CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO (CLT), APROVADA PELO DECRETO-LEI Nº 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943, E AS LEIS NºS 6.019, DE 3 DE JANEIRO DE 1974, 8.036, DE 11 DE MAIO DE 1990, E 8.212, DE 24 DE JULHO DE 1991, A FIM DE ADEQUAR A LEGISLAÇÃO ÀS NOVAS RELAÇÕES DE TRABALHO. **Diário Oficial da União**, 13 jul. 2017a. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13467&ano=2017&ato=91eUTU5EeZpWTaca>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).** Brasília: Diário Oficial da União, 2019a.

BRASIL. Lei nº 14.043 de 19/08/2020 - Institui o Programa Emergencial de Suporte a Empregos; altera as Leis nºs 9.430, de 27 de dezembro de 1996, e 13.999, de 18 de maio de 2020; e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 20/08/2020**, v. 1, p. 5, 19 ago. 2020. Disponível em:

<https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/141415>. Acesso em: 5 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.601/2023 - Institui o Programa Bolsa Família.** 19 jun. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114601.htm. Acesso em: 4 fev. 2024.

BRASIL. **Medida Provisória nº 890. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Oficial da União, 2019b.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) - Versão Profissionais de Saúde e Gestores - Completa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 4 jul. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política**

- Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 21 set. 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, [s. l.], v. 31, p. 13–27, 2013.
- BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 12, p. 4723–4735, 2020.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.
- BUTA, Bernardo Oliveira; TEIXEIRA, Marco Antonio Carvalho. Governança pública em três dimensões: conceitual, mensural e democrática. **Organizações & Sociedade**, [s. l.], v. 27, n. 94, p. 370–395, 2020.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, p. 1865–1874, 2007.
- CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 34, n. 99, p. 209–224, 2020.
- CARDOSO, Edson Lopes. **Nada os trará de volta: Escritos sobre racismo e luta política**. São Paulo, SP: Companhia Digital, 2022.
- CARVALHO, Antonio. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A SAÚDE NO BRASIL EM 2030 - PROSPECÇÃO ESTRATÉGICA DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: POPULAÇÃO E PERFIL SANITÁRIO. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República: [s. n.], 2013. v. 2, p. 19–38.
- CERQUEIRA, Daniel *et al.* **Atlas da Violência – IPEA 2020**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/08/atlas-da-violencia-2020.pdf>.
- CESAR, Raquel CL. Acoes afirmativas no Brasil: e agora, doutor? As polemicas leis de cotas, que garantiram percentuais de vagas nas universidades estaduais do Rio de Janeiro a alunos de escolas publicas ea estudantes negros e pardos, estao incluidas entre as chamadas acoes afirmativas, que visam. **Ciência Hoje**, [s. l.], p. 26–32, 2003.
- CHAGAS, Elisângela Rodrigues; OLIVEIRA, Fernando Virgílio Albuquerque de; MACENA, Raimunda Hermelinda Maia. Mortalidade por violência contra mulheres antes e durante a pandemia de Covid-19. Ceará, 2014 a 2020. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, p. 63–75, 2022.
- CHEHUEN NETO, José Antônio *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, p. 1909–1916, 2015.
- CONGRESSO NACIONAL. LEI Nº 13.982, DE 2 DE ABRIL DE 2020. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Órgão: Atos do Poder Legislativo. Edição: 64-A. Seção: 1 - Extra. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Seção

- Órgão: Atos do Poder Legislativo, v. Edição: 64-A. Seção: 1-Extra, 2 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>. Acesso em: 12 jun. 2023.
- COSTA, Márcia Regina da. A violência urbana é particularidade da sociedade brasileira?. **São Paulo em Perspectiva**, [s. l.], v. 13, p. 3–12, 1999.
- COSTA, Lourrany Borges *et al.* Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 6, p. 2083–2096, 2021.
- CRENSHAW, Kimberle. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. **University of Chicago Legal Forum**, [s. l.], n. 1, 1989. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
- CRENSHAW, Kimberle. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. **Stanford Law Review**, [s. l.], v. 43, n. 6, p. 1241–1299, 1991.
- CUETO, Marcos. O legado de Alma-Ata, 40 anos depois. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 16, p. 845–848, 2018.
- CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O (DES)FINANCIAMENTO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 59–77, 2021.
- CUNHA, Maria Abygail do Amaral Aguiar. POLÍTICAS PÚBLICAS E O MÍNIMO EXISTENCIAL NA PANDEMIA DA COVID-19: IMPACTOS NA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA EM SALVADOR. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, [s. l.], v. 8, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistadsp/article/view/8640>. Acesso em: 6 dez. 2023.
- CUNHA JUNIOR, Henrique. Bairros negros, a forma urbana das populações negras no Brasil. **CRÍTICA E SOCIEDADE**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 16–27, 2020.
- CUNHA JUNIOR, Henrique. BAIRROS NEGROS: RUPTURA EPISTÊMICA DO PAN-AFRICANISMO NO BRASIL. **EXTRAMUROS - Revista de Extensão da UNIVASF**, [s. l.], v. 9, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/1964>. Acesso em: 13 jun. 2023.
- CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2nd ed.ed. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/m9xn5>. Acesso em: 5 ago. 2022.
- DAHLGREN, G; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe**. Stockholm, Sweden: Institute for Future Studies, 1991.
- DIÁRIO DO NORDESTE. Jovem travesti é assassinada a tiros na Granja Lisboa - Segurança. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 9 ago. 2020. Segurança. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/seguranca/jovem-travesti-e-assassinada-a-tiros-na-granja-lisboa-1.2975550>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- DIÁRIO DO NORDESTE. “Tô na Praça” chega ao bairro Granja Lisboa - Metro. **Diário do Nordeste**, [s. l.], 15 mar. 2017. Metro. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/metro/to-na-praca-chega-ao-bairro-granja-lisboa-1.1720498>. Acesso em: 23 maio 2023.
- DOMINGUES, Petrônio. Como se fosse bumerangue: Frente Negra Brasileira no circuito transatlântico. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 28, p. 155–170, 2013.
- DOMINGUES, Petrônio. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos.

- Tempo**, [s. l.], v. 12, p. 100–122, 2007.
- ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, [s. l.], v. 18, p. 41–46, 2004.
- ENGELS, Friedrich. **The condition of the working class in England**. Oxford [England: B. Blackwell, 1971.
- ESTRELA, Fernanda Matheus *et al.* Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 3431–3436, 2020.
- FAO *et al.* **The State of Food Security and Nutrition in the World 2021: Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all**. Rome, Italy: FAO, 2021. (The State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI), v. 2021). Disponível em: <https://www.fao.org/documents/card/en/c/cb4474en>. Acesso em: 21 nov. 2023.
- FAO *et al.* **The State of Food Security and Nutrition in the World 2023**. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2023. (Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum). Disponível em: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc3017en>. Acesso em: 21 nov. 2023.
- FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 4521–4530, 2020.
- FERNANDES, Viviane Barboza; SOUZA, Maria Cecília Cortez Christiano de. Identidade Negra entre exclusão e liberdade. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, [s. l.], p. 103–120, 2016.
- FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de *et al.* Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/H9BxWmp6bK9QNLkpPBqJhBw/?lang=en>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sd>. Acesso em: 27 jun. 2022.
- FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, p. 743–752, 2009.
- FONTES, Leonardo de Oliveira. Histórias de quem quer fugir e de quem quer ficar: laços comunitários nas cambiantes periferias de São Paulo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 37, p. e3710902, 2022.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2023.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública - Anuário especial eleições (2018-2022)**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/anuario-2022-ed-especial--OLDv1.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2023.
- FÓRUM SOCIAL MUNDIAL. **Relatório de atividades do encontro anual 2016**. Porto Alegre: [s. n.], 2016. Disponível em: https://fsm2016.org/wp-content/uploads/2017/01/RAPPORT_FSM2016_anglais.pdf.
- FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. [S. l.]: Forense Universitária, 2010.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Deficit habitacional no Brasil – 2016-2019**. Belo Horizonte: [s. n.], 2021. Disponível em:

https://fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/21.05_Relatorio-Deficit-Habitacional-no-Brasil-2016-2019-v2.0.pdf.

GALEANO, Eduardo. **As veias abertas da América Latina**. 39ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GALVÃO, Anna Larice Meneses *et al.* Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 30, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5FJFLz6sS/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 16 mar. 2022.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, p. 63–76, 2017.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 1173–1182, 2014.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2022.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, p. 2543–2556, 2021.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 1763–1776, 2018.

GIOVANELLA, Ligia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, p. 6–8, 2018.

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. **Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19**. [S. l.]: SciELO Preprints, 2020a. Disponível em:

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/635>. Acesso em: 29 abr. 2022.

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, 2020b. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdbwzHpmR9L/?lang=pt>. Acesso em: 29 abr. 2022.

GOMES, Maria Carmen Aires; CARVALHO, Alexandra Bittencourt De. Pandemia de COVID-19 e violência doméstica na conjuntura sociopolítica brasileira. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. e74781, 2021.

GUILLAUMON, Siegrid *et al.* A Covid-19 chegou no Brasil, e daí? A primeira resposta das redes solidárias sob a perspectiva da dádiva. **Sociedade e Estado**, [s. l.], v. 36, p. 13–36, 2021.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. A questão racial na política brasileira (os últimos quinze anos). **Tempo Social**, [s. l.], v. 13, p. 121–142, 2001.

HALL, Stuart. **A Identidade cultural na pos-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 352–358, 2006.

HERNÁNDEZ, Tanya Katerí. **Subordinação racial no Brasil e na América Latina: o papel do Estado, o Direito Costumeiro e a Nova Resposta dos Direitos Civis**. tradução: Arivaldo Santos de Souza; Luciana Carvalho Fonseca. [S. l.]: EDUFBA, 2017. Disponível em:

- <http://books.scielo.org/id/jr9nm>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, [s. l.], v. 26, p. 61–73, 2014.
- IBGE. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012.
- IBGE. **Censo demográfico 2022 : identificação étnico-racial da população, por sexo e idade : resultados do universo**. Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73105>. Acesso em: 2 fev. 2024.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE: Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2021a.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2022.
- IBGE. **População estimada**: Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2021. [S. l.]: IBGE, 2021b. Governo do Brasil. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>. Acesso em: 17 mar. 2022.
- IPECE. **INFORME 43: Perfil Municipal de Fortaleza. Tema VIII: O Mapa da Extrema Pobreza**: Informe. Fortaleza, CE: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), 2012. Mapa.
- JACCOUD, Luciana. Racismo e república: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, Mário *et al.* **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2008. p. 45–64. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/Livro_desigualdadesraciais.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.
- KALCKMANN, Suzana *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 16, p. 146–155, 2007.
- KILOMBA, Granda. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. 1ªed. [S. l.]: Cobogó, 2019.
- KOBAYASHI, Elisabete; FARIA, Lina; COSTA, Maria Conceição da. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. **Sociologias**, [s. l.], p. 314–351, 2009.
- KRENAK, Ailton. **Futuro Ancestral**. São Paulo, SP: Companhia Digital, 2023. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1RF5CF3EeBy849p5bUvPIhaxCmII5CYIb>.
- KROEFF, Renata Fischer da Silveira; GAVILLON, Póti Quartiero; RAMM, Laís Vargas. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 464–480, 2020.
- LARA, Silvia Hunold. **Fragmentos setecentistas: escravidão, cultura e poder na América portuguesa**. São Paulo, Brazil: Companhia das Letras, 2007.
- LAURENCIN, Cato T.; MCCLINTON, Aneesah. The COVID-19 Pandemic: a Call to Action to Identify and Address Racial and Ethnic Disparities. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 398–402, 2020.
- LIMA, Wesley. A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL CONTEXTUALIZADA SOB O PRISMA SÓCIO-RACIAL | Revista Territorial (ISSN 2317-0360). **Revista Territorial**, [s. l.], v. v.10, n. n. 1 (2021): Territorial, p. 15–33, 2021.
- LIMA, Rossano Cabral. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil:

- impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 30, p. e300214, 2020.
- LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo Marchiori; PAES-SOUSA, Rômulo. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yjBt8kkf6vSFf4nz8LNDnRm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- LIMA, Prince Vangeris Silva Fernandes de; OLIVEIRA, Kamila Alaman de; SANTOS, Dayane Luizy Ribeiro dos. Aspectos gerais da saúde dos escravos no Brasil: revisão de literatura. **Revista Gestão & Saúde**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. ág. 471-489, 2016.
- LIMA, Luciana Dias de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 7, p. e00185220, 2020.
- LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 16, p. 121–134, 2012.
- LOTTA, Gabriela; FERNANDEZ, Michelle; MAGRI, Giordano. A pandemia de COVID-19 e (os)as profissionais de saúde pública: uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente. **NOTA TÉCNICA FGV**, [s. l.], p. 34, 2021.
- LUNA, Ive Novaes. A maravilhosa expedição do falatório de Stela. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 123–135, 2009.
- MACHADO, Maria Helena. **Pesquisa: Os trabalhadores invisíveis da saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/CEE-Fiocruz, 2022.
- MACHADO, Eduardo Gomes; PEREIRA, Alexandre Queiroz. PERIFERIAS URBANAS, REDES LOCAIS E MOVIMENTOS SOCIAIS EM FORTALEZA, CEARÁ. **Boletim Goiano de Geografia**, [s. l.], v. 40, n. 01, p. 1–27, 2020.
- MARIANO, Cynara Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, [s. l.], v. 4, p. 259–281, 2019.
- MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf.
- MARX, Karl. O Capital - Crítica da Economia Política. *In*: MARX. São Paulo - SP: Romances Nova Cultural, 1970. (Economistas, v. 6).
- MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 371–396, 2005.
- MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MBEMBE, Achile. **Crítica da Razão Negra**. [S. l.]: n-1 edicções, 2018.
- MÉLLO, Livia Milena Barbosa de Deus e; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SANTOS, Romário Correia dos. Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, p. 842–856, 2022.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: DISTRITO SANITÁRIO: PROCESSO SOCIAL DE MUDANÇA DAS PRÁTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. [S. l.: s. n.], 1993. p. 19–91. Disponível em:

- <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-117299>. Acesso em: 24 dez. 2023.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 13, p. 1400–1403, 2008.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, p. 621–626, 2012.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. [S. l.]: Vozes, 2009.
- MOREIRA, Marcelo. “Pemedebismo”: rupturas e continuidades no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 30, p. 171–175, 2015.
- MOREL, Ana Paula Massadar. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 19, p. e00315147, 2021.
- MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- MUPURUNGA, José. **Bom Jardim - Coleção Pajeú**. Fortaleza: Secultfor, 2015. (Coleção Pajeú).
- NEGREIROS, Dalila Fernandes de. **Educação das relações étnico-raciais: avaliação da formação de docentes**. [S. l.]: Editora UFABC, 2017. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jvcnv>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 33, n. 83, p. 397–406, 2009.
- NOGUEIRA DE SOUZA, Caique; MANZINI, Fernanda; LEITE, Silvana Nair. Serviços mínimos de Atenção Primária à Saúde em contextos de crises. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, [s. l.], v. 13, p. e06, 2021.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 51, n. 1, p. 124–147, 2000.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 2035–2042, 2018.
- ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. O banzo e outros males: o páthos dos negros escravos na Memória de Oliveira Mendes. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s. l.], v. 10, p. 346–361, 2007.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. **Financing and Delivering Health Care: A comparative analysis of OECD Countries**. Paris: OECD, 1987.
- OLIVEIRA, Dennis de. **Racismo Estrutural: Uma perspectiva histórico Crítica**. São Paulo, SP: Editora Dandara, 2021.
- OPAS. **Considerações sobre povos indígenas, afrodescendentes e outros grupos étnicos durante a pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52280/OPASBRAIMSPHECOVID19200030_p or.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 15 mar. 2022.
- PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. spe5, p. 15–28, 2019.

- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 27 jun. 2022.
- PAULINO, Nicolas. 12 Regionais: o que mudou após dois anos do novo mapa administrativo de Fortaleza? - Ceará. **Diário do Nordeste**, [s. l.], 10 jan. 2023. Ceará. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/ceara/12-regionais-o-que-mudou-apos-dois-anos-do-novo-mapa-administrativo-de-fortaleza-1.3321007>. Acesso em: 3 fev. 2024.
- PINTO, Luiz Felipe *et al.* 40 anos de Alma-Ata: desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 1178–1178, 2020.
- PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 1903–1914, 2018.
- PÔRTO, Ângela. Fontes e debates em torno da saúde do escravo no Brasil do século XIX. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s. l.], v. 11, p. 726–734, 2008.
- PRADELLE, Alexiane *et al.* Deaths induced by compassionate use of hydroxychloroquine during the first COVID-19 wave: an estimate. **Biomedicine & Pharmacotherapy**, [s. l.], v. 171, p. 116055, 2024.
- PREFEITURA DE FORTALEZA. **Plano Diretor Participativo de Fortaleza - Produto 6: Proposta para Plano Diretor de Fortaleza. Volume 1**. Fortaleza, CE: PMF, 2023. Disponível em: https://planodiretor.fortaleza.ce.gov.br/ords/f?p=116:11:4539844839453:::P11_ID,P11_PATH:1931,DIRETOR_ARQUIVOS. Acesso em: 4 fev. 2024.
- PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, p. 753–767, 2010.
- RAMOS, Sílvia. **A vida resiste: além dos dados da violência**. Rio de Janeiro, RJ: CESeC, 2021a.
- RAMOS, Sílvia. **Pele alvo: a cor da violência Policial**. Rio de Janeiro, RJ: CESeC, 2021b.
- REDE PENSSAN. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: II VIGISAN : relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar**. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>.
- RIBEIRO, Kelen Gomes. **OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO GRANDE BOM JARDIM - FORTALEZA - CEARÁ**. 2015. 360 f. Doutorado em Saúde Coletiva - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, Fortaleza, 2015. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2644230. Acesso em: 18 maio 2022.
- RIBEIRO, Dudu. **Pele alvo: a cor que a polícia apaga**. Rio de Janeiro, RJ: CESeC, 2022.
- RIOS, Ana Maria; MATTOS, Hebe Maria. O pós-abolição como problema histórico: balanços e perspectivas. **Topoi (Rio de Janeiro)**, [s. l.], v. 5, p. 170–198, 2004.
- ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 13, p. 1027–1034, 2005.
- ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, p. 17–31, 2020.

- SANTOS, Boaventura Souza. A construção intercultural da igualdade e da diferença. *In: A GRAMÁTICA DO TEMPO*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 279–316.
- SANTOS, Jader de Oliveira. **Fragilidade e riscos socioambientais em Fortaleza - CE**. Fortaleza: Imprensa Universitária - Universidade Federal do Ceará, 2016.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 1729–1736, 2018.
- SERAPIONI, Mauro; TESSER, Charles Dalcanale. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, p. 44–57, 2020.
- SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Previne Brasil Program: the apex of threats to Primary Health Care?. **Cien Saude Colet**, [s. l.], p. 3781–3786, 2021.
- SILVA, Geysa Anne Souza da *et al.* (org.). **MAPA PARTICIPATIVO DE ENFRENTAMENTO À FOME DO GRANDE BOM JARDIM: Relatório Técnico de Pesquisa**. Fortaleza, CE: Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza, 2022. Disponível em: https://cdvhs.org.br/wp-content/uploads/2023/01/p_site-mapa-participativo-de-enfrentamento-a-fome-do-gbj-1.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.
- SILVA, Tamires Carolina *et al.* Tecnossocialidade no cotidiano de profissionais da saúde e interação com usuários na pandemia de covid-19. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, p. e20220123, 2022.
- SILVA, Leticia Batista; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. *In: SANTOS, Tatiane Valeria Cardoso dos; BATISTA, Leticia; MACHADO, Thiago de Oliveira (org.). Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises*. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115–131. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/51905/Determinates%20Sociais%20-%20Leticia%20Silva%20-%202022.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, p. 221–232, 2013.
- SILVA FILHO, Francisco Cláudio Oliveira; MARIANO, Cynara Monteiro. Fronteiras invisíveis e deslocamentos forçados: impactos da “guerra” de facções na periferia de Fortaleza (Ceará, Brasil). **Revista Direito e Práxis**, [s. l.], v. 11, p. 1548–1570, 2020.
- SIMONI JUNIOR, Sergio. Políticas de transferência de renda e de assistência no Brasil: descontinuidades recentes e os desafios colocados pela Covid-19. **Cadernos PROLAM/USP**, [s. l.], v. 20, n. 40, p. 210–236, 2021.
- SISNANDO, Jéssika. “Todo mundo gostava muito dela, era alegre e divertida. A família está arrasada”, diz parente de travesti morta. **O POVO**, Fortaleza, 11 fev. 2022. Fortaleza. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2022/02/11/todo-mundo-gostava-muito-dela-era-alegre-e-divertida-a-familia-esta-arrasada-diz-parente-de-travesti-morta.html>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- SOARES, L.C. **O “povo de cam” na capital do Brasil: a escravidão urbana no Rio de Janeiro do século XIX**. [S. l.]: 7Letras, 2007. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=7dso1MkgTFsC>.
- SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). [S. l.: s. n.], 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>. Acesso em: 4 jun. 2023.

- SOUSA, Edivânia Marques de; BARRA, Otávio Augusto de Oliveira. REFLEXÕES SOBRE ÁREAS VERDES AS MARGENS DA PERIFERIA DE FORTALEZA: NOTAS SOBRE O BAIRRO BOM JARDIM. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências - RIEC | ISSN: 2595-0959** |, [s. l.], v. 4, n. 1, 2021. Disponível em: <https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/204>. Acesso em: 31 out. 2023.
- SOUZA, Vanderlei Sebastião de. A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [s. l.], v. 23, p. 93–110, 2016.
- SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 22, p. 44–56, 2013.
- SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 18–42, 2003.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 6 jul. 2022.
- THEODORO, Mário. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: THEODORO, Mário *et al.* **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2008. p. 15–44. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/Livro_desigualdadesraciais.pdf. Acesso em: 22 jul. 2022.
- TIMBÓ, Bruno Gomes Camelo *et al.* PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PÓS- COVID-19 EM PAÍSES DO MUNDO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. In: PEREIRA, Michelle da Silva. **SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: PANDEMIA DE COVID-19, VOL 3**. 3. ed. [S. l.]: Editora Omnis Scientia, 2022. Disponível em: <https://editoraomnisscientia.com.br/post-artigo/?artigo=1491>. Acesso em: 3 ago. 2022.
- TOBAR, Sebastián. **América Latina e Caribe: entre a Covid-19 e a crise econômica e social**. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/49970/cap13_america_latina_caribe_covid_19_crise_economica_social.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
- TURINO, Fabiana; SODRÉ, Francis. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE FINANCIADAS POR EMENDAS PARLAMENTARES. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 16, p. 1201–1219, 2018.
- UNESCO. **Declaração sobre a raça e os preconceitos raciais**. [S. l.], 1978. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/discrimina/dec78.htm>. Acesso em: 20 abr. 2022.
- VIANA, Ana Luiza D’ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 11–48, 1998.
- VIEIRA, Pâmela Rocha; GARCIA, Leila Posenato; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, p. e200033, 2020.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino; SERVO, Luciana Mendes Santos. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, p. 100–113, 2021.
- VIRISSIMO, Vivian. **Trabalhadora doméstica é a primeira vítima do coronavírus no estado do Rio**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/03/19/trabalhadora-domestica-e-a-primeira-vitima-do-coronavirus-no-estado-do-rio>. Acesso em: 3 out. 2023.

- WAITZKIN, H. **Uma visão marxista sobre atendimento médico**. tradução: Rubens Turkienicz. [S. l.: s. n.], 1981. Disponível em: <https://docplayer.com.br/709695-Uma-visao-marxista-sobre-atendimento-medico-h-waitzkin.html>. Acesso em: 5 ago. 2022.
- WEBER, Florence. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?. **Horizontes Antropológicos**, [s. l.], v. 15, n. 32, p. 157–170, 2009.
- WEBER, Max. **Os Pensadores - Ensaios de Sociologia - Max Weber**. 2. ed. São Paulo - SP: Abril Cultural, 1980. (Os Pensadores Textos Seleccionados).
- WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 25, p. 535–549, 2016.
- WHITEHEAD, Margaret; JUDGE, K; BENZEVAL, M. Tackling Inequalities in Health. **Health Education Journal**, [s. l.], v. 54, n. 2, p. 129–130, 1995.
- WILLIAMS, D. R.; COLLINS, C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. **Public Health Reports**, [s. l.], v. 116, n. 5, p. 404–416, 2001.
- WILLIAMS, David R.; PRIEST, Naomi. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, [s. l.], v. 17, p. 124–174, 2015.
- WORLD BANK. **The Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19**. [S. l.]: World Bank, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10986/34432>. Acesso em: 4 fev. 2024.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Cardoza Santos (Francisco Cardoso dos Santos Neto) a participar da pesquisa “Percepção dos atores da estratégia saúde da família (ESF) sobre a saúde da população negra durante o enfrentamento à covid-19, no bairro Granja Lisboa - Fortaleza (CE)”, que tem por objetivo Compreender a percepção do(a)s atores da estratégia saúde da família (ESF) sobre a saúde da população negra durante a pandemia da COVID-19, no bairro Granja Lisboa (Fortaleza - CE), à luz do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin

Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa fiquem esclarecidos.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

Caso aceite participar do estudo, será necessário responder questionário com informações de características sociodemográficas e participar de uma entrevista que permita recolher informação relacionada com o objetivo do estudo.

RISCOS E DESCONFORTOS:

A pesquisa não apresenta risco à integridade física do participante voluntário, a não ser a possibilidade de algum sentimento de desconforto ou angústia com alguma pergunta. Caso isso ocorra, você poderá, a qualquer momento, interromper sua participação.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios esperados com essa pesquisa será a compreensão da percepção dos atores envolvidos na estratégia da saúde da família sobre a saúde da população negra no contexto da pandemia de covid-19.

DIREITO DE SE RETIRAR DO ESTUDO:

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar e pode desistir, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE:

Todas as informações prestadas tornam-se confidenciais e guardadas pela ética do sigilo profissional. Sua identidade será preservada sempre. Sua participação será gravada em áudio, mediante autorização prévia. Durante as atividades haverá pequenas pausas para a conferência da qualidade e integridade das informações. Em caso de perda de dados, solicitaremos a repetição da atividade. O material será salvo em diversas mídias de uso restrito do pesquisador.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES:

Você não terá despesas pessoais durante o estudo e, também, não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

A pesquisadora se compromete a que os dados coletados somente serão utilizados para esta pesquisa. Você terá uma cópia desse TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

GARANTIA DE ACESSO:

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora é a farmacêutica Cardoza Santos que pode ser encontrada no endereço: Vila Gonçalves dos Santos, 12. Centro, Fortaleza (CE), CEP 60060-060.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de estes esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Assinatura do participante

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS E GRUPOS FOCAIS

Roteiro de entrevista semiestruturado para gestores

Senhor/a, a entrevista tem como objetivo recolher informação que permita investigar o seguinte tema: “Compreender a percepção do(a)s atores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde da população negra durante a pandemia da COVID-19, no bairro Granja Lisboa (Fortaleza - CE), à luz do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin.”

Data: _____

Declaro, para todos os fins, que eu li as informações contidas neste documento e aceito o convite para colaborar nesta pesquisa respondendo ao questionário seguinte. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual a sua idade?	
Telefone (DDD):	E-mail:
Sexo? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Travesti, Pessoa Trans ou Pessoa Não-binária <input type="checkbox"/> Prefiro não informar	Raça/Cor? <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena
Nível de escolaridade? <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleta <input type="checkbox"/> Pós-graduação completa	Qual seu estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Outros
Renda domiciliar? <input type="checkbox"/> Sem rendimento <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo (R\$ 1.200,00) <input type="checkbox"/> 1 a 3 salários mínimos (De R\$ 1.200,00 até R\$ 3.600,00) <input type="checkbox"/> 4 a 6 salários mínimos (De R\$ 4.800,00 até R\$ 7.200,00)	Onde você reside? <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> Capital (Fortaleza) Se você reside em Fortaleza. Qual é o seu bairro? _____ Se você reside no interior, qual a sua cidade _____

<input type="checkbox"/> Acima de 6 salários mínimos (acima de R\$ 7.200,00) <input type="checkbox"/> Não quero informar	
Qual seu vínculo contratual e/ou trabalhista? 1) Estatutário 2) CLT 3) Contrato temporário 4) Contrato por meio de cooperativa 4) RPA 5) Outro. Qual? _____	Qual sua situação categoria profissional? <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Téc. Enfermagem <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Outros: _____
Que tipo assistência à saúde você utiliza com maior frequência? <input type="checkbox"/> Sistema Único de Saúde (SUS) <input type="checkbox"/> Plano de saúde privado <input type="checkbox"/> Atendimento médico privado	Você ou algum membro da sua família recebeu algum auxílio do governo durante a pandemia (Bolsa Família, Auxílio Emergencial)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual sua religião? <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Religiões de matriz afro-brasileira <input type="checkbox"/> Não tenho religião <input type="checkbox"/> Outros	Você tem filhos? () Sim () Não Se sim na questão anterior, quantos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Se sim, qual a idade dos seu (s) filho(s)? _____

1. Qual a sua percepção sobre as condições de moradia, trabalho, disponibilidade de alimentos dos moradores do bairro?
2. Quais foram as ações de cuidado e prevenção a covid-19 realizadas pelas equipes de ESF junto à comunidade?
3. Quais estruturas foram criadas para o cuidado em saúde durante a pandemia no bairro Granja Lisboa?
4. Como foi o trabalho da gestão na unidade de saúde no período da pandemia (2020-21)?
5. Quais foram as facilidades e dificuldades para a gestão durante o enfrentamento a covid-19 (2020-21)?
6. Você conhece os gastos públicos investidos no bairro para o enfrentamento da covid-19?
7. Você acha que o SUS influencia na saúde das pessoas da Granja Lisboa? O que se

destaca? De que forma?

8. Que elementos da cultura e dos valores das pessoas da Granja Lisboa, você acha que tem relação com a saúde?
9. Sobre o psicológico dos trabalhadores da unidade e moradores da Granja Lisboa, o que você tem a dizer? Como elas estavam se comportando nesse período dos dois primeiros anos da pandemia?
10. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram a relação da unidade de saúde (gestores e profissionais) com os moradores da Granja Lisboa?
11. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram o acesso e continuidade dos moradores da Granja Lisboa nas escolas, faculdades e universidade?
12. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram o acesso a aposentadoria (INSS), aos benefícios de auxílio-doença, auxílio-acidente, auxílio-reclusão, salário maternidade, salário-família e pensão por morte entre os moradores da Granja Lisboa?
13. Durante o censo demográfico e no atendimento de algumas atividades públicas, está presente o questionamento sobre sua autodeclaração racial. Qual sua compreensão dos termos apresentados durante esse questionamento, sobre pardo, preto e branco?
- Categorias de raça/cor do IBGE: Branco, Pardo, Preto, Amarelo e Indígena.
14. Você gostaria de fazer algum comentário a mais? Alguma sugestão para esse trabalho?

Roteiro de entrevista semiestruturado para trabalhadores da saúde

Senhor/a, a entrevista tem como objetivo recolher informação que permita investigar o seguinte tema: “Compreender a percepção do(a)s atores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde da população negra durante a pandemia da COVID-19, no bairro Granja Lisboa (Fortaleza - CE), à luz do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin.”

Data: _____

Declaro, para todos os fins, que eu li as informações contidas neste documento e aceito o convite para colaborar nesta pesquisa respondendo ao questionário seguinte. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual a sua idade?	
Telefone (DDD):	E-mail:
Sexo? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Travesti, Pessoa Trans ou Pessoa Não-binária <input type="checkbox"/> Prefiro não informar	Raça/Cor? <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena
Nível de escolaridade? <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleta <input type="checkbox"/> Pós-graduação completa	Qual seu estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Outros
Renda domiciliar? <input type="checkbox"/> Sem rendimento <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo (R\$ 1.200,00) <input type="checkbox"/> 1 a 3 salários mínimos (De R\$ 1.200,00 até R\$ 3.600,00) <input type="checkbox"/> 4 a 6 salários mínimos (De R\$ 4.800,00 até R\$ 7.200,00) <input type="checkbox"/> Acima de 6 salários mínimos (acima de R\$ 7.200,00) <input type="checkbox"/> Não quero informar	Onde você reside? <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> Capital (Fortaleza) Se você reside em Fortaleza. Qual é o seu bairro? _____ Se você reside no interior, qual a sua cidade _____ _____

<p>Qual seu vínculo contratual e/ou trabalhista?</p> <p>1) Estatutário 2) CLT 3) Contrato temporário 4) Contrato por meio de cooperativa 4) RPA 5) Outro. Qual? _____</p>	<p>Qual sua situação categoria profissional?</p> <p>() Agente Comunitário de Saúde () Médico () Enfermeiro () Téc. Enfermagem () Auxiliar de enfermagem () Outros: _____</p>
<p>Que tipo assistência à saúde você utiliza com maior frequência?</p> <p>() Sistema Único de Saúde (SUS) () Plano de saúde privado () Atendimento médico privado</p>	<p>Você ou algum membro da sua família recebeu algum auxílio do governo durante a pandemia (Bolsa Família, Auxílio Emergencial)?</p> <p>() Sim () Não</p>
<p>Qual sua religião?</p> <p>() Católica () Evangélica () Espírita () Religiões de matriz afro-brasileira () Não tenho religião () Outros</p>	<p>Você tem filhos? () Sim () Não Se sim na questão anterior, quantos?</p> <p>() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 Se sim, qual a idade dos seu (s) filho(s)?</p>

1. Qual a sua percepção sobre as condições de moradia, trabalho, disponibilidade de alimentos dos moradores do bairro?
2. Quais foram as ações de cuidado e prevenção a covid-19 realizadas pelas equipes de ESF junto à comunidade?
3. Quais estruturas foram criadas para o cuidado em saúde durante a pandemia no bairro Granja Lisboa?
4. Como foi trabalhar na unidade de saúde no período da pandemia (2020-21)? Quais pontos de destaque?
5. Quais foram as facilidades e dificuldades para os trabalhadores durante o enfrentamento a covid-19 (2020-21)?
6. Você conhece os gastos públicos investidos no bairro para o enfrentamento da covid-19?
7. Você acha que o SUS influencia na saúde das pessoas da Granja Lisboa? O que se destaca? De que forma?

8. Que elementos da cultura e dos valores das pessoas da Granja Lisboa, você acha que tem relação com a saúde?
9. Sobre o psicológico dos trabalhadores da unidade e moradores da Granja Lisboa, o que você tem a dizer? Como elas estavam se comportando nesse período dos dois primeiros anos da pandemia?
10. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram a relação da unidade de saúde (gestores e profissionais) com os moradores da Granja Lisboa?
11. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram o acesso e continuidade dos moradores da Granja Lisboa nas escolas, faculdades e universidade?
12. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram o acesso a aposentadoria (INSS), aos benefícios de auxílio-doença, auxílio-acidente, auxílio-reclusão, salário maternidade, salário-família e pensão por morte entre os moradores da Granja Lisboa?
13. Durante o censo demográfico e no atendimento de algumas atividades públicas, está presente o questionamento sobre sua autodeclaração racial. Qual sua compreensão dos termos apresentados durante esse questionamento, sobre pardo, preto e branco?
- Categorias de raça/cor do IBGE: Branco, Pardo, Preto, Amarelo e Indígena
14. Você gostaria de fazer algum comentário a mais? Alguma sugestão para esse trabalho?

Roteiro dos grupos focais para usuários

Senhor/a, a entrevista tem como objetivo recolher informação que permita investigar o seguinte tema: “Compreender a percepção do(a)s atores da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde da população negra durante a pandemia da COVID-19, no bairro Granja Lisboa (Fortaleza - CE), à luz do modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Solar e Irwin.”

Data: _____

Declaro, para todos os fins, que eu li as informações contidas neste documento e aceito o convite para colaborar nesta pesquisa respondendo ao questionário seguinte. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual a sua idade?	
Telefone (DDD):	E-mail:
Sexo? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Travesti, Pessoa Trans ou Pessoa Não-binária <input type="checkbox"/> Prefiro não informar	Raça/Cor? <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena
Nível de escolaridade? <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação incompleta <input type="checkbox"/> Pós-graduação completa	Qual seu estado civil? <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Outros
Renda domiciliar? <input type="checkbox"/> Sem rendimento <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo (R\$ 1.200,00) <input type="checkbox"/> 1 a 3 salários mínimos (De R\$ 1.200,00 até R\$ 3.600,00) <input type="checkbox"/> 4 a 6 salários mínimos (De R\$ 4.800,00 até R\$ 7.200,00) <input type="checkbox"/> Acima de 6 salários mínimos (acima de R\$ 7.200,00) <input type="checkbox"/> Não quero informar	Onde você reside? <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> Capital (Fortaleza) Se você reside em Fortaleza. Qual é o seu bairro? _____ Se você reside no interior, qual a sua cidade _____ _____

<p>Qual sua situação profissional?</p> <p><input type="checkbox"/> Estudante</p> <p><input type="checkbox"/> Funcionário Público</p> <p><input type="checkbox"/> Profissional Liberal</p> <p><input type="checkbox"/> Empregador</p> <p><input type="checkbox"/> Desempregado</p> <p><input type="checkbox"/> Dono (a) de casa</p> <p><input type="checkbox"/> Autônomo</p> <p><input type="checkbox"/> Aposentado ou pensionista</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p>	<p>Você tem filhos? () Sim () Não</p> <p>Se sim na questão anterior, quantos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p>Se sim, qual a idade dos seu (s) filho(s)?</p> <p>_____</p>
<p>Que tipo de assistência à saúde você utiliza com maior frequência?</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema Único de Saúde (SUS)</p> <p><input type="checkbox"/> Plano de saúde privado</p> <p><input type="checkbox"/> Atendimento médico privado</p>	<p>Você ou algum membro da sua família recebeu algum auxílio do governo durante a pandemia (Bolsa Família, Auxílio Emergencial)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Qual sua religião?</p> <p><input type="checkbox"/> Católica</p> <p><input type="checkbox"/> Evangélica</p> <p><input type="checkbox"/> Espírita</p> <p><input type="checkbox"/> Religiões de matriz afro-brasileira</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho religião</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p>	

1. Qual a sua percepção sobre as condições de moradia, trabalho, disponibilidade de alimentos dos moradores do bairro?
2. Quais foram as ações de cuidado e prevenção a covid-19 realizadas pelas equipes de ESF junto à comunidade?
3. Quais estruturas foram criadas para o cuidado em saúde durante a pandemia no bairro Granja Lisboa?
4. Como foi o trabalho da gestão na unidade de saúde no período da pandemia (2020-21)?
5. Quais foram as facilidades e dificuldades para a gestão durante o enfrentamento a covid-19 (2020-21)?
6. Você conhece os gastos públicos investidos no bairro para o enfrentamento da covid-19?
7. Você acha que o SUS influencia na saúde das pessoas da Granja Lisboa? O que se

destaca? De que forma?

8. Que elementos da cultura e dos valores das pessoas da Granja Lisboa, você acha que tem relação com a saúde?
9. Sobre o psicológico dos trabalhadores da unidade e moradores da Granja Lisboa, o que você tem a dizer? Como elas estavam se comportando nesse período dos dois primeiros anos da pandemia?
10. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram a relação da unidade de saúde (gestores e profissionais) com os moradores da Granja Lisboa?
11. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram o acesso e continuidade dos moradores da Granja Lisboa nas escolas, faculdades e universidade?
12. Você consegue relatar as alterações ocorridas devido a pandemia de covid-19 que influenciaram o acesso a aposentadoria (INSS), aos benefícios de auxílio-doença, auxílio-acidente, auxílio-reclusão, salário maternidade, salário-família e pensão por morte entre os moradores da Granja Lisboa?
13. Durante o censo demográfico e no atendimento de algumas atividades públicas, está presente o questionamento sobre sua autodeclaração racial. Qual sua compreensão dos termos apresentados durante esse questionamento, sobre pardo, preto e branco?
- Categorias de raça/cor do IBGE: Branco, Pardo, Preto, Amarelo e Indígena.
14. Você gostaria de fazer algum comentário a mais? Alguma sugestão para esse trabalho?

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa “**PERCEPÇÃO DOS ATORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DURANTE O ENFERENTAMENTO À COVID-19, NO BAIRRO GRANJA LISBOA- FORTALEZA (CE)**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **CARDOZA SANTOS** do **CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA** da **UFC**, sob a orientação da Professora **DRA. KELEN GOMES RIBEIRO**, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências da **COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES V** da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de **SETEMBRO A OUTUBRO DE 2022**, não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: coepp@sms.fortaleza.ce.gov.br, ficando ciente(s) de que a COEPP/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

Fortaleza, 28 de junho de 2022



Anamaria Cavalcante e Silva

Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Rua Barão do Rio Branco, 910 / 1º andar
Fone: (85) 3105.1473 - Fortaleza - CE



**PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS
ESPECIAIS**

Of. 196/ 2022

Fortaleza, 28 de junho de 2022

À

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES V

Informamos que a pesquisa **“PERCEPÇÃO DOS ATORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DURANTE O ENFERENTAMENTO À COVID-19, NO BAIRRO GRANJA LISBOA- FORTALEZA (CE)”** recebeu anuência da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP) / Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, para ser realizada nesta CORES.

Aproveitamos a oportunidade para lhes apresentar o (a) autor (a) do estudo: **CARDOZA SANTOS** Enfatizamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após o (a)(s) pesquisador(a)(s) apresentar(em), a esta Instituição, o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa, para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

A seguir acrescentamos as informações sobre o estudo:

- 1) **Instituição Proponente:** UFC
- 2) **Curso:** CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
- 3) **Orientadora:** Professora DRA. KELEN GOMES RIBEIRO
- 4) **Local da Coleta dos Dados:** UAPS GUARANY MONT' ALVERNE
- 5) **Regional:** V
- 6) **Período de Coleta:** SETEMBRO A OUTUBRO DE 2022

Anamaria Cavalcante e Silva

Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS ATORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA DURANTE O ENFRENTAMENTO À COVID-19, NO BAIRRO GRANJA LISBOA - FORTALEZA (CE)

Pesquisador: CARDOZA SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61269322.9.0000.5054

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.589.098

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. O estudo terá abordagem qualitativa, descritiva e analítica. A pesquisa qualitativa é utilizada no estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. A pesquisa qualitativa, de origem nas ciências sociais busca, portanto, a compreensão da subjetividade humana, contextualizada e envolvida pela cultura do grupo (MINAYO, 2012). Para abordagem do fenômeno em questão, percorreremos o referencial teórico da pesquisa qualitativa a fim de investigar as percepções e relatos subjetivos dos profissionais da saúde que atuam na ESF. Ao reconhecer os sujeitos como atores da realidade social, a abordagem qualitativa destaca a subjetividade ao considerá-la como constitutiva do ser social e inerente à autocompreensão objetiva da realidade e toma como foco a experiência humana, valorizando os atores nos seus próprios contextos (BOSI, 2012). A estratégia metodológica percorrerá a realização de visitas exploratórias, a organização de grupos focais com os usuários e entrevistas semiestruturadas com os gestores e trabalhadores que aceitarem o convite.

A crise sanitária e humanitária desencadeada pela pandemia de covid-19 é o maior desafio contemporâneo (LIMA, Nísia Trindade, BUSS, et al., 2020). Os primeiros casos de COVID-19 no Brasil foram registrados em pessoas de classes econômicas privilegiadas que desembarcavam de viagens internacionais, já infectadas. Posteriormente, foi registrada a crescente disseminação do

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

