UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGSS

ALEXANDRE MIRANDA DE CASTRO

- DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ACADÊMICO -

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA DE IDOSOS NEGROS: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

PUBLIC HEALTH ASSISTANCE FOR ELDERLY BLACK QUILOMBOLAS: A STUDY IN A COMMUNITY

JOÃO PESSOA – PB
2023

ALEXANDRE MIRANDA DE CASTRO

- DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ACADÊMICO -

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA DE IDOSOS NEGROS: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para o título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social e Política Social

Linha de Pesquisa: Estado, Direitos Sociais e Proteção Social

Orientadora: Profa. Dra. Antônia Picornell Lucas

Coorientadora: Profa. Dra. Maria das Graça Miranda Ferreira da Silva

JOÃO PESSOA – PB
2023

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C355a Castro, Alexandre Miranda de.
A assistência à saúde pública de idosos negros : um estudo em uma comunidade Quilombola / Alexandre Miranda de Castro. - João Pessoa, 2023.
185 f.

Orientação: Antônia Picornell Lucas.
Coorientação: Maria das Graça Miranda F. da Silva.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Saúde pública. 2. Comunidades Quilombolas - Idosa. 3. Pandemia da covid-19. I. Lucas, Antônia Picornell. II. Silva, Maria das Graça Miranda F. da. III. Título.

UFPB/BC CDU (043)

Elaborado por GRACILENE BARBOSA FIGUEIREDO - CRB-15/794

ALEXANDRE MIRANDA DE CASTRO

- DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ACADÊMICO -

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA DE IDOSOS NEGROS: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para o título de Mestre em Serviço Social.

APROVADA EM: 24/03/2023

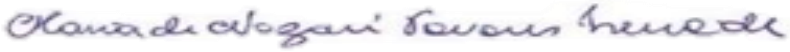
BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Antonia Picornell Lucas
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva
(Coorientadora)

Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho
(1 Examinador/a)

Profa. Dra. Danielle Viana Lugo Pereira
(2 Examinador/a)



Profa. Dra. Maria Nazaré Tavares Zenaide
(3 Examinador/a)

JOÃO PESSOA – PB
2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Professora Dra. Antônia Picornell Lucas e a minha coorientadora, Professora. Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva, pelo carinho, respeito e paciência nesta grande caminhada.

Agradeço à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, na pessoa da Coordenadora, Professora Dra. Marinalva de Sousa Conserva.

Agradeço ao professor Dr. Emanuel Luiz Pereira, pela contribuição na orientação inicial deste projeto.

Agradeço em especial a professora Dra. Aline Maria Batista Machado pela atenção prestada durante todo o mestrado.

Agradeço a todos os professores deste Programa de Pós-Graduação - PPGSS.

Agradeço à AACADE – Associação de Apoio aos Assentamentos e Comunidade Afrodescendentes, pelo apoio prestado.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de João Pessoa – PB, pelas informações prestadas.

Agradeço ao IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pelas informações prestadas.

Agradeço à liderança da Comunidade Quilombola de Paratibe, e a Presidente da Associação da Comunidade Negra de Paratibe (ACNP) por todo apoio e atenção antes e durante o andamento da pesquisa de campo.

Agradeço pelas excelentes contribuições da banca examinadora.

Agradeço a todos que contribuíram direta e indiretamente com este estudo.

JOÃO PESSOA – PB
2023

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus, por ter me dado força e disciplina na caminhada deste mestrado e por todas as vitórias já alcançadas até o momento.

Dedico, com muito amor e carinho, a minha esposa e aos meus filhos, razões do meu viver.

Dedico aos meus queridos pais, que com muito carinho e dedicação me orientaram a trilhar os melhores caminhos desta vida.

JOÃO PESSOA – PB
2023

“A democracia só será uma realidade quando houver, de fato, igualdade racial no Brasil [...]” (FERNANDES, 2017)

RESUMO

O estudo investigativo tem por objetivo analisar o acesso da **população idosa quilombola da comunidade de Paratibe**, no município de João Pessoa-PB, aos serviços de saúde pública, antes e durante o período da Pandemia da COVID-19, no lapso temporal de 2019 até final de 2021. O acesso à saúde é um direito constitucional que deve ser garantido pelo Estado brasileiro. Estudar o acesso à saúde pública de idosos negros quilombolas é um tema de extrema importância, sobretudo em períodos de ataque aos direitos sociais e da diminuição da participação do Estado no enfrentamento dos problemas sociais existentes. Portanto, aferir o nível de acesso desta população aos serviços de saúde, certamente, contribui para que haja mais reflexão sobre a necessidade de universalização deste direito, preceito básico do SUS e da nossa Carta Cidadã, e que tal universalização possa ser implementada de maneira mais efetiva para todos os grupos cujo acesso a bens e serviços públicos é sabidamente mais difícil. O caminho metodológico proposto, inicialmente, foi a coleta de dados, através de entrevistas semiestruturadas, que foram realizadas com os idosos da comunidade quilombola de Paratibe. Nesse sentido, procura-se avaliar de forma geral, por meio da escuta destes idosos, como estava o acesso ao atendimento à saúde pública desse grupo quilombola antes e durante a Pandemia da COVID-19, no lapso temporal de início de 2019 até o final de dezembro do ano de 2021. Também intenciona-se identificar a existência ou não de protocolos, fluxos, cartilhas ou notas técnicas dos poderes públicos, que colaborem na melhoria do acesso dos idosos da comunidade quilombola de Paratibe aos serviços de saúde pública da grande João Pessoa-PB.

Palavras-chave: Saúde Pública; Comunidades Quilombolas; Estado.

ABSTRACT

This investigative study aims to analyze the access of the elderly quilombola population in the Paratibe community, in the municipality of João Pessoa-PB, to public health services, before and during the COVID-19 pandemic, from 2019 to the end of 2021. Access to health is a constitutional right that must be guaranteed by the Brazilian State. Studying the access to public health of elderly black quilombolas is an extremely important topic, especially in periods of attack on social rights and reduction of the State's participation in addressing existing social problems. Thus, assessing the level of access of this population to health services certainly contributes to a deeper reflection on the need for universalization of this right, a basic principle of the SUS and our Citizen Charter, and that this universalization can be implemented more effectively for all groups whose access to public goods and services is known to be more difficult. The proposed methodological approach initially involves data collection through semi-structured interviews with the elderly of the Paratibe quilombola community. In this sense, we aim to evaluate, in general, through the listening of these elderly, how access to public health care was for this quilombola group before and during the COVID-19 pandemic, from the beginning of 2019 until the end of December 2021. It also intends to identify the existence or not of protocols, flows, brochures, or technical notes from public authorities that collaborate in improving the access of the elderly in the Paratibe quilombola community to public health services in the large João Pessoa-PB.

Keywords: Public Health; Quilombola Communities; State.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Resumo da Política Racial Quilombola (1998 a 2002) 70
Quadro 02 - Um breve resumo da legislação que protege e orienta o povo quilombola no Estado da Paraíba. 74
Quadro 03 - Renda *per capita* dos idosos entrevistados em campo de pesquisa (situação limite de sobrevivência) 97
Quadro 04 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: frequência de retorno às consultas de acompanhamento de sua doença antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e após (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19. 110
Quadro 05 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: O senhor/a teve acesso à consulta ou a algum procedimento em sua Unidade de Saúde da Família antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19? 113
Quadro 06 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: O (a) senhor (a) foi encaminhado (a) pela unidade básica de saúde para algum atendimento hospitalar da rede pública do município de João Pessoa – PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19? 115
Quadro 07 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Quais ferramentas (ex: visitas domiciliares, dentre outras) poderiam ter sido utilizadas para garantir com efetividade a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de saúde em sua Unidade de Saúde da Família, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19? 117
Quadro 08 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde púbica dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19? 122

Quadro 09 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: O senhor/a teve acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar em algum hospital público de referência de atendimento ambulatorial ou qualquer outro procedimento, na cidade de João Pessoa-PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?.....125
Quadro 10 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Quais as facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até Dezembro de 2021) o período da Pandemia do COVID 19? 129
Quadro 11 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Quais as dificuldades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?.....132
Quadro 12 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde dos hospitais públicos da cidade de João Pessoa PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?....137

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 01 - Quilombos da Paraíba.....79
Figura 01 - Logomarca da Associação da Comunidade Negra de Paratibe 82
Figura 02 - Galpão de Eventos da Comunidade Quilombola de Paratibe. 83
Figura 03 - “Óbitos quilombolas registrados: dados de idade”.....127
Gráfico 01 - Dados percentuais do índice de escolaridade dos idosos entrevistados.....100
Gráfico 02 - Dados percentuais do índice de acompanhamento / avaliação por profissional especializado em área de sua doença.....105

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária de Saúde
AACADE – Associação de Apoio aos Assentamentos e Comunidade Afrodescendentes
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACNP – Associação da Comunidade Negra de Paratibe
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CF – Constituição Federal
CNCNEQ – Coordenação Estadual de Comunidades Negras Quilombolas
CNPIR – Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial
CONAQ – Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
CONSEPE – Conselho Superior de Ensino Pesquisa e Extensão
COVID – “Doença do Coronavírus”
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FCP – Fundação Cultural Palmares
GAB – Gerência de Atenção Básica
HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley
INCRA – Instituto Nacional de Colonização Agraria
ISA – Instituto Socioambiental
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PB – Paraíba
PMJP – Prefeitura Municipal de João Pessoa
PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPGSS – Programa de Pós-graduação em Serviço Social

PQB – Programa Brasil Quilombola

RTID – Relatório Técnico de Identificação e Delimitação do Território da Comunidade Quilombola de Paratibe

SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SDI – Supervisão de Disseminação de Informações

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16

2 CAPÍTULO I: ASPECTOS CONJUNTURAIS E ESTRUTURAIS: A RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE - CONFLITO DE INTERESSES E CONTRADIÇÕES NA CONCRETIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS 29

2.1 A CRISE DO CAPITALISMO E O AVANÇO DO PROJETO NEOLIBERAL NO BRASIL 33

2.2 O APANHADO DO DESMONTE DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL ... 42

2.3 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ATUAL 45

2.3.1 Uma breve análise da saúde nos governos Temer e Bolsonaro 49

2.4 A RELAÇÃO DO CAPITALISMO COM A COVID-19 53

2.5 RACISMO ESTRUTURAL E NECROPOLÍTICA EXISTENTES NA POPULAÇÃO NEGRA E QUILOMBOLA BRASILEIRA: UMA BREVE ASSOCIAÇÃO COM O PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID-19 55

2.6 O RACISMO ESTRUTURAL E A NECROPOLÍTICA NA REALIDADE DOS NEGROS E QUILOMBOLAS BRASILEIROS: UMA RÁPIDA AVALIAÇÃO DESTA RELAÇÃO COM A PRECARIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID–19 59

3 CAPÍTULO II: RACISMO COMO EMARANHADO DA TEIA SOCIAL NO BRASIL 66

3.1 ESCRAVATURA NO BRASIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS 66

3.2 POVOS QUILOMBOLAS: PARÂMETROS LEGAIS E A REALIDADE DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE PARATIBE EM JOÃO PESSOA-PB 70

3.3 A PERSPECTIVA ATUAL DA SAÚDE NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA BRASILEIRA COM O QUADRO PANDÊMICO E A ATUAL SITUAÇÃO DO IDOSO NEGRO 83

4 CAPÍTULO III: APARATO METODOLÓGICO 89

4.1 PARTICIPANTES E AMOSTRA 89

4.2 OBJETIVOS 89

4.3 TÉCNICAS DE ANÁLISES 90

5 CAPÍTULO IV: RESULTADOS - A SITUAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA E A ANÁLISE DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA DOS IDOSOS NEGROS QUILOMBOLAS DA COMUNIDADE DE PARATIBE NA ATUALIDADE 96

5.1 A SITUAÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA DOS IDOSOS DA COMUNIDADE DE PARATIBE NA ATUALIDADE 96

5.2 ANÁLISE DA ESTRUTURA DE SAÚDE DOS IDOSOS NEGROS NA COMUNIDADE E A FREQUÊNCIA DE RETORNO ÀS CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO DE SUA DOENÇA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 102

5.3 A ANÁLISE COMPARATIVA DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA DOS IDOSOS A SUA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTES E DURANTE O PERÍODO PANDÊMICO 112

5.4 ANÁLISE COMPARATIVA DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA DOS IDOSOS AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB ANTES E DURANTE O PERÍODO PANDÊMICO 124

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 142

REFERÊNCIAS 149

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) – UFPB – HULW 168

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 179

APÊNDICE B – ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS 182

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação se constitui em um estudo investigativo, com o **objetivo de analisar e verificar o acesso ao atendimento à saúde pública dos idosos negros quilombolas da comunidade quilombola de Paratibe**, localizada no bairro de Paratibe, na cidade de João Pessoa-PB.

O estudo tem como proposta contribuir com a análise sobre o acesso da população idosa quilombola da comunidade de Paratibe, em João Pessoa-PB, aos serviços de saúde, antes e durante a Pandemia da COVID-19. Acredita-se que, historicamente, as pessoas idosas da supracitada comunidade têm **acesso precarizado aos serviços de saúde pública**, tendo havido piora durante o período pandêmico. Com relação a esse assunto, analisou-se o acesso ao atendimento à saúde considerando as opiniões do próprio idoso da referida comunidade.

Adotou-se uma **pesquisa de campo, tratada na perspectiva do materialismo histórico-dialético,** com intuito de se aproximar, ao máximo possível, da realidade dos idosos investigados. Precisa-se ter claro que, através da perspectiva do materialismo histórico-dialético, “[...] entendemos que o pesquisador na investigação do objeto busca responder a algo socialmente construído através do desvelamento do real, e para isso, faz-se necessário estabelecer as máximas relações possíveis que caracterizam a realidade observada [...]” (LEITE *et al.*, 2019, n. p.). Para tanto, conta também com uma pesquisa bibliográfica e documental, referentes à temática abordada. É necessário analisar o acesso à saúde através do contexto próprio das questões raciais, a fim de demonstrar o quanto o idoso negro quilombola é excluído de usufruir de direitos sociais, mesmo sendo universais, garantidos, portanto, constitucionalmente.

A **justificativa** por esse objeto de estudo se deve às observações realizadas enquanto Assistente Social inserido na “Política de Saúde”. Observou-se, antes e durante o **período da Pandemia da COVID-19**, através de um processo de observação, a ausência de atendimento de idosos da comunidade quilombola de Paratibe.

De acordo com as perguntas-norteadoras, elaboradas a partir da constatação da ausência do grupo de idoso pertencente à comunidade quilombola de Paratibe, indagou-se se e quais ferramentas foram adotadas para facilitar o atendimento desse

grupo durante a Pandemia da COVID-19; se houve disponibilidade de atendimentos e, em caso positivo, como foram realizados; se existe (existiu) ou não um fluxo, um protocolo de atendimento prioritário para os idosos desta comunidade nos serviços de saúde pública da cidade de João Pessoa-PB, antes e durante a citada Pandemia.

Para responder a esses questionamentos, partiu-se da **hipótese** de que há uma grande dificuldade de acesso aos serviços de atendimento na saúde pública dos idosos quilombolas da comunidade de Paratibe, na cidade de João Pessoa, e que isso se dá devido à pouca atenção, em termos de proteção social, por parte dos poderes públicos.

Há um lapso no acesso aos serviços de saúde antes e durante a covid na população idosa de Paratibe-PB. Quais as ***razões históricas*** e ***motivos conjunturais*** (covid - janeiro de 2019 até dezembro de 2021) para *haver* dificuldades de **acesso** aos serviços de atendimento na saúde pública dos idosos quilombolas da comunidade de Paratibe, na cidade de João Pessoa? Qual a proteção social oferecida as comunidades quilombolas? E as pessoas idosas em quilombo?

Este estudo, portanto, trata-se de uma proposta que visa averiguar o acesso da população idosa quilombola da comunidade de Paratibe, no município de João Pessoa – PB, aos serviços de saúde, tendo como foco de observação o período anterior e durante a Pandemia da COVID-19, ou seja, abrangendo o **lapso** no acesso aos serviços de saúde durante o recorte **temporal de janeiro de 2019 até dezembro de 2021**, a fim de compará-los.

A escolha pelo público alvo (idoso negro e quilombola) foi estruturada pela fragilidade histórica de acesso aos direitos sociais por parte desse grupo, dentre eles, o da saúde, em razão da condição de vulnerabilidade social a qual são submetidos durante anos, e, principalmente, pela própria condição de idoso, que requer cuidados constantes e eficientes da família e do Estado, no sentido de garantir o acesso justo e igualitário para todos.

É consenso que, para que sejam reduzidas as iniquidades em saúde, vividas por negros no país, é necessário minimizar as desigualdades sociais e o nível de pobreza, bem como possibilitar maior equidade na distribuição de bens e serviços de saúde que são oferecidos a essa população (SANTOS *et al.,* 2016).

Dentre outras diversas fontes de estudo e aferição do conhecimento, o Ministério da Saúde, em resposta a uma demanda do movimento negro, desde 1996,

instituiu o critério “cor” na coleta de dados dos sistemas de saúde. A constatação de grave iniquidade entre pessoas brancas e negras no acesso à saúde pública não surpreendeu o movimento negro brasileiro, que já denunciava uma grave violação ao direito desse grupo (FAUSTINO, 2012, p. 96).

Outros indicadores sustentam os mesmos achados acerca da existência de diferenças substanciais em desfechos na saúde envolvendo pessoas negras. Por exemplo, segundo o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2007), os óbitos de mulheres pardas apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas no período de 2000 e 2003, correspondendo a 41,5%, enquanto que, para mulheres brancas, foi de 12,3% (FAUSTINO, 2012, p. 96).

Outro dado extremamente importante trazido pelo mesmo autor e que impacta direta ou indiretamente na pesquisa investigativa em desenvolvimento é que “a expectativa de vida ao nascer dos brancos é de 73,9 anos, enquanto a dos negros (pretos e pardos) é de 67,8 anos” (FAUSTINO, 2012, p. 96). Portanto, as iniquidades no quesito saúde são expressadas no país onde reina a estrutura de uma sociedade que ainda trabalha com traços baseados de continuidade na lógica colonial.

Importante, na análise do acesso à saúde tendo como escopo as iniquidades raciais, destacar o conceito de Direitos Humanos, no sentido de entender melhor e viabilizar um processo que garanta uma igualdade racial na saúde pública do Brasil. Nesse sentido, merece guarida lição de Lopes (2005):

> Sabemos que um dos primeiros passos para minimizar as vulnerabilidades é identificar os direitos não efetivados tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo e, em seguida, elaborar estratégias de promoção. A perspectiva universalista do quadro de Direitos Humanos oferece uma referência generalizável sob a qual se pode examinar qualquer contexto social ou estrutura de programa, avaliando o quanto esses afastam (ou aproximam) as pessoas dos mais altos e desejáveis padrões de qualidade de vida. Segundo França Jr. e col. (2000), *“a identificação das possibilidades e limites da interlocução entre a Saúde Coletiva e os Direitos Humanos pode reforçar a perspectiva de que* ***o bom cuidado em saúde é, acima de tudo, um Direito Humano****”* (LOPES, 2005, p.14).

Em que pese a garantia constitucional de acesso universal à saúde no Brasil, na prática, conforme visto, a questão da equidade em saúde da população negra continua a ser um desafio, sobretudo quando se relacionam esses dados à base da presente pesquisa, composta por pessoas idosas negras e quilombolas. Certos autores destacam que:

> Se unirmos os dados da mortalidade de pretos e de pardos nordestinos no período compreendido entre 2001 e 2015, vemos que, entre 60 e 69 anos de idade, 62,6% de todos os óbitos são de negros, número reduzido para 52,3% na faixa etária de 80 anos e mais. Já em relação aos brancos, observa-se, claramente, um incremento de 23,9% entre os idosos com idades menos avançadas para 34,6% entre os longevos (MENDES, 2018), o que denota a mortalidade precoce de pessoas idosas pretas e pardas. (SILVA *et al.*, 2021, p.213).

Diante das diversas manifestações e frente às desigualdades raciais do Brasil, criou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que, dentre seus objetivos, tem a ampliação do acesso da população negra, em particular das comunidades quilombolas, às ações e aos serviços de saúde (SANTOS *et al.,* 2016).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) se deu através do processo histórico de reinvindicação do movimento negro, diante do contexto da existência do "racismo institucional", presente em todos os âmbitos da sociedade brasileira. "Ou seja, a PNSIPN, ao partir do reconhecimento do racismo institucional, faz de sua própria implementação um vetor de transformação da percepção e das práticas no interior do sistema de saúde" (OLIVEIRA *et al.*, 2022, p. 9). Nesta lógica, é necessário entender que o racismo:

> [...] é uma forma primária de representação na qual é impossível distinguir entre o que está dentro e o que está fora (MBEMBE, 2014). Ribeiro (2018) o vê como um sistema de opressão que nega direitos, em vez de um simples ato de volição individual. A autora destaca que o racismo e a pobreza beneficiaram economicamente a população branca ao longo da história, enquanto a população negra sempre foi tratada como mercadoria, sem acesso a direitos básicos ou distribuição monetária. (OLIVEIRA *et al.*, 2022, p. 3 - 4).

Para a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1968), conforme editado no Decreto Nº 65.810 de 08 de dezembro de 1969, em seu artigo I, alínea 1:

> [...] a expressão "discriminação racial" significará qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseadas em raça, côr, descendência ou origem nacional ou étnica que tem por objetivo ou efeito anular ou restringir o reconhecimento, gôzo ou exercício num mesmo plano, (em igualdade de condição), de direitos humanos e liberdades fundamentais no domínio político econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio de vida pública.

Apesar das pressões e reinvindicações do movimento negro, a PNSIPN, começou a tomar formato legal a partir da Constituição Federal de 1988. Com isso, temos:

> Em 1988, a Constituição brasileira estabeleceu o princípio da igualdade ou não discriminação, que estabelece que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer espécie”, dando início às políticas de promoção da igualdade racial (BRASIL, 1988). Durante esse período, vários debates sobre racismo e a formulação de programas de ação afirmativa assumem crescente visibilidade no cenário brasileiro, a exemplo dos movimentos sociais negros, na perspectiva da construção de uma política setorial, com recorte racial, gerador de um processo de diferenciação e de busca de legitimação na saúde pública. (MAIO; MONTEIRO, 2005 apud OLIVEIRA *et al.*, 2022, p. 6).

Ou seja:

> A PNSIPN tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades raciais e do racismo institucional como determinantes sociais de saúde, uma vez que a redução destas disparidades étnico-raciais impacta as condições e qualidade de saúde dos usuários do SUS (BATISTA *et al.*, 2017 apud OLIVEIRA *et al*, 2022, p. 7).

Como um dos principais desdobramentos da 8ª Assembleia Nacional de Saúde em 1986, a Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, na qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de raça, cor, religião, local de moradia e orientação sexual, devendo ser provida pelo Sistema Único de Saúde (MS, 1986; SUS; BRASIL, 1988).

Com relação ao presente estudo, o público-alvo é composto por cidadãos que fazem parte da comunidade e que vivem em situação de vulnerabilidade social, o que pode fornecer vários requisitos e subsídios para gestores e profissionais de saúde quanto à necessidade de criação de protocolos, fluxos, situações e ações de modelos, cartilhas de orientação ou normas técnicas que possam favorecer a promoção do acesso e melhoria do atendimento da saúde desses idosos.

Portanto, aferir o nível de acesso dessa população aos serviços de saúde, certamente, contribui para que haja mais reflexão sobre a necessidade de universalização deste direito, preceito básico do SUS e da nossa Carta Cidadã, e que tal universalização possa ser implementada de maneira mais efetiva para todos os grupos cujo acesso a bens e serviços públicos é sabidamente mais difícil. Como se sabe, o SUS tem um papel muito importante na efetivação destes direitos,

principalmente o de melhoria no acesso à saúde pública, motivo pelo qual vale destacar que:

> O Sistema Único de Saúde (SUS) é comprometido com o combate às iniquidades na saúde que atingem a população brasileira (BRASIL, 1990). Nesse sentido, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) veio consolidar ações e planos voltados para a atenção à saúde da população negra, que ainda persiste sob um quadro de desigualdades ao longo da história. (VIEIRA *et al.*, 2013, p. 611).

Especificamente, este estudo traz contribuições ao Serviço Social enquanto profissão que lida com a questão social de maneira contumaz. Por outro lado, sustenta-se, ainda, que estudar o acesso dos idosos quilombolas aos serviços de saúde torna-se objeto de estudo relevante, sobretudo em tempos de acirramento da liberalização da economia, uma vez que já se sabe que é justamente diante de crise financeira e de um discurso majoritário, no âmbito político, da necessidade de corte de gastos, que a saúde é sempre alvo de restrições orçamentárias e de incentivo à iniciativa privada.

A atual conjuntura de governo age no sentido de diminuir o investimento em políticas públicas sociais, desmontando as estruturas que promovem direitos sociais, além de fomentar o incentivo à iniciativa privada. Nesse sentido, demonstrar um acesso escasso e deficitário desses grupos sociais invisibilizados (como os que vivem nas comunidades quilombolas) aos serviços de saúde, pode levar a enfrentar, através de propostas de inserção social e ferramentas objetivas de mudança, as injustiças sociais das quais são vítimas ao longo da história.

Este objeto de estudo é relevante porque é através de análises como esta que se pode refletir acerca das situações de exclusão e do não acesso aos serviços de saúde das populações mais vulneráveis, apontando possíveis soluções que podem ser adotadas pelo Estado, o que confirma a afirmação de Faleiros (2009): “[...] a partir do Estado é possível recentralizar as decisões, repensar a sociedade [...]” (FALEIROS, 2009, p. 66). Mas, para o Estado se tornar mais socialista, no sentido de efetivar mais proteção social, há necessidade de organização da sociedade civil, por meio de seus sindicatos, associações, conselhos de Políticas, fóruns, movimentos sociais e outros, a fim de reivindicar essa proteção social estatal.

As pesquisas existentes neste âmbito apresentam que as comunidades quilombolas ainda vivem à margem da sociedade, excluídas de todas as garantias de direitos, inclusive de acesso à saúde pública de qualidade (CASTRO *et al.,* 2021).

A utilização de serviços de saúde é resultado de um conjunto amplo e complexo de determinantes que incluem fatores relacionados à organização da oferta, às características sociodemográficas dos usuários, ao perfil epidemiológico e aspectos relacionados aos prestadores de serviços (GOMES *et al.,* 2013). Nessa senda, precisa-se demonstrar a real situação dos idosos negros quilombolas ao acesso do atendimento à saúde pública.

Por outro lado, a história colonial brasileira é marcada pelo tráfico negreiro. De acordo com Freitas (1982), que se debruçou acerca do tema, "[...] os traficantes descarregavam nas costas brasileiras uma média anual de cinco mil negros (africanos escravizados)" (FREITAS, 1982, n.p.). Alvos da violência desumana e perversa, os povos africanos foram retirados de suas nações, de sua cultura e de suas famílias para trabalharem como escravos para os colonizadores brasileiros.

A trajetória dos escravos negros foi marcada pelo descaso em relação às suas necessidades humanas, visto que eles eram tratados como animais trabalhadores (FREITAS, 1982). Tal situação forçou essa massa da população brasileira colonial a criar meios de romper com o modelo de exploração. Muitas foram as formas de resistência ao modelo escravista de trabalho forçado, sendo a fuga uma das ações realizadas pelos escravos, que, quando exitosas, promoviam a formação de comunidades isoladas e de difícil acesso, tidas como refúgio dos escravos.

Conforme o art. 2º do Decreto nº. 4.887, de 20 de novembro de 2003:

> Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

O Brasil foi o último país do mundo a abolir a escravidão. Sem qualquer planejamento de inserção social, aprovou uma lei para lançar pessoas escravizadas, sem condições mínimas de vida, em uma sociedade completamente estruturada em um modelo escravagista de relações interpessoais, laborais, etc., ou seja, tendo a existência da escravidão como teia social (SIQUEIRA, 2011). Nesse contexto, sem

moradia certa, sem emprego, com histórias trágicas de famílias desfeitas, essas pessoas passaram a competir, como se existissem condições para tal, pela sobrevivência. Conforme dito por Souza (2019), “o presente não se explica sem o passado, e apenas a interpretação que reconstrói a gênese efetiva da realidade vivida pode, de fato, ter poder de convencimento” (SOUZA, 2019, p.14). Ou seja, a escravidão no Brasil deixou traços fortes e marcantes que explicam totalmente o atraso da garantia dos direitos sociais, dentre eles, a um acesso a saúde pública de qualidade para populações negras quilombolas em nosso país até os dias atuais.

Destaca-se, como foi dito por Florestan Fernandes, que no Brasil existe o “mito da democracia racial” (FERNANDES, 2017, p. 29-30). Esse “mito”, segundo o autor, nos dá “a falsa consciência oculta a realidade e simplifica as coisas” (FERNANDES, 2017, p. 30). Podemos transportar essa mesma falsa consciência a respeito da realidade à suposta existência de uma “universalidade ao acesso à saúde pública no Brasil”, universalidade esta que ainda não é completa, ou seja, não atinge sua totalidade.

Diante desta situação, traz-se importante lição:

> O mito da “democracia racial”, tão corajosamente analisado e desmascarado por Florestan Fernandes, orgulha-se com a proclamação de que o “Brasil tem atingido um alto grau de assimilação da população de cor dentro do padrão de uma sociedade próspera”. Muito pelo contrário, a realidade dos afro-brasileiros é aquela de suportar uma tão afetiva discriminação que, mesmo onde constituem a maioria da população, existem como minoria econômica, cultural e nos negócios políticos. O estado da Bahia exibe dramaticamente esta situação do afro-brasileiro despossuído (NASCIMENTO, 2017, p. 98).

Após o período escravocrata no Brasil, os negros foram jogados à sorte, sem nenhum direito individual e social que garantisse o mínimo de sobrevivência possível, permanecendo a vaga e falsa ideia de que as elites e classes mais privilegiadas não precisariam discutir a necessária revolução social a partir das relações raciais, pois, diante do fim da escravidão, a democracia ali também germinaria com sucesso (FERNANDES, 2017). Durante 4 séculos, direitos individuais foram peças de ficção.

Acerca do contexto brasileiro, o mesmo autor sustenta:

> Ora, a revolução social vinculada à desagregação da produção escravista e da ordem social correspondente não se fazia para toda a sociedade brasileira. Seus limites históricos eram fechados, embora seus dinamismos históricos fossem abertos e duráveis. Naqueles limites, não cabiam nem o escravo e o liberto, nem o “negro” ou o “branco pobre” como categorias sociais. Tratava-se de uma revolução das elites; no plano racial, de uma revolução do

> BRANCO para o BRANCO, ainda que se tenha de entender essa noção em sentido etnológico e sociológico (FERNANDES, 2017, p. 30).

Essa questão do “mito da democracia racial” é nítida na sociedade brasileira até os dias atuais. No Brasil, a população negra continua sendo menos abastada financeiramente, mais sujeita à violência policial e estatal, maioria absoluta quando se trata de exclusão dos direitos econômicos, sociais e culturais. Em se tratando de comunidades quilombolas, naturalmente mais afastadas dos centros urbanos, a grande maioria vive em constante situação de vulnerabilidade social. Ou seja, não raramente, nesses lugares, falta o mínimo necessário a uma sobrevivência digna: esgoto, abastecimento de água potável, visitas de profissionais da saúde, entre outros. Para ilustrar o aludido, seguem os seguintes dados:

> Conforme os dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e Fundação Cultural Palmares, com base de referência em dezembro de 2014, há 2.422 CRQs com registro oficialmente reconhecidos pelo Estado (PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA, 2016). As famílias estão distribuídas 77,7% em área rural e 22,3% em área urbana. É importante verificar a situação de extrema pobreza desse grupo étnico. Entre as 82.000 famílias inscritas no CadÚnico, aproximadamente 70,6% apresentavam renda familiar inferior a R$ 77,00. A baixa escolarização e o analfabetismo são outras realidades dessas comunidades. Aproximadamente, 24,81% não sabem ler. Em apenas 26,9% há coleta de lixo. O escoamento sanitário ocorre em 9,9% em vala a céu aberto e 59% em fossa rudimentar (PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA, 2016; SOUZA *et al*., 2019, p. 1059).

A partir da Constituição Federal de 1988, a questão quilombola entrou na agenda das políticas públicas. Fruto da mobilização do movimento negro, o Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) afirma que: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os respectivos títulos” (BRASIL, 1988, n.p.).

Além do reconhecimento de propriedade aos quilombolas, outras políticas públicas são necessárias para o pleno desenvolvimento dessas pessoas. Dentre essas políticas, a “Política de Saúde”, que será o foco de análise dessa pesquisa, é essencial à noção do próprio direito à vida. Nas palavras de dois autores sobre o tema:

> O acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2865).

No Brasil, houve um movimento de saúde na década de 1970. A defesa da reforma do sistema de saúde foi sustentada a partir da transformação do principal método biológico de solução dos problemas de saúde para o método da estrutura histórica, que considera as condições socioeconômicas e políticas para determinar a condição das doenças. Nessa argumentação, o Estado teria um papel capital na promoção de saúde, regulação do sistema e na oferta de serviços, sendo imperativa a democratização do acesso à saúde e a reestruturação do sistema de serviços (VIACARA *et al.,* 2018). Portanto, ter boa saúde passou a ter relação direta com o acesso a bens e serviços de qualidade e ao usufruto de direitos sociais, isto é, passou a significar ter qualidade de vida, e não somente ter ausência de doenças.

A Lei nº 8.080/1990, por sua vez, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios e diretrizes estampados no seu artigo 7º, tais como:

> [...] a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde (inciso I); a integralidade da assistência (inciso II); a igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie (inciso IV); a participação da comunidade (inciso VIII); e descentralização político-administrativa (inciso IX (BRASIL, 1990).

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde da população quilombola, especificamente acerca da parcela idosa, estudos apontam que:

> [...] O isolamento geográfico, os horários de atendimentos, as longas filas e o tempo de espera têm sido apontados como fatores que explicam, pelo menos parcialmente, a menor prevalência de utilização de serviços de saúde[1-2]. Igualmente, os problemas enfrentados para o funcionamento do PSF nessas comunidades, como a alta rotatividade dos profissionais de nível superior em regiões rurais e a precária infraestrutura para a realização dos atendimentos[3], o preconceito e atendimento desumanizado por parte dos profissionais de saúde, podem constituir barreiras ao acesso e uso dos serviços de saúde por esse grupo populacional (GOMES *et al.*, 2013, p. 1837).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve um aumento significativo com relação ao acesso à saúde para grande parte da população. Na

---

[1] "MARQUES, A. S.; CALDEIRA, A. P.; SOUZA, L. R.; ZUCCHI, P.; CARDOSO, W. D. A. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, p. 154-61, 2010" (GOMES *et al.,* 2013, p. 1841).

[2] "SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 19, p. 109-120, 2010" (GOMES *et al.,* 2013, p. 1841).

[3] "VOLOCHKO, A. A saúde nos quilombos. *In*: VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. (Orgs.). **Saúde nos quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p. 147-168" (GOMES *et al.,* 2013, p. 1841).

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1981, antes da implantação do SUS, 8% da população afirmaram ter utilizado os serviços de saúde nos últimos 30 dias. Em 2008, a taxa de utilização dos serviços de saúde foi de 14,2%, um aumento homólogo de 174% (GOMES *et al.,* 2013).

Especificamente, no caso das comunidades quilombolas, importa salientar que se trata de grupo que vive em contextos de exclusão, tanto com relação ao acesso a serviços públicos quanto em razão da herança cultural atrelada à vida ancestral ligada à escravidão. Portanto, o estudo sobre suas especificidades deve ser realizado tendo em conta um extenso contexto sociocultural cuja emancipação cidadã ainda é um objetivo.

Os cidadãos das comunidades quilombolas são reconhecidos, segundo o artigo 2° do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com ancestralidade negra e trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas”.

Exatamente porque não se pode deslocar a análise dos fenômenos do panorama sociocultural em que estão inseridos, acerca do direito à saúde, alguns autores que se debruçaram sobre o tema sustentam que:

> É preciso ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do SUS, levando-se em conta que o acesso ao mesmo, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. Mas sem perdermos de vista que a universalidade do SUS, que seria o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, para toda a população brasileira ainda não se efetivou na prática (FREITAS *et al.,* 2011, p. 938).

Ou seja, em que pese o fato de haver uma norma garantidora do acesso universal à saúde, em termos práticos, não se vê garantido tal direito fundamental para todas as pessoas. Em se tratando das comunidades quilombolas, que são resultado de uma tragédia humanitária (escravidão), faz-se necessário elencar os motivos ensejadores de exclusão e dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, tomando como base sempre o processo histórico, social e cultural como elementos concorrentes do fenômeno de afastamento dessas comunidades à emancipação política.

Essa população quilombola enfrenta problemas provenientes de conjunturas de governos e de uma estrutura de sistema capitalista, excludente e injusta,

principalmente para com povos que vivem em situação de vulnerabilidade social, sendo as más condições de vida e saúde resultados de uma cultura social dominadora e de subjugação das classes dominantes para com negros, escravos, pobres, indígenas e mestiços durante séculos de história (CASTRO *et al.,* 2021, n.p.).

Diante dessa conjuntura, e no intuito de melhorar os aspectos deste estudo, optou-se por dividir esta dissertação em quatro capítulos.

No **capítulo primeiro**, foram abordados aspectos amplos, vinculados à conjuntura da relação do Estado com a sociedade, e ainda de categorias que deram a centralidade do estudo, dentre elas: a compreensão do “Estado ampliado”, noção de Gramsci, que examina o papel do Estado na efetivação de políticas sociais.

Em seguida foi dada ênfase sobre a crise do capitalismo e o avanço do projeto neoliberal no Brasil, inicialmente com o intuito de mostrar que a crise do capitalismo é uma “crise sistêmica” (Netto, 2012), e que afeta, de uma forma globalizada, todo o sistema do capital. Com relação à conjuntura do surgimento do projeto neoliberal, foi feito um breve apanhado do início deste projeto no mundo, partindo-se, em seguida, para uma abordagem do início do seu surgimento no Brasil, perpassando por alguns governos até chegar ao governo do ex-presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva (2002-2010).

Logo adiante, foram abordados aspectos sobre o apanhado do desmonte da seguridade social e da política de saúde pública atual no Brasil, oportunidade em que foi realizada uma breve análise dessas políticas nos governos Temer e Bolsonaro. Ainda neste capítulo, foi engendrada uma relação entre o capitalismo com a COVID-19, em que importantes conceitos (como o da necropolítica (MBEMBE, 2021) e do racismo estrutural (ALMEIDA, 2020) foram visitados, associando-os com o período da pandemia e a população negra e quilombola brasileira.

O **segundo capítulo** explanou sobre os traços da escravidão no Brasil e suas consequências. Em seguida, foi abordado, mesmo que forma resumida, alguns parâmetros legais de avanços sobre os direitos dos quilombolas no Brasil e no Estado da Paraíba – PB. Neste tópico, adentrou-se um pouco na realidade da comunidade quilombola de Paratibe, mostrando suas origens como formalização de uma comunidade quilombola, e demonstrando que ela vem de um processo histórico constante de lutas na busca por direitos sociais concretos e duradouros, buscando a concretização de “identidade de quilombo” (COSTA, 2016, p.109), através da

resistência. E logo adiante, enfatizou-se um pouco sobre a sua “autoidentificação e identidade atribuída” (COSTA, 2016, p. 109). E por último, não menos importante, no intuito de cravar e elucidar as bases que ajudaram a constituir este estudo, foi trabalhada a perspectiva atual da saúde na população quilombola, relacionando com o quadro pandêmico e buscando entender a atual situação do idoso negro nesta conjuntura.

No **terceiro capítulo**, esmiuçou-se todo o aparato metodológico utilizado na pesquisa de campo, explicando os procedimentos e as técnicas utilizadas para atingir os objetivos, e de que forma foram tratados os dados empíricos, oportunidade em que foi explanado todo o método de investigação. No primeiro ponto, foi abordada uma composição da amostra; em seguida, foram desenvolvidos os objetivos; posteriormente, foram explicadas as técnicas trabalhadas e sua relação com os dados recolhidos em campo de pesquisa, sempre com o intuito de alcançar os objetivos pré-determinados do estudo.

No **quarto capítulo**, foram enfatizados os dados empíricos da pesquisa de campo, mostrando os resultados obtidos no sentido de concretização de seu *lócus*, enfatizando a situação social e econômica dos idosos negros, levando em consideração dados importantes, como a renda *per capita* e o nível de escolaridade. Em seguida, foram comparados os dados relativos ao acesso à saúde pública desses idosos antes e durante o período pandêmico, concretizando os resultados da pesquisa no sentido da necessidade de viabilização de métodos que possam vir a melhorar esse acesso.

Na **parte final** desta dissertação, encontram-se as considerações finais, as referências utilizadas como base, bem como o anexo, ou seja, o relatório de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – HULW), e os apêndices, o Termo de Consentimento e o roteiro das entrevistas semiestruturadas, que foram aplicadas ao público-alvo para fins de extração de dados.

2 CAPÍTULO I: ASPECTOS CONJUNTURAIS E ESTRUTURAIS: A RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE – CONFLITO DE INTERESSES E CONTRADIÇÕES NA CONCRETIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

O principal intuito deste capítulo é explicar o papel do Estado na efetivação das políticas sociais para a sociedade. O Estado tem um papel na concretização destas políticas, porque é através de um intenso e complexo programa de implementação de medidas que o cidadão garante a efetivação de seu direito. Nas palavras de Pereira (2009): “é o Estado, além disso, que, ao mesmo tempo em que limita a desimpedida ação individual, pode garantir direitos sociais, visto que a sociedade lhe confere poderes exclusivos para o exercício dessa garantia” (PEREIRA, 2009, p. 99).

A mesma autora expressa que a dimensão da igualdade entre os cidadãos não pode ser almejada sem a interferência estatal, ou seja, sem as garantias reparadoras ofertadas pelas políticas públicas. Neste sentido:

> Afinal, não se persegue a igualdade sem o protagonismo estatal na aplicação de medidas sociais que reponham perdas moralmente injustificadas. Da mesma forma, não se consubstanciam direitos sociais sem políticas públicas que os concretizem e liberem indivíduos e grupos tanto da condição de necessidade quanto do estigma produzido por atendimentos sociais descomprometidos com a cidadania (PEREIRA, 2009, p. 99).

O entendimento da autora relembra que mesmo Estados que são tradicionalmente liberais, e, portanto, contrários às medidas protetivas sociais, vistas nesses locais como intervenção nas esferas individuais, são ativos politicamente para atender a certas demandas e necessidades. Veja-se:

> Na prática, a ingerência do Estado na realidade social é tão antiga, que só quem não esteja disposto a reconhecê-la, não a percebe. Mesmo nos regimes liberais mais ortodoxos, expressamente avessos à intervenção estatal, o Estado sempre interveio politicamente para atender demandas e necessidades, seja da esfera do trabalho, seja da esfera do capital (PEREIRA, 2009, p. 99-100).

Entende-se que a mediação do Estado para a concretização de seu laço com a sociedade existe e é necessária, mas precisa-se deixar bem claro que esta prestação se dá para mediar o conflito entre duas classes sociais antagônicas, provenientes da própria estrutura de poder (o “sistema capitalista de produção”),

reveladas como “os detentores dos meios de produção” e aqueles que apenas detém a sua “força de trabalho”, ou seja, a “burguesia e o proletariado”.

Para dar ênfase a esta discussão, importante citar o conceito de “Estado Ampliado”, construção doutrinária de Gramsci. Nesta linha de raciocínio, ressalta-se que:

> O movimento de atualização que Gramsci possibilita a teoria Marxista de Estado se expressa como marco ao desvelar outra face do esquema estatal que não só o aspecto coercitivo. Ao analisar a sociedade de sua época, Gramsci (2002, p. 262) identifica a existência de uma “robusta estrutura da sociedade civil. O Estado era apenas trincheira avançada, por trás da qual se situava uma robusta cadeia de fortalezas e casamatas”. Portanto, a concepção de Estado ampliado que configura novas determinações à superestrutura, possibilita a alargar a compreensão do desenvolvimento societário e, mais especificamente, permite imprimir a análise do Estado o rigor do trato dialético, desvendando a sinuosidade das relações políticas na sociedade (ADAMS *et al.,* 2006, p. 241).

É também diante desta conjuntura dialética e através dos conflitos entre as classes retromencionadas que se entendem as formas de intervenção do Estado no sistema capitalista de produção, e as várias formas que as políticas sociais são vistas dentro do mesmo sistema.

Conforme Faleiros (2004):

> As políticas sociais ora são vistas como mecanismo de manutenção da força de trabalho, ora como conquistas dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão (FALEIROS, 2004, p. 8).

Este processo da relação entre Estado e sociedade é complexo quando relacionado ao modo de produção capitalista. Para Pastorini (1997), as políticas sociais sempre devem ser analisadas sob a perspectiva tradicional e marxista. Nesse mesmo sentido, Santos (2006) informa:

> Na perspectiva tradicional, as políticas sociais são entendidas como um conjunto de ações por parte do Estado, que buscam diminuir as desigualdades sociais, buscando corrigir os efeitos negativos do processo de acumulação capitalista (SANTOS, 2006, p. 58).

Segundo a mesma pesquisadora, que vai além das perspectivas impostas pelo capital:

> As políticas sociais tradicionais são entendidas enquanto mecanismos de concessão por parte do Estado, com a finalidade de melhorar o bem-estar da população em seu conjunto, essencialmente daqueles prejudicados pelo mercado e pela distribuição da produção capitalista. Essas políticas têm uma finalidade *redistributiva,* tendo em vista que visa o equilíbrio social via redistribuição de renda. Na realidade, estas políticas surgem num momento em que o mercado começa a ser questionado sobre o crescimento das desigualdades sociais, e este, passa a recorrer ao Estado, uma intervenção junto às problemáticas sociais (SANTOS, 2006, p. 58-59).

Com o avanço das desigualdades e a necessária crítica por parte da sociedade, o Estado passa a omitir as raízes estruturantes dos problemas-fonte da iniquidade, e no afã de manter as políticas liberais na economia, com o consequente gozo por uma minoria, entoa um discurso vazio de redistribuição de renda, ou seja, mantém um caráter “reformista”. Na seguinte explicação sobre o tema:

> [...] o Estado implementa políticas de caráter compensatório, paliativo e corretivo (PASTORINI, 1997, p. 83) visando atender apenas aquelas parcelas estigmatizadas (pela pobreza material) e excluídas do desenvolvimento capitalista. Esse tipo de atuação estatal é típico de Estados benfeitores, diga-se, populistas, democratas-sociais etc., que “naturalizam” as desigualdades sociais e atuam somente com concessões, afirmando buscar o equilíbrio via redistribuição. Na realidade, essas políticas não visam “distribuir”, mas sim, “redistribuir” os recursos escassos entre aqueles prejudicados pelo sistema capitalista (SANTOS, 2006, p.59).

Nesta perspectiva tradicional, na concepção da teoria social de Marx e fundado no pensamento de José Paulo Netto, o Estado caracteriza sua função assumindo o papel daquilo que Netto (2001) chama de “Comitê executivo da burguesia” ou, o verdadeiro Estado burguês (SANTOS, 2006, p. 32).

Segundo Simionatto (2009):

> As relações Estado/sociedade, nesse cenário, elidem, portanto, a formação de uma cultura que substitui a relação estatal pela livre regulação do mercado. O poder político passa a ser pensado sob a ótica do poder econômico, estabelecendo-se um vínculo orgânico dos agentes com o capital, base material de sua sustentação. Sob tal ótica, a classe burguesa busca eliminar os antagonismos entre projetos de classe distintos, no intuito de construir um “consenso ativo” em nome de uma falsa visão universal da realidade social. (SIMIONATTO, 2009, p. 96-97).

Na tentativa de conter esse antagonismo que se estampa nas reivindicações por parte da massa popular (aí definida como a parte majoritária da população), a Constituição Cidadã, ciente das vozes oprimidas diante dos agravos sociais, vem sustentar e garantir políticas sociais mais amplas, abrangendo as áreas da educação,

da saúde, da previdência social, da assistência social, lazer, habitação, no entanto, sem grande verificação na prática (SANTOS, 2006, p. 44).

Se a partir da Constituição Federal de 1988, poucos desses direitos estão sendo praticados ou efetivados em sua totalidade, deve-se indagar qual o verdadeiro papel do Estado. Um desses papéis está na realização e efetivação das políticas sociais, garantindo que elas cheguem às camadas sociais menos favorecidas, ou seja, à parte da sociedade que mais necessita. Por outro lado, para a concretização dos direitos sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988, é necessário e urgente abranger e entender o outro lado dessa garantia dentro da "[...] perspectiva marxista das políticas sociais [...]" (SANTOS, 2006, p. 59), visando a problemática social como um todo atrelado aos interesses do "sistema capitalista de produção" e atribuindo o papel da total responsabilidade do Estado na efetivação e na concretização dessas políticas.

Nesta perspectiva, precisa-se entender que, para existir a concretização e a efetivação das políticas sociais, deve-se ampliar o olhar acerca das contradições existentes dentro da perspectiva histórico-dialética, esclarecendo que "[...] as políticas sociais não devem ser entendidas somente como concessões do Estado [...]" (SANTOS, 2006, p. 59) e sim (mas não tão somente) também como conquistas, de uma retórica luta de reivindicação de direitos sociais. A autora complementa que:

> [...] visto que não se trata de uma relação bipolar, mas sim múltipla, entre as classes hegemônicas, o Estado intermediador e as classes trabalhadoras e subalternas. Dessa forma não se pode analisar as políticas sociais enquanto benefício prestado pelo Estado. Deve-se, antes de qualquer coisa, reconhecer as lutas e os conflitos existentes anteriores à ação do Estado em "conceder", ou seja, a historicidade que marca os conflitos entre as classes sociais, e principalmente, a luta da classe trabalhadora pela equidade e justiça diante da exploração capitalista (SANTOS, 2006, p. 59).

Ou seja, analisar a concretização de direitos sociais na perspectiva marxista é entender que a conquista destes direitos está enraizada na luta. "O Estado "[...] expressa as relações sociais pelo confronto, pela negociação, pela cooptação, pela busca de consenso e de pactuação, mas sempre sob a hegemonia de determinado projeto societário (SILVA, 2004, p. 33). " (SANTOS, 2006, p. 42-43).

Nessa senda, é importante enquadrar a concretização das políticas sociais no crivo da contribuição e tradição marxista, o que significa não só contribuir momentânea e paliativamente para a concretização dos direitos sociais por parte do Estado, mas

sim, garantir um espaço concreto e seguro para avanço da diminuição das desigualdades sociais e da pobreza através de políticas sociais efetivas e graduais, sempre em contato com a história que está por trás das conjunturas.

Conforme Behring *et al*. (2007):

> A análise das políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, recusa a utilização de enfoques restritos ou unilaterais, comumente presentes para explicar sua emergência, funções ou implicações (BEHRING *et al*., 2007, p. 36).

Dessa forma, mesmo que esteja dentro do amplo processo de acumulações de riquezas por parte do capital e de sua relação com a sociedade civil, para se ter uma concretização das políticas sociais em uma forte relação entre sociedade e Estado, é necessário percebê-las a partir de uma perspectiva marxista das políticas sociais, ou seja, não como presentes do Estado, unilateralmente falando, ou como resposta às demandas sociais, mas sim dentro de um contexto complexo que analise as contradições inerentes à sociedade, reconhecendo que as políticas sociais podem, também, atuar como respostas e limites aos ganhos de capital na medida em que garantem ganhos aos trabalhadores, sendo, portanto, funcionais à própria ideia de trabalho (BEHRING *et al*., 2007, p. 37-38).

2.1 A CRISE DO CAPITALISMO E O AVANÇO DO PROJETO NEOLIBERAL NO BRASIL

A crise do capitalismo e o avanço do projeto neoliberal são dois pontos importantes e imbricados na temática abordada. Um traço do capitalismo é a característica de avançar de forma perversa, sem nenhuma consideração de respeito à ética para com a humanidade, mesmo passando por crises constantes, as quais põem em xeque o seu *modus operandi*. Por outro lado, o avanço do projeto neoliberal no Brasil, em resposta a uma dessas crises, consolidou-se com a redução das funções estatais no campo econômico, e, posteriormente, social (PORTO, 2009, n. p).

Inicialmente, a respeito da crise do capitalismo, Netto (2012) chama atenção para o fenômeno estadunidense. Nesse sentido, aduz que:

> Não consideremos o fato, nada desprezível, de que ali existem, reconhecidos oficialmente, mais de 50 milhões de pobres; também deixemos de lado (dentre muitos outros indicadores sociais expressivos) a inexistência de um efetivo serviço público de saúde – o programa mínimo, muito mínimo, apresentado neste sentido pelo presidente Obama quase foi inviabilizado, entre outros argumentos, pela falta de recursos para implementá-lo (NETTO, 2012, p. 414).

Na base do entendimento inicial, apesar de que se discute de forma mais ampla as crises do capitalismo, é importante ressaltar aqui que, em que pesem os avanços econômicos de rentabilidade e fortalecimento do capital, isso não significou avanços de melhoria e qualidade de vida para a população dentro de sua totalidade. Pelo contrário, a lógica do capital é a do crescimento e acúmulo de riqueza para uns, significando empobrecimento e falta de recursos para muitos.

Diante das iminentes crises que o capitalismo enfrenta, escancarando suas contradições na medida em que se revela insuficiente para atender às demandas das pessoas, existe, por outro lado, um fenômeno de reconstrução que o faz se redefinir e aumentar o seu potencial de destruição, principalmente na redução de políticas sociais voltadas para os mais necessitados, característica dos sistemas neoliberais.

Ainda acerca do processo americano, Mota (2009), exemplifica que:

> No novo imperialismo, a hegemonia vem sendo exercida pelos Estado Unidos, através do uso de estratégias que combinam coerção e consenso, pretendendo uma espécie de governo mundial que, ao sitiar a ideologia dos seus opositores, afirma a sua (ideologia) como universal. Do ponto de vista macroeconômico, em oposição à acumulação expandida, que marcou boa parte do século XX, o que está em processo de consolidação é a acumulação por espoliação sob o comando dos países ricos (HARVEY, 2004; DUMENIL; PETRAS, 2002; LEVY, 2004) (MOTA, 2009, p. 59).

Isso é o que se evidencia no processo da ofensiva e da hegemonia constantes do capital, uma vez que fortalecem os seus padrões de rentabilidade no cenário mundial, aumentando, consequentemente, os níveis de pobreza, principalmente nos países de capitalismo periférico (MOTA, 2009, p. 58).

De acordo com Harvey (2004), para apaziguar as contradições do sistema, existe uma “[...] a ofensiva ideopolítica necessária à construção da hegemonia do capital, evidenciada na emergência de um novo imperialismo e de uma nova fase do capitalismo, marcada pela acumulação com predomínio rentista” (HARVEY, 2004).

Nesta concepção do novo imperialismo, a hegemonia vai sendo exercida pelos Estados Unidos (MOTA, 2009, p.59; HARVEY, 2004; DUMENIL; PETRAS, 2002; LEVY, 2004), que se apresentam como detentor de uma resposta universal.

Segundo Netto (2012):

> Do ponto de vista estritamente econômico, o país de mais peso no cenário mundial – ainda não ameaçado pela arrancada chinesa – têm um déficit público que já ronda os 10% do seu PIB. Há trinta anos, os Estados Unidos acumulam déficits na balança comercial (até 1980, eram os maiores exportadores no comércio mundial; hoje, são os maiores importadores). A economia norte-americana, nos últimos trinta anos, cresceu a passos de cágado (com exceção da indústria bélica e da indústria da segurança privada). Mas o peso do país no cenário mundial é indiscutível e se explica: eles têm 560 (repito: 560) bases militares no exterior; o orçamento militar norte-americano consome 4,8% do PIB do país e é maior que aos dezessete maiores orçamentos militares do mundo (NETTO, 2012, p. 414).

Com relação à questão sobre a crise do capitalismo, este mesmo autor, chama de “uma crise sistêmica”, ou seja, uma afetação de todo o sistema do capital. Nesse sentido:

> Entretanto, há um tipo de crise que o capitalismo experimentou integralmente, até hoje, por apenas duas vezes: a chamada crise sistêmica, que não é uma mera crise que se manifesta quando a cumulação capitalista se vê obstaculizada ou impedida. A crise sistêmica se manifesta envolvendo toda a estrutura da ordem do capital. A primeira destas crises emergiu em 1873, tendo como cenário principal a Europa e se prolongou cerca de 23 anos; marcada por uma depressão de mais de duas décadas, ela só se encerrou em 1896. A segunda crise sistêmica que o capitalismo experimentou explodiu em 1929 e, como todo mundo sabe, foi catastrófica; não teve por espaço apenas uma região geopolítica determinada: ela envolveu o globo; durou em torno de dezesseis anos e só foi ultrapassada no segundo pós-guerra (NETTO, 2012, p. 415-416).

Acerca de sua sustentação sobre as origens da crise, prossegue:

> Seus primeiros sinais sobrevieram na crise da Bolsa de Nova York, em 1987 – com a sequência, a partir dela, de efeitos em cascata expressos nos vários episódios de crises localizadas. Tais crises, a que os chamados “comentaristas” ou “jornalistas econômicos” da grande imprensa conveniente e ignorantemente consideram de forma isolada (a crise dos “Tigres Asiáticos”, a “crise da Bolsa Nasdaq”, a “crise da bolha imobiliária” e, agora, a “crise do euro”) são os indicadores mais visíveis de uma só crise: *são indicadores da emergência de uma nova crise sistêmica capitalista* e que apresenta traços inéditos em relação às duas anteriores (NETTO, 2012, p. 416).

Como parte intrínseca do próprio sistema capitalista, as crises cíclicas que incidem desde o século XIX não demonstram conduzi-lo a seu fim. Ao contrário. Sem

qualquer questionamento por parte das massas, o sistema se reinventa, gerando cada vez mais estragos (NETTO, 2012, p. 415).

Importante lembrar que a existência de uma “crise do capital” é, por si só, destrutiva, uma vez que o revela como insuficiente, imperfeito, nocivo, mas o que agrava esse processo de destruição em massa são as ações do capital, que, para se manterem em vigor em momentos de graves recessões, sem que sejam questionadas, atropelam qualquer conceito ético. Como exemplo muito próximo, temos a Pandemia da COVID-19, que manteve toda a elite produtora sustentando o discurso da necessidade de os serviços não pararem, alegando crise financeira, ainda que isso custasse a vida de milhares de pessoas.

Neste patamar, é importante destacar o que Paniago (2007) afirma:

> Não se trata, portanto, somente da existência de um mundo de recursos materiais finitos, mas também da “ausência total de critérios reguladores” que possam ser conscientemente contrapostos à “lógica infernal e o impulso do capital para a auto-expansão quantitativa” e suas consequências inevitavelmente destrutivas (PANIAGO, 2007, p. 53).

Mészáros, como doutrinador de base marxista, acerca do assunto, afirma:

> Nos termos da lógica do capital [,] exterminar a humanidade é muito preferível a permitir que se questione a *causa sui* desse modo de reprodução. Na medida em que a dissipação veloz e destrutiva de recursos materiais e humanos, e também dos produtos do trabalho, adquire uma conotação perversamente *positiva* no sistema do capital em crise estrutural, representando as ‘condições de sua autopreservação’ a alternativa socialista que visa a superar a escassez deve ser um anátema para os ideólogos da ordem prevalecente (MÉSZÁROS, 821/952 apud PANIAGO, 2007, p.53-54).

No mesmo sentido, Netto destaca que:

> Em síntese, *nos últimos trinta anos, o modo de produção capitalista experimentou transformações de monta,* que se refrataram distintamente nas diversas formações econômico-sociais em que se concretiza e que exigem instrumentos analíticos e heurísticos mais refinados. Ainda que se registrem polêmicas acerca da natureza e das complexas implicações dessas transformações, bem como do ritmo em que levam o modo de produção capitalista a aproximar-se dos seus limites estruturais [...] (NETTO, 2012, p. 424).

Reconhecer todo o processo de crise vinculado à estrutura do capital é importante porque ajuda a entender, de maneira mais profunda, todo o conjunto de sua acumulação perversa e mantenedora. Mota informa que “para compreender as

mudanças na dinâmica do capitalismo, é necessário reconhecer o significado histórico das crises no seu desenvolvimento" (MOTA, 2009, p. 52).

Segundo a mesma autora:

> As crises expressam um desequilíbrio entre produção e o consumo, comprometendo a realização do capital, ou seja, a transformação da mais-valia em lucro, processo que só se realiza mediante a venda de mercadorias capitalisticamente produzidas. Em outras palavras, quando são produzidas mais mercadorias do que a população pode comprar, o processo de acumulação é afetado, uma vez que estoques de mais-valia não asseguram o fim capitalista. Para isso, não basta produzir mercadorias, estas precisam ser transformadas em dinheiro para, rapidamente, retornarem ao incessante processo de acumulação do capital: produção/circulação/consumo. As expressões mais emblemáticas das crises são as reduções de operações comerciais, acúmulo de mercadorias esticadas, redução ou paralisação da produção, falências, queda de preços e salários, crescimento desmesurado do desemprego e empobrecimento generalizado dos trabalhadores. Suas causas podem ser diversas, tais como a anarquia de produção, a concorrência intercapitalista, com a consequente queda tendencial da taxa de lucro, o subconsumo de massa, ou, ainda, podem ser potenciadas por algum incidente econômico ou geopolítico (MOTA, 2009, p. 53-54).

Ao longo de todo este processo histórico e de todos estes anos, as crises inerentes ao capital nunca foram (e estão longe de ser) naturais. Ao contrário, essas crises revelam as contradições do modo de produção capitalista, dentre elas, a sua contradição fundamental: a produção socializada e a apropriação privada da riqueza (MOTA, 2009, p. 54).

Complementando e "expondo sobre o tema, Netto e Braz (2006, p. 162) afirmam que "as crises são funcionais ao modo de produção capitalista, constituindo-se num mecanismo que determina a restauração das condições de acumulação, sempre em níveis mais complexos e instáveis, assegurando assim a sua continuidade" (MOTA, 2009, p. 54).

No processo e nas mudanças constantes das formas de erguimento do capital, o projeto neoliberal se torna uma das principais armas para o avanço do capitalismo perverso e destruidor.

Segundo Paulani (2006):

> A história intelectual do neoliberalismo está diretamente ligada à história do economista e pensador austríaco Friedrich Hayek. Nascido em Viena no último ano do século XIX, discípulo da chamada 'escola austríaca' de pensamento econômico, a produção teórica de Hayek até meados dos anos de 1930, particularmente nos campos da teoria monetária e dos ciclos e da teoria do capital, foi marcada pelo apreço e da ideia do equilíbrio e à importância que ele então conferia à teoria que o demonstrava. Aos não-

> economistas, talvez caiba esclarecer que teoria do ‘equilíbrio’ significa a análise de oferta e demanda (sua constituição e sua dinâmica) e a demonstração de que, deixados a si mesmos, os agentes econômicos conseguem, por meio dos sinais emitidos pelo sistema de preço, chegar a um estado em que não se verifique em excesso de demanda em nenhum mercado (o excesso de oferta é entendido como um excesso de demanda negativo) e, portanto, a um estado em que todos os planos de venda e de compra são realizados com sucesso (PAULANI, 2006, p. 68-69).

Neste norte, ela explica que “a teoria que demonstra este caráter virtuoso do mercado (já que no final todos estão sempre plenamente satisfeitos) é a teoria neoclássica, tal como desenhada no início do século XX pelo economista inglês Alfred Marshall” (PAULANI, 2006, p. 69).

Com o passar do tempo, outras teorias passaram a fazer parte de um pensamento totalmente contrário à lógica do mercado. Nesse sentido, Paulani aduz que:

> Na contramão do que pensava Hayek, Keynes desenvolveu uma teoria para mostrar justamente que o mercado, deixado a si mesmo, poderia levar a o péssimo social, ou seja, trabalhar abaixo do nível de pleno emprego, produzindo recessão, desemprego e miséria por um tempo indefinido, visto que não tinha condições de e por si só, sair desse tipo de armadilha que seu próprio funcionamento montava (PAULANI, 2006, p. 70).

No processo ideológico de combater as teorias implementadas por Keynes, com o passar do tempo, Hayek convoca uma reunião a fim de debater as enormes regulações e intervenções estatais que, segundo ele, eram responsáveis pela destruição do capitalismo, oportunidade em que se utilizou de todo o pensamento crítico conservador da época, tais como Lionel Robbins, Karl Popper, von Misses e Milton Friedman, entre outros (PAULANI, 2006).

Essa estrutura, caracterizada como o início do avanço do projeto neoliberal no mundo, concretiza-se e se perpetua com a aplicação do conceito recém descoberto de neoliberalismo por Margareth Thatcher. Nesse sentido:

> Foi Margareth Thatcher quem, buscando uma estrutura mais adequada para atacar aos problemas econômicos de sua época, descobriu politicamente o movimento [neoliberal] e voltou-se para o seu corpo de pensamento em busca de inspiração e recomendações, depois de eleita em 1979. Em união com Reagan, ela transformou toda a orientação da atividade do Estado, que abandonou a busca do bem estar social e passou a apoiar ativamente as condições do ‘lado da oferta’ da acumulação do capital. O FMI e o Banco Mundial mudaram quase que da noite para o dia seus parâmetros de política, e, poucos anos, a doutrina neoliberal fizera uma curta e vitoriosa marcha por sobre as instituições e passaram a dominar a política, primeiramente no

> mundo anglo-saxão, porém, mais tarde, em boa parte da Europa e do mundo (HARVEY, 2004, p. 130).

A partir de todo o cenário que foi colocado, sobre a questão da crise do capitalismo e sobre o início do projeto neoliberal no mundo, precisa-se destacar, inicialmente, como o Brasil entrou nesta empreitada.

Dando início a esta conjuntura, vale a pena ressaltar um pouco deste projeto dentro da "transição democrática" (BRAVO, 2007, p. 74), mesmo que seja de forma resumida.

> A conjuntura inicial foi palco de embates entre as forças políticas e sociais que lutavam para ampliar e aprofundar o processo de transição à democracia e as que desejavam impor e preservar a antiga institucionalidade. As forças políticas ligadas ao regime militar, rearticuladas, empreenderam ofensivas contra os objetivos da transição para a democracia, tentando incorporar os setores de centro à sua influência, minando a sustentação do governo Sarney com relação ao grupo de centro-esquerda. O projeto neoliberal – conservador, que contava com a participação dos empresários, foi se consolidando e ganhando adesões (BRAVO, 2007, p. 76).

Na continuidade do início deste projeto no Brasil, certas autoras apontam como marcos para a empreitada neoliberal brasileira o agravamento da crise econômica do final dos anos oitenta e início dos anos noventa, além do esgotamento do modelo intervencionista estatal inaugurado na década de 30 com Getúlio Vargas (PORTO, 2009). Segundo Tavares e Melin (1998):

> O Brasil foi o último dos países latino-americanos, já no começo da década de 1990, a entrar nesse circuito de submissão às políticas de liberalização financeira e comercial e de desregulamentação cambial com o objetivo de atrair recursos externos, a qualquer custo, inserindo-se de forma subordinada no novo quadro financeiro mundial (TAVARES; MELIN, 1998, p. 51).

Também no mesmo sentido, Paulani (2006) destaca que a ideologia neoliberal começou a ganhar fôlego durante os discursos das eleições presidenciais de 1989, através das falas intensas de Fernando Collor de Melo, modelo que apurou seus intentos no governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso. Neste sentido, conferir trecho:

> Ainda atolado num problema inflacionário que parecia insolúvel, mas ao mesmo tempo esperançado com as conquistas expressadas na nova constituição que fora elaborada um ano antes, o país ficou dividido entre o discurso 'liberal social' de Collor e o discurso popular e democrático de Lula e do Partido dos Trabalhadores. Ecoando o arrazoado da desestatização da

> economia, que nascera no governo Figueiredo por conta das pendengas do capital nacional relativamente dos arranjos do II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento), advogando a necessidade da transparência e da austeridade nos gastos públicos e embrulhando tudo isso na pregação moralista da 'caça aos marajás' Collor vence as eleições e dita, para o próximo período, a agenda de transformações que ele pouco concretizaria. Passados os tumultuados anos desse primeiro governo civil – sequestro de ativos, aproximação da hiperinflação, *impeachment* do presidente -, o então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, embalado no sucesso do Plano Real, vence as eleições de 1994 (mais uma vez contra Lula) e assume o governo federal, no início de 1995, com o declarado projeto de 'modernizar' o país, mais declaradamente as instituições. Esse princípio básico de seu projeto tomou a forma concreta de um ousado e ambicioso plano de privatizações e de uma abertura substancial da economia (PAULANI, 2006, p. 88-89).

Um dos pontos importantes no governo FHC para o avanço deste projeto, foi o "*ajuste fiscal*, incutindo a falsa ideia de que o principal problema do país se reduzia ao *déficit* público*,* requerendo por sua vez, a implementação de medidas relativas ao equilíbrio orçamentário" (PORTO, 2009, n.p.).

Na perspectiva da mesma autora:

> [...] Netto (1999) destaca, em princípio, com relação a FHC que, a *direção social* adotada, a qual se materializou em notória contradição, simultaneamente, aos seus antecedentes como intelectual marxista e às suas promessas de campanha pautadas no ideário democrático. Nesta perspectiva, o autor salienta que, de maneira geral, o presidente FHC "*desde os seus primeiros anos de Planalto, presidiu um governo direcionado contra os interesses e as aspirações da massa dos trabalhadores brasileiros"* (PORTO, 2009, n.p.).

Seguindo o caminho da estrada na concretização deste projeto, não se pode deixar de citar o seu seguimento durante o governo do ex-presidente, Luiz Inácio Lula da Silva, apesar dos consideráveis avanços sociais que tivemos em sua gestão.

Certa autora cita três razões, que, segundo ela, estão interligadas na formação da concepção de que o governo Lula é neoliberal, quais sejam:

> A primeira razão que faz do governo Lula um governo afinado com o neoliberalismo é justamente sua adesão sem peias ao processo de transformação do país em plataforma de valorização financeira internacional. (...) A segunda razão que faz do governo Lula um governo neoliberal decorre de seu discurso de que só há uma política macroeconômica correta e cientificamente comprovada, que é a política de matriz ortodoxo levada à frente por sua equipe econômica (...) A terceira, mas não menos importante razão pela qual o governo Lula deve ser taxado de neoliberal encontra-se na assim chamada 'política social', que tem nas 'políticas compensatórias de renda' seu principal esteio" (PAULANI, 2006, p. 98-99).

As consequências do avanço do neoliberalismo no Brasil são devastadoras, uma vez que a defesa de um Estado mínimo em um ambiente em que impera a desigualdade é mola mestra para o fortalecimento da miséria, violência, degradação humana e aprimoramento das estruturas de opressão. Determinados autores acrescentam que “desde a adesão do Brasil ao receituário neoliberal, há um forte apelo pela solidariedade e voluntarismo, sendo negada pelos defensores deste ideário a necessidade de intervenção do Estado para a garantia dos direitos sociais” (GASPAROTTO *et al.,* 2014, n.p.).

Referido esvaziamento das intervenções do Estado na promoção dos direitos sociais gera a intensificação do apagamento de milhões de pessoas, que passam a contar com a própria sorte na manutenção de direitos básicos, como saúde, educação, lazer, habitação, transporte, segurança, vestuário, etc. Ou seja, o avanço deste projeto no Brasil afetou diretamente a própria organização do Estado na gestão e eficácia das políticas sociais. Importante destacar que:

> [...] as políticas sociais ficam em segundo plano, sendo submetidas à lógica das políticas econômicas. As políticas sociais acabam resumindo – se a ações paliativas, focalizadas, assistencialistas, sem a presença do Estado, ou seja, a responsabilidade destes foram repassadas à família, à solidariedade e ao mercado, numa perspectiva de mercantilização da vida social (GASPAROTTO *et al.,* 2014, n.p.).

Nesta perspectiva, ver também a menção de Behring e Boschetti (2007), à fórmula trinomial do pensamento liberal:

> Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perverso da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: *a privatização, a focalização e a descentralização*. Sendo esta última estabelecida não como partilhamento de poder entre esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídicos-institucionais correlatas, componente fundamental da *“reforma”* e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 156).

O avanço deste projeto em países de capitalismo periférico, como o nacional, é extremamente complexo e não pode ser analisado através de um viés maniqueísta,

partidário. Razão tem Paulani (2006), quando percebe que o Brasil, mesmo governado por um partido que trouxe consigo o ideário da causa dos trabalhadores, ou seja, que cresceu e se popularizou tendo como parte de sua existência a defesa da concretização dos direitos sociais, econômicos e culturais, tenha se rendido a essa lógica em um aceno de submissão completa ao sistema (PAULANI, 2006).

2.2 O APANHADO DO DESMONTE DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

O processo da seguridade social brasileira está longe de ser um padrão de modelo de perfeição. Segundo Boschetti (2009), “o capitalismo brasileiro implantou um modelo de seguridade social sustentado predominantemente na lógica do seguro” (BOSCHETTI, 2009, p. 329).

Avança a mesma autora:

> Desde o reconhecimento legal dos tímidos e incipientes benefícios previdenciários com a Lei Elóy Chaves em 1923, predominou o acesso às políticas de previdência e de saúde para os contribuintes da previdência social. A assistência social manteve-se, ao longo da história, como uma ação pública desprovida de reconhecimento legal como direito, mas associada institucionalmente e financeiramente à previdência social (BOSCHETTI, 2009, p. 329).

Já de acordo com Behring (2008):

> O artigo 194 da Constituição Federal, aponta os novos princípios orientadores da seguridade social pública no Brasil: Parágrafo Único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social com base nos seguintes objetivos: I- Universalidade da cobertura e do atendimento; - II – Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; [...] (BEHRING, 2008, p. 249).

Nessa concepção, pelo que foi destacado acima, apesar das garantias constitucionais enunciadas na Carta Magna, entende-se que, na realidade atual brasileira, a versão da “seguridade social e proteção social” ainda não chegou a toda a população, sobretudo aos mais vulneráveis.

Conforme informado por Boschetti (2009):

> Apesar de reconhecer as conquistas da Constituição no campo da seguridade social, é impossível deixar de sinalizar seus limites estruturais na ordem capitalista. Esses se agravam em países com condições socioeconômicas

> como as do Brasil, de frágil assalariamento, baixos salários e desigualdades sociais agudas (BOSCHETTI, 2009, p. 332).

Esse conjunto acima narrado, ou seja, “de frágil assalariamento, baixos salários, e desigualdades sociais”, informados pela autora, junto com a falta de acesso a uma saúde pública de qualidade, que qualifica o conjunto denominado “provimento de saúde-doença” oferecido pelo Estado brasileiro, faz parte da vida dos que vivem em vulnerabilidade social. Junto com a decolada do processo de neoliberalismo, sobretudo em situações de grave crise financeira, há sempre uma tendência de prosseguir com anunciação de cortes de gastos públicos, sobretudo na área das políticas sociais. Não é novidade que a estrutura de seguridade social passa por sucessivo encolhimento.

Sobre essa situação, ver trecho de Boschetti (2009):

> Praticamente todos os princípios constitucionais estão sendo desconsiderados profundamente: a universalidade dos direitos, a uniformidade e equivalência dos direitos, a diversidade de financiamento no sentido de transferir recursos do capital para o trabalho e a gestão democrática e descentralizada. Todos estes princípios estão sendo gradualmente diluídos em sucessivas contrarreformas ou medidas tidas como de natureza técnica, mas que, na verdade, têm um nítido sentido de desestruturação da seguridade social (BOSCHETTI, 2009, p. 332).

Não sendo diferente, com relação aos direitos vinculados à saúde pública brasileira, aduz a referida autora:

> No âmbito da política de saúde, os princípios do SUS, como descentralização e participação democrática, universalização e integralidade das ações, estão sendo diluídos pela manutenção cotidiana, apenas de uma cesta básica, que não assegurem os atendimentos de urgência. É notória a falta de medicamentos, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, o que se evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internação (BOSCHETTI, 2009, p. 333).

Segundo a mesma pensadora, em um processo de total subserviência ao capital, o desmonte da seguridade social caminha por três narrativas diferentes. Primeiramente, perpassa por uma desconfiguração dos direitos que estão previstos constitucionalmente, de modo que passam a ter um alcance menor; depois, há uma fragilização dos espaços de participação e controle democrático; e por fim, a mais grave: não há diversificação das fontes de recurso para financiamento da previdência, o que se faz somente através de retenção das folhas de pagamento dos salários. Essa

última, que trata da limitação financeira, é sempre utilizada como argumento para tolher os direitos econômicos, culturais e sociais (BOSCHETTI, 2009, p. 333-334).

Na saúde pública, a situação também não é diferente. Apesar de que “no Brasil, dos últimos trinta anos, a saúde assumiu papel de destaque dentre as políticas sociais pela consistente reivindicação de seus atores estratégicos por mudanças” (PEREIRA, 2002, p. 39), o que se vê na atualidade é um retrocesso efetivo.

Conforme a mesma autora:

> (...) viu-se que a Constituição 1988 criou como instrumento básico de financiamento do Sistema de Seguridade Social um orçamento específico – o OSS -, de nível federal. Este orçamento seria composto basicamente de contribuições sociais, que tinham origem nas seguintes fontes: Cofins (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social), que substitui o Finsocial; folha de salários, incidente sobre empresas e trabalhadores; lucro líquido das empresas; Pis/Pasep; e concursos de prognóstico. Esses recursos deveriam ser complementados com receitas provenientes do Orçamento Fiscal da União. Embora não estivesse prevista nenhuma vinculação de recursos para a saúde, como aconteceu com a educação, o art. 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, estabelecia que, até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro – desemprego, serão destinados ao setor de saúde (PEREIRA, 2002, p. 49).

Em que pese o direcionamento orçamentário erigido pela Constituição Federal, que, inclusive propiciou recursos para o financiamento da saúde até 1990, logo após, conforme informa Pereira (2002), houve um total retrocesso, com um desvio de finalidade na alocação dos recursos previstos. Neste sentido:

> A partir de então, com a aprovação da LOS, a qual não definia quantias para a aérea, os recursos federais começaram a escassear. Com o resultado, a saúde passou a depender de uma série de fontes não convencionais, como foi o caso de constantes empréstimos concedidos pelo [Fundo de Apoio ao Trabalhador] FAT. Enquanto isso o OSS, vinha sofrendo desvios de sua finalidade. Como já sinalizado, além do não adequado das contribuições das empresas – o que implica sonegação -, e do aumento da economia informal – que escapa da obrigatoriedade de contribuição – grandes fatias desse orçamento eram utilizadas para cobrir despesas do Orçamento Fiscal (com inativos da União, com pagamento de pessoal e com a administração de órgãos integrantes da seguridade) (PEREIRA, 2002, p. 49-50).

Com o passar do tempo, os contínuos cortes para a seguridade social brasileira foram enormes, e na saúde não foi diferente. Com isso, a autora informa que “[...] não houve um processo coerente de definições e processamentos de políticas de seguridade social [...]” (PEREIRA, 2002, p. 52). Ou seja, tudo que foi conquistado,

com muita luta através de todos os anos e concretizado pela nossa Constituição Federal de 1988, não foi respeitado. Esses retrocessos ficaram mais nítidos e se acentuaram com a ascensão da “extrema-direita”, que destituiu, com um “golpe parlamentar”, o governo legítimo da ex-presidente Dilma Rousseff. Sobre a ascensão desta “extrema-direita” atual no Brasil, obteve-se força no governo de Bolsonaro. Com isto, destaca-se:

> Conforme explicita Carvalho (2019), o bolsonarismo, para além da figura grotesca de Jair Bolsonaro, constitui-se um fenômeno sociopolítico oriundo da convergência de forças constitutivas da extrema-direita no Brasil, ao final da segunda década do século XXI. A rigor, configura uma articulação sociopolítica de extrema-direita, que congrega ultraneoliberalismo dependente, militarismo patriótico e autoritário, somado ao justicialismo da violência e reacionarismo político-cultural, amparado num moralismo religioso (CARNEIRO *et al.*, 2022, p. 229).

2.3 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ATUAL

A política de saúde pública no Brasil, atualmente, passa por grandes mudanças, principalmente a partir do grande “congelamento de gastos públicos durante 20 anos, o que anulou completamente qualquer perspectiva de avanço futuro acerca da prestação de serviços de saúde” (CASTRO, 2020, p. 61).

Segundo o mesmo autor:

> A gestão Bolsonaro, com o propósito de favorecer o setor empresarial na saúde, efetuou ainda mais cortes de despesas e o desmonte de programas em linha com o desejo de precarização e extinção do SUS, daí a falta de remédios, médicos enfermeiros e de atendimentos não realizados, indiferente ao sofrimento da maioria da população (CASTRO, 2020, p. 61).

O avanço desta política do atraso acentuou -se com o “golpe parlamentar”, que nomeou o vice-presidente da República, Michel Temer, na época. Sobre este “golpe”, destaca-se o que o professor Luís Felipe Miguel sustenta:

> Em suma: houve condenação sem crime. Todo o ritual do processo de impedimento foi seguido, mas isso é só a aparência. Não havia fundamento na lei para a destituição da presidente. O nome disso é golpe. O golpe rompeu com os dois elementos básicos da democracia: a soberania popular, manifestada na ideia de que o voto é o meio de acesso ao poder, e o estado de direito, segundo o qual a lei valerá igualmente para todos. Os votos de 2014 foram anulados e a lei não valeu para Dilma Rousseff (MIGUEL, 2016, n.p.).

E para questionar este cenário atual, precisa-se, inicialmente, entender que quando se parte da perspectiva da saúde como um direito social, deve-se enquadrá-la como necessário objeto de política social.

Conforme dito por Fleury *et al.* (2012):

> Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isto por que as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Vamos ver que, dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania (FLEURY *et al*., 2012, p. 1).

O direito à saúde deve ser universal e igualitário, tanto na promoção quanto no acesso à saúde, sendo a sua efetivação responsabilidade do Estado brasileiro. Nesta situação, sendo um verdadeiro dever do Estado, as políticas de promoção devem ser pensadas como políticas sociais e universais, que garantam o acesso e o usufruto por toda a sociedade. Nesta concepção, destaca-se:

> O Brasil, graças a luta do movimento sanitário durante a redemocratização, conseguiu emplacar na Constituição de 1988 (Brasil, 1998) o Sistema Único de Saúde (SUS), público e gratuito – portanto, “desmercantilizando” a saúde para os pobres -, regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, hoje elogiado internacionalmente enquanto modelo de sistema de saúde pública, inclusive pelas Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (SOUZA, *et al.*, 2020, p. 66).

Importante examinar os avanços aprovados pela Constituinte com relação à reforma sanitária. Bravo (2007), nesse sentido, aduz que:

> Para Teixeira (1989: 50-51), os principais pontos aprovados na nova Constituição foram: - O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com a discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; - as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; - a constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; - a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção a instituições

> com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; - a proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRAVO, 2007, p. 93).

Nesta mesma concepção, Bravo explica que, “o texto constitucional, segundo a mesma autora citada, inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário[...]” (BRAVO, 2007, p. 93).

No sentido de concretizar a bandeira da reforma sanitária, é importante destacar aqui que “o fato marcante e fundamental para a discussão da questão saúde no Brasil, nesse período, ocorreu na preparação e realização da VIII *Conferência Nacional de Saúde*, realizada em março de 1986, em Brasília” (BRAVO, 2007, p. 88).

Ou seja, nessa conjuntura da Conferência:

> O temário central versou sobre: I) A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização, e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estado, município, territórios) na prestação dos serviços de saúde; III) Financiamento setorial (Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde[4], 1987)” (BRAVO, 2007, p. 88).

Apesar dos avanços citados, é importante refletir que o processo de “saúde-doença” é muito mais complexo do que se pensa. Esta complexidade tem que estar articulada entre a sociedade e Estado “como ação de proteção social” (FLEURY *et al.,* 2012, p. 17).

Conforme os mesmos autores:

> A construção da política de saúde como política envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Como atividade de participação a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (FLEURY *et al.,* 2012, p. 17).

[4] “O presidente da conferência foi o professor Antônio Sérgio da Silva Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz, e como estratégia de preparação para o evento, foram realizadas pré-conferências em quase todos os estados brasileiros seguindo temário preestabelecido” (BRAVO, 2007, p. 143 – 144).

Fleury *et al.* (2012, p.17) informam que: “portanto, a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado”. E esta “interface” é exatamente um problema que percorre desde a sua construção até os dias atuais. Não é o único, mas quando se problematiza o acesso à saúde na sua mercantilização, este processo interfere substancialmente na prestação dos serviços oferecidos pelo Estado brasileiro. Ou seja:

> As definições mais difundidas da política de saúde podem ser caracterizadas pela ênfase principal dada pelo dever ser ou pelas finalidades que a política de saúde deveria cumprir. A partir do momento que se estipula quantidade de vagas para atendimento aos serviços públicos de saúde, é preciso entender o porquê das faltas de vagas para a população, em serviços públicos, que tem como dever “constitucional” oferecer um atendimento “igualitário e universal (FLEURY *et al.,* 2012, p. 19).

Importante e necessário destacar aqui os marcos legais de concretização da saúde pública no Brasil, e como forma de configurar e de complementar a função do Estado como provedor de uma saúde pública de qualidade. Ou seja, conforme Fleury e colaboradores:

> As leis Orgânicas de Saúde (Leis n. 8080 e 8142 de 1990) constituem os marcos legais básicos que fixam os fundamentos tanto valorativos quanto políticos e organizacionais da política de saúde. Vejamos estes fundamentos no trecho retirado da Lei n. 8080/90 (BRASIL, 1990). Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (FLEURY *et al.,* 2012, p. 34; BRASIL, 1990).

Após os referidos marcos legais, conforme destacado em parágrafo anterior, não se vê na atualidade a concretização da saúde como um direito universal.

Conforme informa outro autor:

> A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, como: - Filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; - Falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população; e dentre outros (POLIGNANO, 2015, p.1).

Ainda segundo ele:

> Para que possamos analisar a realidade hoje existente é necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político – social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo (POLIGNANO, 2015, p.1).

Nessa perspectiva de resgate histórico, Polignano (2015) destaca algumas premissas que considera indispensáveis para o estudo:

> 1. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
> 2. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;
> 3. A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor de saúde (POLIGNANO, 2015, p.2).

Com a Constituição Federal de 1988, veio o surgimento de um único sistema de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde).

Para Polignano (2015), a intenção do texto constitucional era enunciar uma concepção de Sistema de Saúde que fosse universal e tivesse a intenção de resgatar o compromisso do Estado com a promoção do bem-estar social, que levasse em conta verdadeiramente as necessidades da população e que erigisse a saúde a um valor atrelado à própria noção de cidadania (POLIGNANO, 2015).

Sobretudo quando se fala em saúde pública, entende-se que a noção de cidadania nunca restou plena, sobretudo porque, assim como outros direitos no Brasil (como habitação), existia uma verdadeira disputa de interesses absolutamente antagônicos na implementação do SUS, afinal de contas, a saúde é um mercado lucrativo, daí porque o desmonte da saúde pública é parte do interesse de instituições privadas (BRAVO *et al.,* 2020, p. 193).

2.3.1 Uma breve análise da saúde nos governos Temer e Bolsonaro

Nessas perspectivas, faz mister compreender como andam estas disputas no cenário atual, na saúde pública e suas consequências, abarcando o lapso temporal do governo Temer até o governo atual. Conforme certos autores:

> (...). Importa compreender como as propostas e disputas que se apresentam no atual governo e no seu antecessor têm fortalecido o projeto privatista e, principalmente, o que caracterizamos como o projeto do SUS submetido ao mercado (BRAVO *et al.,* 2020, p. 193).

Os autores caracterizam os três projetos que estão em disputa, enunciando-os da seguinte forma:

> [...] tem-se o da reforma sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, até então vigente no Brasil. Para o mesmo, a saúde possui um caráter universal, configurando-se como direito de responsabilidade do Estado. O projeto privatista tem sua lógica orientada pelas regras de mercado e pela exploração da doença como fonte de lucros. Na década de 1990, tem-se como marco a proposta dos chamados "Novos Modelos de Gestão", em substituição à gestão estatal, que associada a subvenções e isenções fiscais, avança sobre o fundo público, para a garantia de acumulação de capital. O terceiro projeto é o da reforma sanitária flexibilizada, que adquire contorno próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto de reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país. A proposição do SUS possível é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial de reforma sanitária. Este projeto se consolida nos governos petistas (BRAVO, *et al.,* 2020, p. 193-194; BRAVO, 2013).

Claro se torna aduzir que os governos Temer e Bolsonaro não agem sozinhos nestas empreitadas de retirada de direitos e afronta total ao que se conquistou com a Constituição Federal de 1988, mas são parte do desenvolvimento do próprio sistema capitalista, com uma abertura cada vez maior à intervenção do mercado, implicando no tolhimento dos direitos sociais (BRAVO *et al.,* 2020).

Acerca do governo Bolsonaro, que mantém a característica de aprofundamento desse sistema, Bravo *et al.* (2020) explicam:

> [...] tem-se o aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, haja vista a proposta central de reforma da previdência[5] apresentada ao Congresso Nacional, em fevereiro de 2019, e as declarações de que será necessário fazer mais com os mesmos recursos, que retira do horizonte um maior aporte de recursos orçamentários para as políticas sociais. Pode-se considerar como três características básicas do atual governo: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações; e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social (BRAVO *et al.*, 2020, p. 194-195).

[5] "A proposta de Reforma da Previdência é pior que a do governo anterior. O texto da PEC prevê a obrigatoriedade de idade mínima de 65 anos para homens de 62 anos para mulheres se aposentarem. Prevê, ainda, que quem quiser receber 100% do benefício terá de trabalhar 40 anos e cria um sistema de capitalização, havendo mudança da proposta que antes era de repartição. Há também a proposta de desconstitucionalização da aposentadoria e demais medidas, passando a ser por lei complementar, com maior facilidade de passar no Congresso. A proposição, aprovada pelo Congresso, retirou o sistema de capitalização" (BRAVO *et al.,* 2020, p. 194).

Para abarcar a política de saúde pública no Brasil nos dias atuais, não se pode deixar de destacar algumas das principais características iniciais do desmonte destes dois governos, sendo apontados como marcos os programas formulados em 2015 e 2016, como Agenda Brasil (08/2015), Uma Ponte para o Futuro (10/2015) e Travessia Social (04/2016)[6] (BRAVO, 2020).

Ainda sob o governo Temer, os retromencionados autores relembram:

> No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização *não clássica* da saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação afetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde(2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais (BRAVO *et al.,* 2020, p. 195-196).

Dando continuidade ao total desmonte das políticas públicas e universais, garantidas por vias constitucionais, a administração da saúde pública no governo Bolsonaro tem sido um desastre incalculável na história da República, sobretudo pela maneira como tratou a Pandemia da COVID-19, atribuindo, de maneira contumaz, através de seu discurso, minimização acerca da gravidade da doença, estimulando seus apoiadores a apoiarem condutas não baseadas em evidência científica, etc. Os resultados dessa política negacionista, contra o uso de máscaras, a favor da utilização de medicamentos sem eficácia comprovada, inércia, ineficácia e atraso na promoção da vacinação em massa, além de outras medidas que puseram em risco a vida de milhões de brasileiros, estiveram sempre estampados na mídia esmagadora. Mas para além disso, antes mesmo desse cenário desastroso, já tivemos uma proposta de reformulação do Programa Mais Médicos com o discurso de torná-lo mais técnico e menos político (BRAVO, 2020).

Nesta perspectiva, os mesmos autores complementam que “o que de fato aconteceu foi o desmonte do mesmo com a saída dos médicos cubanos e os médicos brasileiros não estão conseguindo permanecer no Programa” (BRAVO *et al.,* 2020, p. 201). Outro grande desmonte na saúde pode ser enunciado quando se tem em conta

[6] Uma síntese desta discussão é encontrada no artigo “As contrarreformas na política de saúde do governo Temer” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018; BRAVO *et al.,* 2020, p. 195).

a Política de Saúde Mental. Acerca do assunto, mister trazer comentário dos mesmos autores apontados acima:

> Com relação à Política de Saúde Mental, teve destaque a divulgação da Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. O documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fortalecer as "comunidades terapêuticas", que pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Diversas entidades, como Abrasme e Abrasco, verbalizaram ser contrários ao conteúdo da Nota Técnica e o Conselho Nacional de Saúde emitiu recomendação em defesa da perspectiva antimanicomial e contra os retrocessos defendidos na Nota [...] (BRAVO *et al.,* 2020, p. 201-202).

O retrocesso na saúde pública prosseguido pelo atual governo não para por aí. As questões vinculadas à melhoria de qualidade de vida da população brasileira e ao processo de saúde-doença não foram e nem serão prioridades para a gestão Bolsonaro. Na verdade, o que se percebe é uma exaustiva tentativa de mercantilizar a saúde, retirando o caráter universalista e fundamental que foi erigido a este direito pela nossa Carta Magna. Prova disso foi a proposta do Ministro da Economia, Paulo Guedes, da criação de um *voucher* para saúde e educação, publicada em reportagem da Folha de S. Paulo (BRAVO *et al,* 2020). Veja-se:

> O *voucher* funcionaria como um "vale saúde", a ser entregue pelos usuários para empresas privadas, em troca da prestação de serviços básicos nessas áreas. Desse modo, o Estado ficaria desobrigado de ter a estrutura pública para os tipos de atendimentos comprados no setor privado. A reportagem menciona que a proposta do voucher é adotada majoritariamente em países sem sistemas de saúde estruturados e carece de evidências científicas sobre o seu êxito, visto que uma revisão aponta que tal instrumento, ainda que aumente a utilização de serviços de saúde, não tem impacto comprovado em indicadores de saúde e de resultados. Acreditamos que desconsidera os princípios sob os quais o SUS, se organiza, especialmente a integralidade e hierarquização, na medida em que desestrutura a organização do atendimento por níveis de atenção e desconsidera a atenção básica como porta de entrada. Além disso, repassa para o setor privado a atribuição do Estado de prestação dos serviços e ações de saúde e aumenta o risco de consultas e exames desnecessários (BRAVO *et al.,* 2020, p. 202).

Apesar de todo o retrocesso que o governo atual vem apresentando para a sociedade brasileira e principalmente para os mais necessitados, que vivem em total processo de vulnerabilidade social, precisa-se continuar lutando contra esses

expedientes nocivos. Defender o SUS e a saúde pública de modo geral nunca foi tão importante.

2.4 A RELAÇÃO DO CAPITALISMO COM A COVID-19

A existência da relação do capitalismo com o surgimento da COVID-19 é evidente. “A extensão das devastações ambientes que o capitalismo vem causando ao planeta nos séculos XIX, XX E XXI é proporcional às diversas pandemias de que a humanidade tem sido vítima, ao custo de milhões de vidas” (JÚNIOR, 2020, p.164). Acerca do assunto, prossegue o autor:

> Essa devastação ambiental destrói várias cadeias alimentares. E faz recair sobre a humanidade muitas doenças infectocontagiosas como a Covid-19. Foi assim com a Febre Amarela, com o Ebola, com a Malária, com o HIV, com a Gripe Aviária, com a Gripe Suína, dentre outras mais que certamente mais estão por vir (JÚNIOR, 2020, p. 164-165).

As ações do capitalismo como um todo são incompatíveis para o próprio progresso da humanidade, e o avanço dessas pandemias são consequências das práticas arraigadas ao conceito de acumulação de capital e lucro desenfreados, sem que haja respeito pelas reservas planetárias ou pela própria vida humana. Lidar com o capitalismo em tempo de crise sanitária é muito difícil, principalmente porque “o coronavírus chega ao Brasil em um momento de avanço do ataque direto ao Sistema Único de Saúde (SUS) [...]” (CASTRO *et al.,* 2021, p. 112). Acerca do assunto, Junior (2020) sustenta que:

> A diferença entre a pandemia atual e as que antecederam é a velocidade de contágio e a consequente letalidade da Covid-19. O período médio de incubação do vírus dura de 5 a 6 dias e a transmissão geralmente se inicia de 24 a 28 horas após o aparecimento dos primeiros sintomas. Porém, um trabalho publicado por médicos chineses em 15/04/2020 na Revista Nature Medicine (*Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19*) sugere que metade das transmissões podem ocorrer de dois a três dias antes do início dos sintomas, quando a pessoa infectada ainda não sabe que está doente, sendo o ápice da transmissão na véspera do aparecimento dos primeiros sintomas. Um indivíduo infectado pode gerar de 2 a 3 infecções secundárias. Por isso, os cientistas recomendaram que as pessoas aparentemente saudáveis também cumpram as medidas de isolamento e distanciamento social. A pandemia de Covid-19 tem avançado rapidamente e gerado o caos por onde passa, com graves consequências humanitárias e econômicas para todo o mundo. Apesar de haver indicativos de que, no médio e longo prazo irá matar muito mais os negros, os pobres e os desfavorecidos, cujo o direito de acesso a saúde bem se sabe que é

> recorrentemente desrespeitados, também mata os do andar de cima. Mesmo quando não mata, cobra um preço caro para o neoliberalismo, que faz pouco caso da saúde pública e, no Brasil, só tem o surrado SUS. Se a COVID-19 matasse só pobre e "classe média" seria retratada apenas como mais um dos inúmeros dramas diários na mídia e do triste cotidiano das famílias das vítimas. Mas matou até banqueiro, como o presidente do Santander em Portugal e um dos ex-presidentes do Real Madrid. Um vírus que mata preferencialmente idosos e principalmente idosos com comorbidades. O que isso significa num mundo em que ser idoso é um privilégio? E conseguir, com comorbidades, ser idoso é muito mais privilégio ainda? Significa que o algoz depende de sua vítima. Depois de desfinanciar e sucatear sua infraestrutura e equipamentos, de desrespeitar, desdenhar, achincalhar e desvalorizar os serviços públicos de saúde e o controle social, hoje tão mundialmente reconhecidos e admirados pelas sociedades, se veem totalmente SUS dependente. O SUS que teve 25 Bilhões de Reais subtraídos pela Emenda Constitucional 95, aquela sem a qual o país acabaria e que hoje precisa desconsiderá-la para poder sobreviver (JÚNIOR, 2020, p. 165).

Apesar da grande diminuição de recursos repassados ao SUS, conforme informado pelo autor no parágrafo anterior, a crise sanitária global escancara a grande fragilidade do capital e o seu processo constante de crises.

Tem-se, portanto, um caos duplo instalado no mundo: o capitalismo com a sua potência de implantar o seu alto grau de desigualdade social que, associado ao coronavírus, atinge a coletividade, deixando claro que as mesmas desigualdades colocam em risco a própria vida das pessoas. Ficou evidente, com a Pandemia, que a teoria do Estado mínimo se assemelha à narrativa imposta pelos teóricos que defenderam a "imunidade de rebanho": "escape quem conseguir", ou "os mais adaptados sobrevivem", sendo que os mais adaptados, nesse caso, são os mais ricos.

Acerca do Estado mínimo durante a vigência da Pandemia, não perder de vista as lições do autor:

> A pandemia chega num momento de grande hegemonia da Teoria do Estado Mínimo do neoliberalismo, que nas últimas décadas vem promovendo um violento e acelerado desmonte do Estado de Bem Estar Social (EBES), construído a duras penas pela humanidade, principalmente na Europa e nos EUA no período pós segunda grande guerra mundial e em alguns países da América Latina no começo dos anos 2.000. Não é coincidência que depois da China, o primeiro epicentro da Pandemia, a Itália, a Espanha, a França, os EUA e o Reino Unido se tornam respectivamente os novos epicentros da Pandemia da COVID-19. Todos os países do chamado capitalismo central. Com exceção da Alemanha, que foi o país que mais preservou seu EBES, esses países apresentam números alarmantes de novos casos e assustadores de mortalidade, colocando os seus sistemas de saúde em complexo colapso e paralisando completamente suas economias (JÚNIOR, 2020, p. 167).

Importante destacar que a conclusão mais evidente acerca da crise causada pela pandemia é a de que a intervenção do Estado é absolutamente imprescindível, seja para regular e proteger as relações profissionais, seja para promover o acesso à saúde de qualidade para todos os seus cidadãos, devendo tais medidas serem verdadeiros direcionadores de políticas públicas no futuro (JÚNIOR, 2020).

2.5 RACISMO ESTRUTURAL E NECROPOLÍTICA[7] EXISTENTES NA POPULAÇÃO NEGRA E QUILOMBOLA BRASILEIRA: UMA BREVE ASSOCIAÇÃO COM O PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID-19

Os trabalhos existentes no âmbito da academia informam que os negros brasileiros ainda vivem em situação de vulnerabilidade social, excluídos de um acesso e tratamento de saúde pública de qualidade. Conforme dito por Marquezini e outros (2021), “a história do negro é atravessada por injustiças sociais e violações governamentais” (MARQUEZINI *et al*., 2021, p. 114).

Na perspectiva dos mesmos autores:

> O Brasil, além de ter sido o último país ocidental a abolir o regime de escravização, traz como marca a experimentação do racismo em diferentes facetas que sustentam um projeto mais amplo de apagamento do próprio negro na sociedade brasileira (NOGUEIRA, 1998 apud MARQUEZINI *et al.,* 2021, p. 114).

Neste sentido, é mister utilizar os conceitos de “racismo estrutural” e “necropolítica”, promovidos pela academia, a fim de compreender como a sociedade brasileira foi fundada e desenvolvida tendo como engrenagem o fator racial, ou seja, como um fenômeno que está na base da organização política e econômica da nossa sociedade.

Perceber o racismo como estrutural significa compreender que a prática racista não se consolida somente no ato de preconceito, mas predomina em todas as

[7] Não cabe nesta dissertação entrarmos profundamente em detalhe sobre os conceitos de “Racismo Estrutural” e “Necropolítica”, mas é preciso conceituá-los para entendermos que estes dois fenômenos são extremamente atuais e estão enraizados na conjuntura social brasileira, forjada no racismo. Os autores utilizados para explicar os conceitos citados nesta parte da dissertação são importantes e atuais na atual conjuntura, principalmente quando adotamos e colocamos os referidos conceitos no contexto da Pandemia da COVID-19, momento histórico que registrou grande aumento de mortes em pessoas negras e negras quilombolas comparadas com as mortes de pessoas brancas. Utilizaremos também Giddens e Bobbio, que apesar de não serem autores da teoria social Marxista, são necessários para entendermos, determinados conceitos importantes na ampliação da temática utilizada.

estruturas sociais, que privilegia pessoas brancas em detrimento de negros e indígenas. O racismo estrutural no Brasil vigora conforme a estrutura do Estado brasileiro, estando impregnado nas relações sociais, políticas, econômicas, etc., sendo um verdadeiro pilar organizacional dessas dimensões. Não é um tema fácil de ser tratado porque requer investigação dessas dimensões, além das estruturas de poder.

Conforme dito por Almeida:

> [...] o racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo "normal" com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural[8] (ALMEIDA, 2020, p. 50).

O processo do poder na sociedade brasileira é baseado nesta estrutura segregadora e desumana. Segundo o mesmo autor:

> Ao contrário do que apregoam as leituras liberais, racismo não é apenas um problema ético, uma categoria jurídica ou um dado psicológico. Racismo é uma relação social, que se estrutura política e economicamente[9]. (...) Por ser uma relação social – portanto, dotada de materialidade e historicidade -, o fenômeno do racismo não escapou das lentes da teoria marxista. Já nas obras de Marx e Engels, assim como na dos "clássicos" marxistas (Vladimir Lênin, Karl Kautsky, Rosa Luxemburgo e Bruno Bauer), reflexões acerca da relação entre racismo, nacionalismo, colonialismo e a formação da economia capitalista ocupam posição de destaque (ALMEIDA, 2021, p. 7).

Importante destacar, nesse momento, a distinção entre "preconceito" e "discriminação", a fim de compreender melhor em que conjuntura está o racismo estrutural. São conceitos que estão arraigados nas comunidades onde os negros estão totalmente inseridos e coexistem dentro do processo de relação sociedade-Estado, configuração existente em nosso país, resultado do passado de escravização dos povos africanos. De acordo com Giddens (2012), "o preconceito se refere a opiniões e posturas que alguns membros de um grupo mantêm em relação a outro". Por outro lado, "se o preconceito descreve posturas e opiniões, a discriminação se

[8] "BONILLA-SILVA, Eduardo. **Racism Without Racist**: Colorblind Racism and the Persistence of Racial Ineguality in the United States. Maryland: Rowman & Littlefield, 2006, p. 465-480" (ALMEIDA, 2020, p. 217).

[9] "Como enfatiza Étiene Babilar, "o racismo é uma relação social, não um simples delírio de sujeitos racistas". Étienne Babilar e Immanuel Wallerstein, *Raça, nação, classe: as identidades ambíguas* (trad. Wanda Caldeira Brant, São Paulo, Boitempo, 2021), p. 79" (ALMEIDA, 2021, p.7).

refere ao comportamento adotado em relação a outro grupo e indivíduo” (GIDDENS, 2012, p. 455).

Segundo o mesmo autor:

> A discriminação pode ser vista em atividades que desqualifiquem os membros de um grupo de oportunidades abertas a outros, como quando se nega a um negro britânico um emprego que é oferecido a uma pessoa branca. Embora o preconceito, muitas vezes, seja a base da discriminação, os dois podem existir separadamente. As pessoas podem ter posturas preconceituosas, mas não agir de acordo com elas (GIDDENS, 2012, p. 455).

Entender a perspectiva da estrutura dinâmica destes conceitos, “preconceito e discriminação”, favorece o entendimento do racismo estrutural em nosso país, esclarecendo que a sociedade brasileira como um todo está estruturada tendo como mola mestra a nebulosa conjuntura histórica que assolou (e assola) os negros brasileiros e que serviu de base, inclusive institucional, para que as dimensões sociais, econômicas e políticas tenham sido construídas tal como conhecemos hoje.

Para além do que foi dito anteriormente, acerca dos processos de “preconceito e discriminação”, que, embora não se confundam, coexistem dentro dessa perspectiva racial (inseparável da história), ainda é necessário que se esclareça que toda essa estrutura é parte inseparável do processo de evolução do sistema capitalista de produção, a quem tudo está ligado através de um sistema de classes sociais, capital e poder.

Nesta mesma perspectiva, destaca-se o processo de imaginação sociológica proposto por Mills. Para o autor, é necessário sair de nossa “zona de conforto” para perceber que a sociedade, tal como se conhece, está ligada a uma estrutura muito maior do que simplesmente o meio social. É mister descobrir que tudo o que afeta os seres e a sociedade vem de uma estrutura social, invisível, pré-determinada e globalizada. Para tanto, Mills aduz que: “A imaginação sociológica capacita seu possuidor a compreender o cenário histórico mais amplo, em termos de seu significado, para a vida íntima e para a carreira exterior de numerosos indivíduos” (MILLS, 1982, p. 11).

Ainda como forma de sustentar essas premissas, é necessário esmiuçar o conceito de necropolítica. *Necropolítica* é um conceito utilizado por Achile Mbembe, a partir dos trabalhos que culminaram no desenvolvimento de temas como *biopolítica* e *biopoder* do francês Michel Foucault (SANTOS, 2020, p. 117). Mbembe aponta que

“o direito soberano de matar é característico dos Estados Modernos, e sendo um empreendimento ocidental, se mistura com as questões raciais postas nas práticas políticas do mundo ocidental” (MBEMBE, 2018, n.p.). Inspirados nas contribuições de Mbembe, chega-se à conclusão pelo referido autor, de que a soberania do Estado reside também na capacidade de escolher, através de ação ou omissão, quem importa e quem pode ter a vida descartada (MBEMBE, 2018, p. 41).

Acerca do conceito, Santos enquadra necropolítica como:

> [...] uma política de Estado que adequa quem merece estar vivo ou merece estar morto. Ele (Mbembe) aponta esse conceito dizendo que o Estado escolhe quem deve viver e quem deve morrer. Um elemento que possibilita a implementação dessa política da morte, ou do deixar morrer, é que determinados indivíduos não são dotados de humanidade ao olhar do Estado, desse modo, se tornam indivíduos frágeis ao deixar morrer, algo similar à ideia de indivíduos descartáveis. Quando a humanidade é negada, a prática da violência se torna possível e legitimada (SANTOS, 2020, p. 117).

Nesta esteira, avaliar e imaginar, de forma crítica, as questões vinculadas ao processo do racismo estrutural e da necropolítica, habilitados e propagados pelo Estado brasileiro contra a população negra no Brasil, fornece-nos o total suporte de trazer à tona, de maneira mais profunda, a realidade das comunidades quilombolas diante do acesso fragilizado à saúde pública.

A partir do momento que a população negra tem um acesso fragilizado e não adequado aos serviços de saúde pública, ofertados pelo SUS – Sistema Único de Saúde, o Estado brasileiro adota um papel omisso em relação à garantia desse direito, assumindo, por consequência, o risco da responsabilidade da própria vida do cidadão.

Precisa-se mostrar claramente como o racismo estrutural e o conceito de necropolítica moldam a estrutura do Estado e da sociedade brasileira, e como estes conceitos estão relacionados à precarização dos serviços públicos brasileiros, nomeadamente os ligados à saúde pública, sobretudo no que tange à fragilidade do acesso pelas comunidades quilombolas. Essas comunidades vivem esquecidas pelo Estado e têm na fragilização do seu acesso a própria negação do direito, sendo colocadas às margens da sociedade e de uma estrutura de Estado em que “o exercício da necropolítica leva ao genocídio do negro brasileiro [...]” (SANTOS, 2020, p. 118).

O “mito da democracia racial” expressado por Florestan Fernandes (2021) passa a impressão de que a universalização do direito à saúde, garantida pela Constituição de 1988, resguardaria a efetivação máxima do direito tutelado, porém,

na prática, o acesso igualitário e democrático a esse serviço nunca alcançou os objetivos pretendidos. Quando o cenário da Pandemia da COVID-19 no Brasil é esmiuçado e relacionado com as proporções do acesso à saúde das comunidades quilombolas brasileiras, tem-se um retrato escancarado da desigualdade social e racial. Nas palavras de Santos, “Há uma construção de uma ideia de uma doença democrática, mas os mecanismos de ação do Estado são sistemáticos e silenciosos ao caminho do genocídio das populações negras, em destaque as comunidades quilombolas” (SANTOS, 2020, p. 118).

2.6 O RACISMO ESTRUTURAL E A NECROPOLÍTICA NA REALIDADE DOS NEGROS E QUILOMBOLAS BRASILEIROS: UMA RÁPIDA AVALIAÇÃO DESTA RELAÇÃO COM A PRECARIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID–19

A escravidão no Brasil causou danos irreversíveis aos negros brasileiros. O Estado brasileiro tem uma dívida histórica com a população negra e não tem previsão de quitá-la. As chamadas práticas racistas são instituídas e praticadas há décadas, sendo definidas como situações e lógicas racistas que estão enraizadas na estrutura da sociedade brasileira (ALMEIDA, 2020, p. 48). Abolir, de fato, as práticas racistas dentro de uma sociedade enraizada pela desigualdade social é um objetivo difícil, mas não impossível. Primeiramente, precisa-se contar com as próprias instituições. E então, como irão combater? Segundo Almeida, “se o racismo é inerente à ordem social, a única forma de uma instituição combatê-lo é por meio da implantação de práticas antirracistas efetivas” (ALMEIDA, 2020, p. 48).

Exatamente por essa razão, ou seja, por contar com a necessária efetivação institucional de práticas antirracistas e protetivas, Fernandes aduz que:

> A democracia só será uma realidade quando houver, de fato, igualdade racial no Brasil e o negro não sofrer nenhuma espécie de discriminação, de preconceito, de estigmatização e de segregação, seja em termos de classe, seja em termos de raça (FERNANDES, 2017, p. 41).

Por outro lado, o Estado, através de políticas sociais públicas, tenta mediar a relação entre classes sociais antagônicas. Analisando por outro ângulo, situa-se, conforme preleciona Bobbio, “aquilo que “Estado” e “política” têm em comum (e é inclusive a razão de sua intercambialidade) é a referência ao fenômeno do poder”

(BOBBIO, 2018, p. 76). E este poder, representado pelo Estado, em um sistema capitalista, sempre reflete a representação dos interesses do que se convencionou chamar de grande burguesia. Estas políticas públicas fazem parte de uma instituição Estatal arcaica e que, de uma forma ou de outra, não busca com efetividade modificar a estrutura do racismo estrutural existente no Brasil.

De acordo com Marx, o Estado só pode ser entendido a partir da sociedade civil. E não somente isto. Ele sustenta que é no Estado que as formas de consciência são encontradas (PAULA, 2013, p. 80). Nesse sentido, faz mister citar a lição de Marx:

> [...] na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade [sociedade civil], a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual corresponde formas sociais determinadas de consciência [Estado] (MARX, 2008 apud PAULA, 2013, p. 80).

Porém, precisa-se deixar claro que esta estrutura de Estado, Sociedade Civil e Papel do Estado, na formulação e implantação de políticas que ampliem o acesso das comunidades quilombolas brasileiras à saúde, não possui muita afinidade dentro do arcabouço neoliberal. Tal premissa se comprova quando se aborda o papel do Estado brasileiro na efetivação de políticas públicas que tenham a população negra como alvo, oportunidade que sempre revela histórico de precariedade e omissão (MARQUEZINI *et al.,* 2021, p. 114) ou quando se revisita o tema da abolição da escravatura, período em que não houve implantação de qualquer medida de cunho reparador e incentivador à verdadeira inserção cidadã no seio social de pessoas recém libertas, porém entregues à própria sorte, sem moradia ou emprego (NASCIMENTO, 2016).

Tendo em conta as condições de vulnerabilidade social em que se encontra a maioria das pessoas negras, sobretudo diante de crises sanitárias, como a que se enfrenta na atualidade e no passado, importante trazer reflexão proposta:

> Este cenário de pandemia não é o primeiro a potencializar a produção da vulnerabilidade das populações negras no Brasil. Estudos sobre o impacto da pandemia da gripe espanhola que afetou o Brasil na década de 30, anos pós abolição, mostram que a imensa maioria dos infectados eram pessoas negras, da classe trabalhadora, contaminadas nas fábricas, portos, ruas, cortiços, favelas ou mesmo nos cárceres, morrendo de forma isolada e desassistida (MARQUEZINI *et al.,* 2021, p. 114).

Se forem comparados os cenários trazidos à lume, o da Pandemia espanhola da década de 30 e a atual da Pandemia da COVID-19, extrai-se a ideia de que não foram construídas mudanças significativas quanto à implementação de políticas públicas efetivas na saúde para a população negra e, especialmente, para a população negra das comunidades quilombolas do nosso país. Pelo contrário, a Pandemia da COVID-19 acentuou ainda mais as mazelas sociais existentes dentro destas comunidades, sobretudo com relação ao acesso à saúde pública de qualidade, já que, uma das formas de proteção contra este vírus foi (e é) manter o isolamento social.

Como pano de fundo desse cenário, tem-se ainda os já mencionados conceitos de racismo estrutural e necropolítica, que fazem parte constante da estrutura dessas comunidades. Durante o período da Pandemia da COVID-19, esta relação se acentuou no sentido de que o acesso à saúde pública brasileira para as comunidades se agravou e não foram vistas ações efetivas para a melhoria deste acesso. Os números mostram que, proporcionalmente, as comunidades quilombolas foram mais vitimadas durante a Pandemia da COVID-19; tiveram menos acesso a tratamento e vacinação, ficando o Estado incumbido do papel de escolher (ainda que sob omissão) quais povos poderiam ser descartados. Ou, conforme certo autor enfatiza: “(...) a soberania estatal está posta sobre um projeto que se distancia da autonomia e se aproxima da destruição material de corpos e populações” (SANTOS, 2020, p. 117).

Apesar de estudos já comprovarem que a população negra no Brasil morre mais de COVID-19 do que a população branca, Santos afirma que se percebe uma verdadeira discrepância acerca das taxas de letalidade entre quilombolas e não quilombolas, aduzindo que caso um indivíduo pertencente a um quilombo seja infectado com o novo coronavírus, teria cerca de três vezes mais chance de morrer do que um outro paciente não quilombola (SANTOS, 2020, p. 114).

Na concepção do mesmo autor, outras hipóteses poderiam auxiliar a responder qual o motivo da diferença tão aguda entre mortes por COVID ocorridas tomando como parâmetro o quesito *raça*, porém é necessário que se reconheça o fenômeno da necropolítica como fator presente em cada uma dessas hipóteses (SANTOS, 2020).

Incorporando-se o conceito para o contexto da pandemia do coronavírus e a completa visualização de tragédia humanitária mais massiva entre pessoas negras, o mesmo autor assevera:

> E quando transferido esse cenário para o contexto da pandemia de coronavírus, os mecanismos da necropolítica, sendo esta uma política de morte adequada pelo Estado (MBEMBE, 2018), podem trazer diferentes consequências entre as populações não negras e negras, e no caso específico aqui, sobre as comunidades quilombolas. A partir dessa preocupação que se situa a relevância para a compreensão de que a crise do coronavírus pode agir de maneira semelhante nos corpos adoecidos, mas politicamente essa pandemia pode agir diferente em grupos sociais (SANTOS, 2020, p. 116).

A destruição de corpos e populações, tão bem explorada no conceito de necropolítica de Mbembe (2018), é nítida e expressiva no contexto da população negra brasileira. Vê-se, por exemplo, o genocídio do povo negro pela polícia brasileira, autorizado pelo governo, que primeiro mata, depois pergunta quem é. Vê-se, também, no encarceramento em massa da população negra, ou no caso específico, no alastramento da pandemia da COVID-19, que, escandalosamente, mata mais pessoas negras do que brancas, colocando-se em prática o que alguns autores sustentam: o genocídio do povo negro como parte de todo processo de negritude no país dá andamento a um processo planejado de embranquecimento da população brasileira (NASCIMENTO, 1978).

Importante mencionar que, historicamente, as vidas dos negros brasileiros sempre foram mais violentamente afetadas em todas as camadas sociais, a começar pelos tão extensos anos de escravidão, e depois pelo processo de discriminação, que, enraizado no desenvolvimento da sociedade brasileira, é teia social da estrutura política e econômica mundial (racismo estrutural), afetando toda a integralidade das relações.

Conforme sustenta Santos:

> [...] vale a pena salientar que o genocídio vai para além do morrer físico, mas abrange também a exterminação política, cultural, linguística, religiosa entre outros aspectos. Para a compreensão deste trabalho, entende-se o poder da morte como a instrumentalização do morrer físico, simbólico e moral de um povo, no caso, da população negra. O exercício da necropolítica leva ao genocídio de um povo, no caso, da população negra. O exercício da necropolítica leva ao genocídio do negro brasileiro em todos esses aspectos. E quando se evoca as contribuições teóricas de Nascimento (1978), se faz isso por sua importância na desarticulação da ideia de democracia racial que

> era e ainda é disseminada pelo Brasil, apontando o genocídio institucional e sistemático, mas ao mesmo tempo silencioso sobre a população negra (SANTOS, 2020, p. 118).

Nesta mesma esteira, pode-se asseverar que, não sendo a democracia completa ou real para todas as pessoas, a população negra brasileira não faz parte da maioria dos privilégios compartilhados pela população branca. A questão da Pandemia da COVID-19 mostrou com mais clareza como essa população ainda vive em processo de total e extrema vulnerabilidade social enquanto grupo. Conforme afirma Santos:

> [...] Mesmo após o fim do período escravocrata, essas pessoas não têm a dignificação da humanidade plena. Dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública ajudam a enxergar este cenário de política de morte que incide sobre a população negra. Cerca de 75% das pessoas mortas em operações policiais, em ações do Estado, eram negras, além da predominância negra entre as vítimas de feminicídio, de violência sexual, de homicídios entre jovens e entre vítimas totais de homicídio (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2019). Quando se trata dos quilombos, tem-se um crescimento de 350% dos assassinatos de quilombolas entre 2016 e 2017, subindo de 4 para 18, tendo vítimas que eram lideranças de suas comunidades (CONAQ, 2018). Este dado serve para visualizar com mais clareza o tamanho da questão que está posta sobre a expansão do coronavírus nos quilombos (SANTOS, 2020, p. 118).

Exatamente em razão dessas constatações é que não se pode prosseguir um estudo sobre o impacto da COVID-19 em populações negras sem tomar como base todo o contexto histórico, econômico, político e social em que estão enquadrados esses grupos, sempre no sentido de dialogar com os conceitos já desenvolvidos por outros pesquisadores.

Órgãos governamentais, a exemplo do IPEA, vêm constatando, através de critérios objetivos, como dados e amostras, que as desigualdades raciais promovem consequências específicas e desvantajosas que impedem ou dificultam a inserção social das pessoas negras a bens e serviços de qualidade (CARNEIRO, 2011, p. 54).

A autora sustenta, acerca das pesquisas neste sentido:

> Elas cada vez mais desautorizam as ideias consagradas em nossa sociedade sobre a inexistência de um problema racial. Questionam a simplificação de que o problema do Brasil é social, e não racial. Recusam os eufemismos como o do *apartheid* social e, sobretudo, indicam que as políticas universalistas, historicamente implementadas, não têm sido capazes de alterar o padrão de desigualdades entre negros e brancos na sociedade (CARNEIRO, 2011, p. 54).

Na estrutura da raiz da sociedade brasileira, o racismo estrutural e a necropolítica, instaurados e implantados pelo Estado brasileiro, andam juntos.

Nas palavras de Marquezini e colaboradores:

> Salienta-se que este cenário necropolítico brasileiro é anestesiado e silenciado pelo mito da democracia racial (agravado pela presença do traço da cordialidade), o qual sustenta a ideia errônea de que, em sua constituição, o país teria passado por um processo natural e pacífico de miscigenação entre os povos (colonizadores, negros e originários), culminando em uma nação cordial, onde não cabe manifestações racistas. É diante deste cenário que se pode concordar com Munanga, que afirma que o "racismo brasileiro é um crime perfeito" (MARQUEZINI *et al.,* 2021, p. 119-120).

Munanga (2017) destaca e resume a definição do que vem a ser o racismo brasileiro:

> [Eu] Resumiria o racismo brasileiro como difuso, sutil, evasivo, camuflado, silenciado, em suas expressões e manifestações, porém eficiente em seus objetivos, e algumas pessoas talvez suponham que seja mais sofisticado e inteligente do que o de outros povos (MUNANGA, 2017, p. 41 apud SOUZA, 2022, p. 208).

Importante destacar a ineficácia do atual Governo em dar visibilidade a números reais do abalo que a Pandemia fez e vem fazendo em determinadas comunidades tradicionais, dentre elas os quilombolas. Autores que estudam o assunto destacam que:

> [...] durante o período de pandemia não há dados específicos sobre o quantitativo de contágio da Covid 19 em outros grupos vulnerabilizados como nas populações quilombolas, indígenas, LGBTI+, população em situação de rua, lésbicas, transgêneros, o que dificulta ainda mais ações estatais no intuito de minimizar os efeitos dessa doença em relação a mobilidade e mortalidade. Tais dados poderiam fomentar políticas de promoção à saúde e dar visibilidade às relações raciais desiguais, já visibilizadas pelas pesquisas promovidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, através do censo e PNAD (SANTOS *et al.*, 2020, p. 245).

Como caracterizam os mesmos autores, "a exclusão desses dados reflete, consequentemente, a manutenção do racismo institucional do Estado brasileiro caracterizado pela omissão seletiva que vulnerabiliza ainda determinados grupos" (SANTOS *et al.*, 2020, p. 245).

Também como traço do racismo estrutural e do processo da necropolítica, viabilizados pelo Estado brasileiro, há um aprofundamento da dificuldade da transparência das informações, no intuito de tornarem invisíveis determinadas

comunidades, dentre elas, as quilombolas brasileiras. Essas práticas contribuem para acentuar a falta de acesso dessas populações a bens e direitos sociais (SANTOS *et al*., 2020, p.245), inclusive o acesso à saúde pública, estabelecido e garantido pela nossa Carta Magna como um direito universal e igualitário.

Percebe-se claramente que o Brasil é um país em que existe uma cultura da eliminação da população negra através de elementos constitutivos (ou seja, por meio de ação), pela ausência de políticas públicas efetivas e pela omissão em enfrentar de maneira massiva esta realidade.

O racismo estrutural e o processo da necropolítica coexistem e se retroalimentam no sistema Estatal brasileiro. De um lado, o primeiro está enraizado na estrutura arcaica do Estado e nos moldes primários da administração pública brasileira, enquanto que o segundo consolida a permanência deste modelo arcaico, dando poder ao Estado para “definir quem importa e quem não importa, quem é “descartável” e quem não é” (MBEMBE, 2018/2021, p. 41).

O conjunto das estruturas citadas anteriormente: “racismo estrutural” e “necropolítica”, abrangido pelo cenário pandêmico atual no Brasil, foi arrasador para as comunidades quilombolas brasileiras e para os negros de forma em geral.

As estruturas do Estado brasileiro, ancoradas nos conceitos acima delineados, permitem o extermínio da população negra no Brasil, especialmente quando o foco são comunidades quilombolas brasileiras, que já lidam com um esquecimento orquestrado pelo próprio Estado.

“Mbembe (2018a; 2018b) denuncia que o processo histórico-colonizador trouxe como “novidade” “o racismo vinculado ao capitalismo, no qual os corpos negros escravizados foram objetificados e tomados como mercadoria” (NAVARRO *et al.*, 2021, p 34). Sob a mesma acepção de *coisa* ou *mercadoria*, assiste-se ao extermínio de populações negras autorizado pelo Estado, ainda que de maneira omissiva, quando não investe em políticas públicas que garantam acesso a bens básicos de sobrevivência ou a direitos erigidos como fundamentais.

A negação ao acesso a direitos básicos de pessoas negras ao longo do tempo, como prática institucionalizada pelo Estado brasileiro, repercute a manutenção do racismo como mola estruturante da sociedade, em que a morte da população excluída e marginalizada se torna o fim (o objetivo) e não somente a consequência, ou seja, a concretização da necropolítica.

3 CAPÍTULO II: RACISMO COMO EMARANHADO DA TEIA SOCIAL NO BRASIL

3.1 ESCRAVATURA NO BRASIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Este capítulo intenciona examinar o processo de escravidão na realidade brasileira, não apenas como registro histórico, mas como berço de toda a iniquidade que perdura até os dias atuais. Não bastasse a própria lógica capitalista, já examinada anteriormente, que promove a implementação de um sistema de acumulação de riquezas de uma minoria em detrimento da miséria de uma maioria, o Brasil ainda foi e é palco de uma estrutura racista, herança do passado colonizador e escravagista, que termina por intensificar todas essas contradições sociais.

Nas palavras de certos autores:

> Como sabemos, a escravidão e o colonialismo constituíram uma base importante para a gênese e a estruturação do capitalismo. O sistema escravista utilizado nas colônias foi um grande negócio no capítulo da acumulação primitiva do capital. Além da violência utilizada para expropriar indígenas e ocupar os seus territórios, o movimento da acumulação originária escravizou africanos com o objetivo exclusivo de produzir mercadorias (açúcar, ouro, café) voltadas para a criação do valor. Com a escravidão do africano, um grande e lucrativo comércio humano se estabeleceu, no Atlântico, entre o final do século XVI até meados do século XIX (MENEGAT *et al.,* 2021, p. 102).

Fausto (2021), na esteira do que foi mencionado, aduz que: “O tráfico representava, pois, uma fonte potencial de acumulação de riqueza, e não apenas um meio de prover de braços a grande lavoura da exportação” (FAUSTO, 2021, p. 22), reforçando a pré-existência de traços do capitalismo que floresciam ainda naquela época.

Apesar de todas as estruturas desumanas impostas pela escravidão brasileira à população negra, o mercado de escravo era extremamente lucrativo, e sendo lucrativo, podemos afirmar que não se tinha o interesse em se desfazer desta maldade, que significava riqueza e lucro para uns e sofrimento para outros.

Nas palavras de Leite (2017):

> O tráfico foi responsável pelo arrebatamento de milhões de homens e mulheres de suas nações na África para serem escravizados na América, especialmente em terras brasileiras. Essa atividade comercial, via oceano Atlântico, foi um grande investimento econômico e cultural do capitalismo europeu, que marcou a formação do mundo moderno e a criação de um novo

> sistema econômico mundial. A política expansionista dos países europeus, sobretudo das monarquias ibéricas (Portugal e Espanha), tinha como propósito a obtenção de lucros rápidos através do comércio de especiarias com a Ásia, a extração de ouro na África subsaariana, e da exploração de terras na América – de preferência não habitadas - onde pudessem ser cultivados produtos agrícolas de grande procura na Europa. Para garantir uma produção agrícola em grande escala e extraordinários lucros, foi instituído o tráfico e a escravização desregrada de homens e mulheres no empreendimento colonial português dentro do Brasil (LEITE, 2017, p. 64).

Nesta senda, aí está um dos principais motivos por que se escravizou o negro africano: a percepção de lucro. Segundo Laurentino Gomes:

> Os traficantes tinham um grande e onipresente sócio no tráfico negreiro: a Coroa portuguesa. Além de fornecer mão de obra para as lavouras e minas da América, o comércio de escravos era uma fonte de receita fundamental para o tesouro real. Por volta de 1630, um cativo africano entrava no Brasil com tributos equivalentes a 20 % do seu preço no porto de embarque. Na América Espanhola, impostos e taxas chegavam a 66% desse valor. Na segunda metade do século XVII, os tributos no Brasil subiram para 28%, o que levou o ouvidor – geral de Angola a declarar que o tráfico de escravos era a atividade comercial mais tributada em todo o Império Português. Novos impostos foram criados ao longo do século XVIII E XIX. A Coroa lucrava também com a venda de alvarás e direitos de comércio de escravos (GOMES, 2019, p. 251-252).

Através deste tráfico lucrativo, segundo Leite:

> (...) o Brasil envolveu-se plenamente nessa trágica aventura da escravidão. Presume-se que tenham sido trazidos forçadamente para o nosso país cerca de 40% dos africanos vitimados pela escravidão moderna. Foram eles e seus descendentes que constituíram a quase total força de trabalho existente durante os mais de trezentos anos em que vigorou a instituição escravocrata brasileira. Assim, a escravidão acabou por penetrar todos os aspectos da sociedade brasileira durante esse período (LEITE, 2017, p. 65).

Foi exatamente nesse cenário trágico que emergiram as relações sociais contemporâneas, cujos traços e resquícios dele permanecem fortemente nos dias atuais. Apesar de ser maioria, a população negra no Brasil ainda carece dos mesmos privilégios direcionados aos brancos. Diante desta situação, precisa-se indagar: por que os brancos são considerados como superiores? Ou seja, por que eles ainda dominam determinados espaços e privilégios? Diante desta situação, toca-se no processo do racismo vinculado à miscigenação. Acerca do tema, importante mencionar lições de Munanga (1999):

> A mestiçagem tanto biológica quanto cultural teria entre outras consequências da destruição da identidade racial e étnica dos grupos dominados, ou seja, o etnocídio. Por isso, a mestiçagem como etapa transitória no processo de branqueamento, constitui peça central da ideologia racial brasileira, embora reconheçamos que todos os intercursos sexuais entre brancos e negros não foram sugeridos por essa ideologia. Algumas citações retomadas da obra *Preto no branco,* de Thomas Skidmore, ilustram eloquentemente a idéia de que a população negra no Brasil representava, do ponto de vista da elite "pensante", uma ameaça ao futuro da raça e da civilização brancas no país e que o processo de branqueamento ofereceria o melhor caminho para aplacar essa ameaça sem conflitos: "Não há perigo (...) de que o problema negro venha a surgir no Brasil. Antes que pudesse surgir seria resolvido pelo amor. A miscigenação roubou o elemento negro de sua importância numérica, diluindo-o na população branca (MUNANGA, 1999, p. 110 – 111).

Ou seja, associa-se isso ao que Abdias Nascimentos chama de "Uma estratégia de genocídio" (NASCIMENTO, 2017, p. 83). A população negra continua sofrendo discriminação nas mais diversas áreas: é maioria nos processos de encarceramento, tem menos acesso à educação superior, à saúde de qualidade, ocupa menos frequentemente cargos de sucesso em empresas privadas, é maior alvo de ações violentas advindas do próprio Estado, maioria das vítimas de morte violenta, morre mais pela COVID-19.

Um dos símbolos da luta negra sempre foi a resistência, manifestada, muitas vezes, através da estética, da intensa e clara mensagem de sobrevivência em meio ao caos. Acerca do assunto, Leite (2017) afirma que:

> Tão intensa quanto a própria escravidão foram os tipos de resistência apresentados pelos sujeitos escravizados ao sistema que lhes fora imposto. A resistência revelou-se desde a recusa vã em deixar suas terras, famílias, culturas e histórias na África, passando pela rebelião durante a insalubre travessia do Atlântico, até às formas mais radicais, como assassinato de seus escravizadores, nos locais de trabalho forçado. No entanto, são os movimentos organizados durante o processo de escravização - fugas e formação de quilombos - que revelam a dimensão da resistência à escravidão. Assim como os movimentos ocorridos depois da Abolição, são os que melhor explicam a luta dos ex-escravos por liberdade, respeito, dignidade e direitos no Brasil (LEITE, 2017, p. 65).

Em outro momento, a autora traz importante menção sobre o assunto:

> Onde houve escravidão houve resistência e de diversas maneiras. Mesmo sob constantes ameaças, os escravos negociavam espaços de autonomia com os senhores, faziam "corpo mole" no trabalho, quebravam ferramentas, incendiavam plantações, agrediam senhores e feitores rebelavam-se individual ou coletivamente (LEITE, 2017, p. 68; REIS; GOMES, 1996). Entretanto, foram as fugas seguidas de formação de quilombos, os maiores símbolos da resistência escrava no Brasil (LEITE, 2017, p. 68).

Destaca-se a fuga como um seguimento de resistência constante ao modelo de escravidão cruel adotado no Brasil. A resistência através da fuga forçou os escravos negros a formarem comunidades que dessem sequência a este processo de resistência.

Conforme afirma Leite (2017):

> A escravização de seres humanos entre os séculos XVI e XIX, tornou-se uma atividade econômica altamente lucrativa, mas não era uma tarefa fácil para os envolvidos nesse “negócio”. Todo período de existência da escravidão foi atravessado pelas mais variadas formas de luta esboçadas pelos escravizados contra o sistema opressor que lhes roubava a dignidade humana e, em muitos casos, a própria vida. Recusa deixar a África, revoltas, fugas, assassinatos, suicídios, formação de quilombos, estiveram entre as principais formas de reação oferecidas esboçadas pelas vítimas da escravidão (LEITE, 2017, p. 79).

Como se disse outrora, a resistência continua presente na vida das pessoas negras. As semelhanças aos tempos antigos são anunciadas não como uma luta armada, mas como uma luta invisível e constante, na tentativa de buscar e garantir direitos sociais advindos da própria noção de dignidade. As consequências sérias desse processo escravocrata, enraizado e perpetuado na sociedade brasileira, fazem aduzir que a maioria das pessoas negras se esforça (e luta) para sobreviver, daí porque o Professor Florestan Fernandes pergunta: “O negro é marginalizado por que é pobre ou por que é negro?”, ao que ele próprio responde:

> Pelas duas coisas. São duas barreiras simultâneas. Uma, racial, e outra, econômica. Quando ele consegue vencer uma delas, a social, ele tem a racial. A barreira racial existe concomitantemente em vários graus. Há grupos que discriminam, outros que não, variando também a intensidade, dependendo do grupo social, da formação cultural, de uma série de fatores (FERNANDES, 2017, p. 121).

Essas consequências da escravidão, conforme caracterizadas anteriormente, aparecem em toda a estrutura social brasileira, independentemente da posição social que o negro está. A escravidão brasileira deixou danos irreparáveis, colocando o negro em uma condição de subalternidade completa e constante diante de toda uma sociedade. As consequências negativas são gritantes para essa parte da população, levando não somente à exclusão social em todos os sentidos, mas também à morte.

3.2 POVOS QUILOMBOLAS: PARÂMETROS LEGAIS E A REALIDADE DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE PARATIBE EM JOÃO PESSOA – PB

Todo quilombo brasileiro é representativo de símbolo de expressão de luta e resistência do povo negro.

A realidade dos parâmetros legais das comunidades quilombolas brasileiras na luta pelo reconhecimento aos direitos sociais é constante. Para explicar bem este percurso de intensa luta, seguir-se-á uma linha cronológica que aborda os marcos legais mais importantes na parca efetivação da formalização das terras quilombolas (SILVA, 2020). Vale ressaltar, a esse respeito, que todas as conquistas desses marcos legais representam uma vitória da luta dos movimentos negros no Brasil.

Segundo Silva (2020), “o termo quilombo é uma categoria em disputa e para entender esses significados é preciso percorrer as perspectivas, adjetivos e determinações legais que procuram dá conteúdo ao termo” (SILVA, 2020, p. 79).

Pode-se observar, no Quadro 01 a seguir, um breve resumo do “Quadro Normativo de 1988 a 2002” e “das normas pertinentes à política racial e quilombola até 2002” (SILVA, 2020, p. 97). Apresenta-se aqui, um pequeno resumo dos avanços das legislações quilombolas no Brasil de 1988 até o ano de 2002.

Quadro 01 - Resumo da Política Racial Quilombola (1998 a 2002)

Data	**Evento**	**Norma**
22.08.1988	Autorizada a criação da Fundação Cultural Palmares.	Lei n° 7688/88
05.01.1988	Promulgada a Constituição Federal, contendo o art. 68 da ADCT e diversos conteúdos acerca da igualdade material e do combate ao racismo.	CF/88
10.01.1992	Criada, de fato, a Fundação Cultural Palmares.	Decreto nº 418/902
24.01.1992	Regulamentou a aquisição de imóveis rurais para fins de reforma agrária. Seus dispositivos foram adotados na regularização fundiária dos primeiros territórios quilombolas.	Decreto nº 433/1992
08.01.1995	Instituído o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra – GTI.	Decreto s/nº
22.11.1995	O INCRA define um plano de trabalho para concessão da titularidade de terras as comunidades remanescentes de quilombos.	Portaria Incra 397/85
13.05.1996	Instituído o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), o qual possuía, dentre seus objetivos, o desenvolvimento de ações afirmativas para negros e a formulação de políticas compensatórias para a igualdade racial.	Decreto nº 1904/1996

26.10.1999	É introduzida, na área de competência do Ministério da Cultura, a atribuição do cumprimento do disposto do art. 68 do Ato da Disposições Constitucionais Transitórias.	MP 1911-11/99
02.12.1999	O Ministério da cultura delega a competência do cumprimento do disposto no art. 68 da ADCT à Fundação Cultural Palmares.	Portaria MC 447/99
27.12.2000	São incorporadas expressamente ao rol de competências da Fundação Cultural Palmares, as atribuições de realizar a identificação, reconhecimento, delimitação e a demarcação das terras ocupadas por quilombo, bem como conferir e promover a registro dos títulos de propriedade.	MP 2123 27/2000
26.01.2001	Alterada a competência do Ministério da Cultura, que passa aprovar a delimitação das terras dos remanescentes das comunidades de quilombo e a determinar de suas marcações, que serão homologadas mediantes decreto e não mais o cumprimento do disposto no art. 68 do ADCT, isto é, há uma restrição de competências.	MP 2123 28/2001
Data	**Evento**	**Norma**
31.8.2001	A Fundação Cultural Palmares recebeu a competência para realizar a identificação dos remanescentes das comunidades dos quilombos, proceder ao reconhecimento, à delimitação e à demarcação das terras por eles ocupadas e conferir-lhes a correspondente titulação e titulação e acrescentou um parágrafo único determinando a Fundação como parte legitima para promover o registro dos títulos de propriedade nos respectivos cartórios imobiliários, sem menção a desapropriação.	MP 2216 37/2001
31.8.2001	Ocorre a Conferência de Durban onde é afirmado que o racismo, a discriminação racial e a intolerância correlata constituem uma negação dos propósitos e princípios da Carta das Nações Unidas e insta os Estados a adotarem medidas positivas no combate à discriminação.	Declaração de Durban
10.09.2001	O parecer da Subchefia para Assuntos Jurídicos da Casa Civil da Presidência da República propugna a ilegitimidade o Ministério do desenvolvimento Agrário e do INCRA para promover desapropriação e reconhecer o domino de terras em favor remanescentes de quilombo.	Parecer SAJ 1490/2001
10.09.2001	É editado decreto, amparado no parecer SAJ 1490/01, com o objetivo de regulamentar “as disposições relativas ao processo administrativo para identificação dos remanescentes das comunidades dos quilombos e para o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a titulação e o registro imobiliário das terras por eles ocupadas”.	Decreto nº 3912/2001
13.05.2002	Promulgado o decreto que institui, no âmbito da Administração Pública Federal, o Programa Nacional de Ações Afirmativas.	Decreto nº 4.228/2002
13.05.2002	Lançado o II Plano Nacional de Direitos Humanos, ampliando as metas as fixadas no I PNDH no tocante à valorização da população negra, e oriundas da Declaração e do Plano de Ação de Durban, contém metas específicas para as comunidades quilombolas.	Decreto nº 4.229/2002

13.05.2002	Nesse mesmo dia, o governo de Fernando Henrique Cardoso, baseado em pareceres do Ministério da Justiça e da Fundação Cultural Palmares, vetou na integra o projeto de lei nº 3207/1997 que pretendia regulamentar o art. 68 da ADCT.	Mens. Presidencial 370/2002
25.07.2002	Depositado instrumento de ratificação pelo Brasil junto ao Secretário Executivo da OIT referente à Convenção 169 do órgão sobre povos indígenas e tribais.	Decreto nº 143/2002

Fonte: (SILVA, 2020, p. 97-99).

A Constituição Federal de 1988 foi o pontapé inicial para a construção de atos normativos que chegassem a viabilizar o início de um marco jurídico de concretização de direitos sociais. Apesar do avanço nas características de marcos legais, conforme demonstrado no quadro acima, e inicialmente através de nossa Carta Magna, enfatiza-se que:

> No ano de 2003, no governo do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva[10], foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPIR, em 21 de março, por meio da medida provisória nº 111 (convertida na lei nº 10.678 de 23 de maio de 2003), a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (decreto nº 4886/2003), o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR[11] e foi aprovada a Lei nº 10.639/03[12] (SILVA, 2020, p. 99-100).

Conforme o breve resumo de alguns marcos normativos citados anteriormente, a mesma autora enfatiza bem que a regulamentação jurídica foi importante por ter exigido que os processos de titulação formais fossem retomados. Houve, nesse sentido, a elaboração de mapeamentos dos quilombos, que, dessa vez, contaram com a participação da sociedade civil, e sobretudo dos próprios quilombolas. Por outro lado, sustenta que esse processo também trouxe marcos importantes nas políticas públicas destinadas às áreas quilombolas, como incentivo à agricultura familiar,

[10] "Vale dizer que antes mesmo de torna-se presidente, Lula e seu partido já haviam dado indícios de que acompanhavam o debate da sociedade em torno da questão étnico-racial. Tanto é assim que, quando da campanha eleitoral, o Partido dos Trabalhadores lançou o "Programa Brasil Sem Racismo" em 2002" (SILVA, 2020, p.99; BRASIL, PROGRAMA BRASIL SEM RACISMO, 2002).

[11] "O CNPIR é um órgão colegiado de caráter consultivo, com composição paritária, sendo 22 membros da sociedade civil e 22 representantes do poder público federal, sendo integrante da estrutura da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Foi criado pela lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003, e regulamentado pelo decreto nº 4.885, de 20 de novembro de 2003, com alterações feita pelo decreto nº 6509, de 16 de julho de 2008, os quais dispõem sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho" (SILVA, 2020, p. 100).

[12] "A lei 10.639, de 9 de janeiro de 2013 modifica a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e torna obrigatório o ensino da "História e Cultura Afro-Brasileira e Africana" no Brasil, bem como inclui o 20 de novembro como data comemorativa no calendário escolar" (SILVA, 2020, p. 100).

planejamento e promoção da saúde, educação, saneamento, eletricidade, etc. Nesse contexto, surgiu o Programa Brasil Quilombola (PBQ) promovido pelo ex presidente Luiz Inácio Lula da Silva (SILVA, 2020, p. 101).

Os avanços em termos legislativos, no governo do ex-presidente Lula, foram extremamente significativos e importantes para dar visibilidade a uma comunidade tradicional, esquecida pelo Estado. E, para finalizar, diante deste pequeno resumo de marcos teóricos legislativos, que de uma forma ou de outra sustentam a formalização e legalização de políticas públicas, em todas as áreas sociais, Silva (2020) sustenta que:

> Que é positivo e evidente essa mudança do governo, isto é, a vitória de Luís Inácio Lula da Silva e os compromissos que o Partido dos Trabalhadores tinham assumido com o movimento social negro, dando e criando as possibilidades de aproximação as comunidades quilombolas, ainda em campanha política, altera e favorece o "clima", permitindo um maior avanço sobre as questões raciais e a mudança e compreensão do entendimento acerca do conceito de quilombo (SILVA, 2020).

No sentido de complementar o que foi citado anteriormente, é importante esboçar os marcos normativos vinculados à saúde pública no Brasil. Diante disso, aponta-se que:

> As melhorias nas condições de saúde da população brasileira nas últimas décadas são atribuídas a mudanças favoráveis nos determinantes sociais da saúde e à reforma setorial que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do reconhecimento pela Constituição Federal – CF 1988 (BRASIL,1988) de que a saúde é um direito fundamental, e que é dever do Estado. O SUS foi construído a partir dos anos noventa de forma descentralizada e hierarquizada com responsabilidades definidas para as três esferas de governo. A partir de 2000, a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) (BRASIL, 2000) garantiu um patamar mínimo para a saúde nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios)[13] (VIEIRA *et al.,* 2016 p. 2-3).

Portanto, "quando se inicia uma discussão sobre políticas de saúde, torna-se necessário fazer referência ao art. 196 da CF 1988 (BRASIL, 1988) devido ao entendimento sobre o direito à saúde ali expresso" (VIEIRA *et al.,* 2016, p. 4).

Os mesmos autores expõem que:

> A saúde não é vista como antônimo de doença, em que a oferta e o acesso a serviços médicos e hospitalares por si só bastariam para garanti-la, mas é

[13] "Para a União a regra corrigia o valor aplicado no ano anterior pela variação nominal do PIB, e para estados e municípios, percentuais de 12% e 15%, respectivamente, da receita de impostos" (VIEIRA *et al.,* 2016, p. 3).

> compreendida em seu contexto econômico e social, havendo o reconhecimento de que existem outros fatores que condicionam o estado de bem estar e de saúde dos indivíduos, e que, portanto, é preciso que o Estado formule e implemente políticas econômicas e sociais para garantir os direitos previstos (VIEIRA *et al.,* 2016, p. 4). (...) Esta compreensão da política de saúde captura outras dimensões do processo saúde-doença, em que a existência de estado de bem-estar ou a sua negativa encontra explicação em fatores determinantes e condicionantes econômicos e sociais para a elevação dos riscos de surgimento das doenças (VIEIRA *et al.,* 2016, p. 4).

Historicamente, as comunidades quilombolas brasileiras são desprovidas de contextos sociais e econômicos favoráveis ao processo de melhorias de oferta a uma qualidade de vida digna, desde a infância, percorrendo a fase adulta e, consequentemente, afetando a sua qualidade de vida na fase idosa. Essas comunidades são desprovidas de renda digna, de trabalhos, saneamento básico, educação pública e saúde de qualidade, transporte, lazer, de alimentação saudável, dentre outros condicionantes que, de uma forma ou de outra, afetam diretamente o seu processo de saúde-doença durante todas as fases de suas vidas.

Complementando, os autores referidos acrescentam que:

> A Lei Orgânica da Saúde trata de explicitá-los no seu Art. 3, reconhecendo que, entre outros determinantes e condicionantes, estão a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais que afetam a saúde da população, os quais expressam a organização social e econômica do País (VIEIRA *et al.,* 2016, p. 4-5).

Viu-se, até agora, um pequeno resumo do avanço do marco legal tendo em conta a legislação nacional, e melhorias tidas no governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A partir deste ponto, o foco se orientará no sentido de elencar marcos da legislação estadual que respaldam, legalmente, o direito quilombola no Estado da Paraíba. Segue, abaixo, o Quadro 02, com um breve resumo da linha cronológica acerca de leis que orientam e protegem essas comunidades no âmbito da Paraíba.

Quadro 02 - Um breve resumo da legislação que protege e orienta o povo quilombola no Estado da Paraíba

Instituição	**Ano**	**Tipo**	**Título**	**Aspecto de Destaque**	**Ano/ Decreto de Sanção no Brasil**
Governo do Estado da PB	2003	Lei	Lei nº 7502	Instituiu o Programa de Resgate Histórico e Valorização das Comunidades Remanescentes de Quilombos na Paraíba, utilizando como base o art. 68 das Disposições Transitórias da	11/12/2003

				Constituição da República, decretando que o objetivo deste programa é desenvolver atividades que busquem identificação e demarcação de territórios ancestrais e quilombolas no Estado da Paraíba, não especificando o que se caracteriza como território ancestral. Depois disto, promover ações sistemáticas que façam um levantamento e legislação destas áreas, levantando os aspectos culturais e históricos dessas comunidades, bem como identificando os projetos culturais desenvolvidos por elas para o enquadramento nas leis de incentivo à cultura. Por fim, ainda estabelece que devem ter prioridade no acesso a programas geração de emprego e renda, como de qualificação profissional ministrado pelo Estado.	
Governo do Estada da PB	2006	Emenda Constitucional	Emenda Constitucional nº 19	Estabelece o Capitulo VIII - Da proteção dos Índios, dos Ciganos e dos Quilombolas, no art. 252 – A, será competência do Estado promover a preservação e incentivar a autopreservação das comunidades indígenas, quilombolas e ciganas, assegurando-lhes o direito a sua cultura e ao seu modelo de organização social. Também é vedada de destruição das culturas indígenas, ciganas e quilombolas, assim como forma de violência e exploração dessas comunidades, bem como assegurar que a assistência social e de saúde devem ser prestadas tanto pelo Estado, quanto pelos municípios onde se encontram localizadas as comunidades. No art. 252 – B, estabelece que o Estado deverá garantir o ensino regular, de caráter intercultural e bilíngue, criando meios para a formação continuada de professores indígenas, ciganos e quilombolas para atender às demandas específicas das comunidades, ficando estas responsáveis por solicitar a Secretaria Estadual de Educação.	09/05/2006
Governo do Estado da PB	2009	Lei	Lei nº 8.993	Tem a finalidade da criação do Conselho Estadual de Promoção da Igualdade Racial CEPIS, vinculado à Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano – SEDH, com finalidade de propor, em nível de Estado, políticas públicas para a promoção da	15/12/2009

				igualdade racial dando ênfase a População Negra, Povo Indígena, e as Comunidades Tradicionais Quilombolas e Ciganos e as Comunidades de Terreiro, bem como outros grupos étnicos da população brasileira.	
Governo da PB	2012	Decreto	Decreto nº 33.370	Institui, no âmbito da Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana – SEMDH, o grupo Intersetorial do Programa Brasil Quilombola na Paraíba sob sua coordenação, com o objetivo de atuar como um fórum facilitador e propositor de ações e políticas governamentais para as comunidades quilombolas paraibanas, atuando no monitoramento da inserção das políticas públicas dessas comunidades, elaborando um diagnóstico de nível estadual para subsidiar as ações governamentais para quilombolas.	09/10/2012
Governo do Estado da PB	2013	Decreto	Decreto nº 34.542	Instituído pelo governo estadual da Paraíba com o objetivo de estabelecer um Comitê de Ações Integradas da Agenda Social Quilombola, sob a coordenação da Secretaria de Estado e Desenvolvimento Humano, com o objetivo de articular, monitorar, fiscalizar e propor ações sistemáticas para a efetivação da Agenda Social Quilombola no Estado da Paraíba.	22/11/2013
Governo do Estado da PB	2014	Portaria	Portaria nº 1.115	Instruções orientam a formulação das Diretrizes Operacionais para o Funcionamento das Escolas da Rede Municipal de Ensino da Paraíba, nas quais encontra-se, de forma muito vaga, a referência sobre a Educação Quilombola, mesmo com o Decreto Nº 4.887/2003, que assegura a autodeterminação como prerrogativa legal para o reconhecimento do direito à posse da terra para os quilombolas, bem como dos avanços no campo jurídico das leis e orientações para assegurar a visibilidade dos direitos sociais destas comunidades quilombolas.	20/11/2014

Fonte: COSTA, 2016, p. 54-55.
Disponível em: http://paraíba.pb.gov.br/ (COSTA, 2016, p. 55)

Após enunciar algumas legislações que vieram a trabalhar para garantir a saúde como universal e igualitária, é preciso estabelecer a ideia de que “o direito à saúde, conforme prevê a Constituição Federal brasileira, somente pode ser garantido

mediante políticas públicas" (VIEIRA *et al.,* 2016, p. 5). Para garantir o avanço da concretização destas políticas perante as comunidades quilombolas brasileiras, é preciso que estejam articuladas com as normas legais vigentes.

A legislação, por si só, não garante o acesso efetivo e eficaz à saúde pública, mas impõe ao Estado o dever de colocá-lo em prática a partir de um conjunto de políticas públicas efetivas e garantidoras do direito. Além da aplicação da legislação, é necessário também conhecer um pouco das características da comunidade que está sendo investigada, a fim de apreender a sua realidade e abordar dificuldades subjetivas e objetivas que se fazem presentes no processo da efetivação de direitos sociais, dentre eles, um acesso à saúde pública de qualidade.

Neste caminho, Costa (2016), em sua dissertação de mestrado intitulada "A ressignificação da identidade quilombola na comunidade de Paratibe, João Pessoa-PB: Uma análise a partir dos processos de resistência", afirma que "a "Identidade Quilombola" da Comunidade de Paratibe, João Pessoa – PB pode ser considerada a partir de duas concepções (autoidentificação e identidade atribuída) formuladas por interpretações internas e externas ao grupo" (COSTA, 2016, p. 109).

Afirma, a esse respeito, que:

> [...] a identidade é construída por um processo de ressignificação que dialoga com os conceitos de raça e etnia, principalmente, quando estamos tratando de uma comunidade tradicional quilombola, que produz a cultura ancestral por meio do cotidiano e da sua relação histórica com o território que ocupa secularmente. É a identidade que vai caracterizar um indivíduo a partir de um apanhado de atribuições e de significados que são construindo através de sua vivência em sociedade, das memórias sociais e familiares que o relacionam com um lugar, com um grupo familiar (COSTA, 2016, p. 110).

Segundo a mesma autora, para entender a essa autoidentificação e identidade, é necessário se apropriar de alguns conceitos:

> [...] raça foi uma categoria instituída no Brasil no período Colonial para diferenciar os indivíduos, utilizando-a como determinante social, que estabelecia os espaços sociais do indivíduo pela cor deste. Ou seja, a questão racial estava relacionada à questão social, fator este que levou o provo negro a exclusão, discriminação e sofrimento (SCHWARCZ, 1993). Já a etnia, conforme aponta Barth (1998), é uma categoria que está relacionada com a herança cultural, com a ancestralidade, é construída por meio da memória social de um povo e se reproduz pelas heranças culturais que ultrapassa gerações, estando associada à cultura e ao território (COSTA, 2016, p. 109 - 110).

Para entender o fenômeno de estruturação de uma comunidade quilombola brasileira, é preciso compreender a construção da identidade delas, estar inserido em seu contexto e saber de que forma ela se organiza e é organizada pelos poderes públicos e pelo Estado brasileiro. Diante disso, Costa afirma que “[...] o processo de autodeterminação do povo quilombola brasileiro, ocorrido nas últimas décadas do século XX, trouxe para o debate social novas categorias **quilombola e remanescente de quilombo”** (COSTA, 2016, p. 111). Esses conceitos são importantes para entender as características dos quilombos na atualidade e de que forma (política, cultural e econômica) eles se organizam.

Perante tudo que foi colocado até o exato momento, os conceitos de quilombo, sua identidade e sua representatividade foram brevemente explanados. Mas, para além dessas noções, precisa-se entender também como se deu esse processo histórico de comunidades tradicionais quilombolas no Estado da Paraíba, analisando a concretização da comunidade quilombola de Paratibe, em João Pessoa, e como essa comunidade está caracterizada nos dias atuais.

De acordo com Costa (2016):

> Neste sentido, no Estado da Paraíba, a emergência étnica quilombola, vais se construir por meio da negação da aparente mestiçagem, que invisibilizou o povo negro paraibano, criando uma aparência de harmonia étnica, não apenas na Paraíba, como em todo o Brasil das últimas décadas do século XIX para as primeiras do século XX. Desse modo, o Nordeste brasileiro vai se construir no sentido identitário por meio da ideologia nacionalista que vai construir uma identidade única que “inviabilizava as aspirações de organização de classe” (ARRUTI, 2003, P. 05) , formulando um imaginário de Nordeste vinculado a duas perspectivas econômicas agrárias: a canavieira (escravista) e a pecuária (nômade pastoril e de trabalhadores livres) (COSTA, 2016, p. 113).

Segundo a mesma autora, “os quilombos na Paraíba são frutos do processo de resistência cultural e simbólica negra, que sobreviveram ao processo de invisibilidade que foram submetidos pela elite branca dominante” (COSTA, 2016, p. 115).

Conforme fonte da AACADE/CENEQ de 2021, e conforme a Fundação Cultural Palmares (FCP), a Paraíba tem 45 comunidades certificadas. Segue o Mapa 01 com as informações:

Mapa 01 - Quilombos da Paraíba[14] (abril de 2021)

Fonte: AACADE/CENEQ – Elaboração de Alberto Banal – 2021.
Disponível em: <http://quilombosdaparaiba.blogspot.com/p/mapas.html>. Acesso em: 08 jan. 2022.

Conforme citado na dissertação de Costa (2016):

> Segundo Fortes & Lucchesi (2015), essas comunidades negras quilombolas vão permanecer no território ocupado secularmente, por meio do sistema do trabalho “assujeitado”[15] presente na maioria da comunidades acompanhadas

[14] Não foi encontrado, durante a pesquisa, um mapa em que ficassem claros os nomes das 45 (quarenta e cinco) comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) no Estado da Paraíba.

[15] “Regime de trabalho a que ficam submetidos os trabalhadores e moradores das fazendas que, em troca de morada e de terra para trabalhar, têm que pagar partes (muitas vezes, a metade) da produção,

> pelo INCRA – secção Paraíba, esses sujeitos sociais, com o processo de perda territorial, tiveram que manter uma relação de trabalhadores do campo com grandes proprietários de terras, que foram comprando, ou ocupando o território étnico dessas comunidades, estabelecendo uma co-dependência, por meio do trabalho do arrendamento de terra, da venda da produção, do trabalho assalariado, dentre outras formas de dependência econômica (COSTA, 2016, p. 116).

A mesma pesquisadora retrata bem em sua dissertação de mestrado que essa situação de assujeitamento foi construída com o passar do tempo e terminou em um processo de verdadeira perda territorial, sobretudo em razão do crescimento difuso das cidades, que absorveu as terras ao redor do quilombo como um espaço propício para o desenvolvimento imobiliário (COSTA, 2016, p. 116; GONÇALVES, 2011).

Exemplo dessa absorção do território quilombola e posterior incorporação ao ambiente urbano é dado com a descrição a seguir, sobre a própria Comunidade Negra de Paratibe:

> Localizada na zona sul de João Pessoa, a Comunidade Negra de Paratibe faz divisa com o município do Conde – PB. Até o asfaltamento da Rodovia Estadual denominada PB – 008, em 2002, Paratibe era uma comunidade rural, cujo acesso se dava por meio de uma estrada carroçável. Hoje, Paratibe é um bairro de João Pessoa e possui duas vias de acesso: uma pelo Bairro de Valentina, ou seja, por dentro da cidade, e outra pela PB – 008 (PEREIRA, 2014, p. 31).

Conforme dados do INCRA, trazidos na Dissertação de Mestrado de Pereira (2014):

> Quanto à disposição espacial, a comunidade se divide historicamente em quatro microáreas dispostas dos dois lados da PB-008, sendo que loteamentos e chácaras dividem a área com as casas dos quilombolas, tornando a comunidade um espaço bastante heterogêneo. Paratibe dispões de água encanada, luz elétrica e transporte urbano. A coleta do lixo existe, porém os moradores não utilizam esse serviço com frequência, dando outros destinos ao lixo, sendo prática comum a queima. As casas de taipa foram substituídas por casas de alvenaria pela Prefeitura. Todas seguem o mesmo padrão por sala, cozinha, dois quartos, banheiro e fossa séptica INCRA, 2012: p. 26. (PEREIRA, 2014, p. 31)

Inicialmente, faz mister trazer algumas informações importantes quando se trata da localização e estrutura espacial da referida comunidade, dentre elas, o fato de que na comunidade, atualmente, existem instituições mediadoras e fortalecedoras

---

além de obedecer às requisições impostas pelos patrões, como exclusividade na comercialização do excedente(FORTES & LUCCHESI, 2015 p.16)" (COSTA, 2016, p. 116).

da identidade negra, como a Igreja Católica, a AACADE – Associação de Apoio aos Assentamentos e Comunidades Afrodescendentes e a Associação da Comunidade Negra de Paratibe (PEREIRA, 2014).

Conforme dados do INCRA, informados na dissertação da pesquisadora citada, Pereira (2014):

> Francimar contou que, em 2004, quando a AACADE promoveu o 1º encontro das Comunidades Negras da Paraíba, surgiu a discussão das comunidades quilombolas. Desse encontro saiu a primeira Comissão Estadual formado pelos quilombolas, que em 2008 passou a ser uma Coordenação juridicamente constituída, a CNCNEQ – Coordenação Estadual de Comunidades Negras Quilombolas. Francimar explicou que ficou sabendo da existência de Paratibe por meio de uma professora de Direito da Universidade Federal da Paraíba chamada Joselita. Na primeira visita que fizeram à comunidade, ela recorda que, "o pessoal foi muito receptivo, nós nos apresentamos e eles contaram a história do lugar e de como vivam. No início era só a família da Ana, umas 5 ou 6 pessoas". Francimar e Padre Luiz passaram a visitar a comunidade com regularidade e nessas reuniões explicavam aos moradores que Paratibe tinha características de Comunidade Quilombola. Eles incentivavam a organização da comunidade para que formassem a sua própria associação, pois a participação de apenas alguns moradores de Paratibe no núcleo que já estava organizado em Mussumagro não seria suficiente. Em 2005, no 2º Encontro das Comunidades Negras da Paraíba já havia representantes de Paratibe no encontro INCRA, 2012, p. 46-47. (PEREIRA, 2014. p. 52-53)

Com relação à Associação da Comunidade Negra de Paratibe, a pesquisadora informa que:

> A partir das visitas, reuniões e encontros com a AACADE, muita coisa mudou na vida da comunidade e especialmente de Ana, que começou a organizar a comunidade e ajudou a fundar a Associação da Comunidade Negra de Paratibe em 2006, juridicamente fundada em 06 de outubro de 2007 (PEREIRA, 2014, p. 54).

A seguir, encontra-se a bandeira da Associação da Comunidade Negra de Paratibe (Figura 01):

Figura 01 – Logomarca da Associação da Comunidade Negra de Paratibe

Fonte: Elaborado pelo autor**.** João Pessoa – PB, 2022.

Existe um documento oficial da comunidade, ou seja, uma “Ata de Assembleia Geral de Constituição da Associação da Comunidade Negra de Paratibe (ACNP)” (ACNP, 2007, n.p.), elaborada no dia 06 de outubro de 2007, que “teve como objetivos a confirmação de constituição da associação da comunidade negra de Paratibe a realização da primeira eleição diretora da comunidade negra de Paratibe e a aprovação de um estatuto para a comunidade” (ACNP, 2007, n.p.).

Ao estudar o tema, Pereira (2014) sustenta que essa associação, inicialmente, confundia-se com uma comunidade religiosa, ligada à Igreja Católica (PEREIRA, 2014, p. 55). Continuando, na referida dissertação, a autora afirma que:

> Embora a participação nas reuniões da Associação tenha aumentado significativamente em comparação aos primeiros encontros com apenas 5 ou 6 pessoas, a linha de frente continua com Ana e seus familiares, que mobilizam a comunidade e organizam as atividades e reuniões comunitárias. [...] INCRA, 2012, p. 48-49 (PEREIRA, 2014, p. 55).

Com o pequeno resumo do relato histórico, desenvolvido inicialmente sobre a comunidade quilombola de Paratibe, em João Pessoa-PB, percebe-se que a comunidade vem de um processo histórico com relação à concretização das normas legais que a apoiam e de uma luta constante na concretização de “identidade de quilombo”.

Figura 02 - Galpão de Eventos da Comunidade Quilombola de Paratibe

Fonte: Elaborada pelo autor. João Pessoa – PB, 2022.

3.3 A PERSPECTIVA ATUAL DA SAÚDE NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA BRASILEIRA COM O QUADRO PANDÊMICO E A ATUAL SITUAÇÃO DO IDOSO NEGRO

Como demonstrado, as comunidades quilombolas brasileiras vivem em constante situação de vulnerabilidade social. Com a contrarreforma em curso nos governos pós golpe e o surgimento da Pandemia da COVID-19, essa situação piorou, uma vez que o acesso à saúde pública, já precário anteriormente, tornou-se ainda mais inalcançável em razão das medidas restritivas vinculadas ao isolamento social.

Através de alguns estudos, comprova-se que a população negra em geral foi e é a mais atingida pelos avanços da Pandemia da COVID-19 no Brasil. Estudo acerca do tema também sustenta o racismo como sistema que impõe uma condição de subalternidade, iniciada na época da escravidão, prolongada com a abolição, mas que gera efeitos até a atualidade (MENEGAT *et al.,* 2021, p. 102).

Segundo alguns estudos, as desigualdades, já perpetradas entre pessoas negras, mulheres, indígenas, quilombolas ou pessoas pertencentes a outras comunidades tradicionais tenderam a se intensificar com a Pandemia causada pela COVID-19 (SILVA *et al.,* 2021, p. 88). Com relação aos idosos dessas comunidades, já era rotineira a situação de abandono e esquecimento pelo Estado na questão do acolhimento e do acesso a uma saúde pública de qualidade, tendo havido registro de grave piora no período pandêmico. Sobre o assunto, Zigoni aduz que:

> As políticas públicas existentes para as comunidades quilombolas, que já traziam um histórico de não atenderem muitas das demandas fundamentais das comunidades, estão hoje reduzidas a quase nada. As políticas públicas universais, como as de saúde, também têm sofrido duros golpes nos últimos anos. No contexto grave da pandemia, cabe fazer referência ao subfinanciamento das políticas públicas de saúde federais em R$ 20 bilhões. Isso ocorre em decorrência da medida de Teto dos Gastos Públicos, que resulta no congelamento dos recursos da saúde e educação por vinte anos (ZIGONI, 2020 apud SILVA *et al.,* 2021, p 89).

Para combater as desigualdades vivenciadas no Brasil, sobretudo no acesso à saúde, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que intencionou garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e das florestas às ações e serviços de saúde, identificando, nesse processo, as necessidades específicas deles. Para tanto, foram elencados como critérios de planejamento e definição da prioridade[16]: o acesso à saúde por parte do idoso, atendimento domiciliar, infraestrutura que garanta melhora do saneamento e das condições de moradia, meios de comunicação entre os indivíduos-alvo da política e equipes que sejam eficazes e ágeis, menores filas de espera, reforma e ampliação de Unidades Básicas da Saúde, além do aumento das equipes de saúde[17] (SANTOS, *et al.,* 2014, p. 2604).

Há que se mencionar a importância deste instrumento na promoção da saúde das populações negras em situação de vulnerabilidade, ou seja, da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2013), cujo objetivo geral contempla "promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicos-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços dos SUS" (BRASIL, 2013, p. 27).

Referido instrumento também abrange importantes objetivos específicos para a ampliação e garantia do acesso da população negra aos serviços de saúde. Podemos citar alguns, como:

> I – Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;

[16] "BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, Brasília, 2007. 70p". (SANTOS *et al.,* 2014, p. 2609).
[17] "SILVA, A. M. **Saúde nos Quilombos**: Temas em Saúde Coletiva, 9, Instituto de Saúde – SESSP, São Paulo; 2009. 304 p". (SANTOS, *et al.,* 2014, p. 2609).

> II – Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2013, p. 27).

Importante destacar estes pontos para dar voz e vez ao atendimento integral e a um acesso à saúde pública de qualidade aos idosos negros das comunidades quilombolas do nosso país, principalmente durante o período pandêmico. Além dos preceitos constitucionais que garantem esse acesso rápido, eficaz e de qualidade, o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, estipula em seu artigo 15:

> É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2009, p. 16).

Ou seja, as legislações brasileiras criadas ainda em 2003 garantiam o acesso aos serviços de saúde aos idosos negros de comunidades quilombolas, não sendo o caso de ausência de disposição legal, porém, na prática, a situação é totalmente diferente. Com a contrarreforma em aceleração, antes do período pandêmico, o acesso à saúde de idosos destas comunidades já era extremamente precário. Com o período pandêmico, a situação piorou.

> A discriminação racial e a desigualdade, tão presentes na sociedade brasileira, e que marcam o histórico da relação do Estado brasileiro com os quilombos, estão em franco processo de agravamento na situação da pandemia. Esses são aspectos que devem ser tratados a partir de medidas a serem tomadas pelos governos locais, estaduais e pelo governo federal, com a devida urgência necessária, obedecendo a Constituição de 1988 e a tratados e convenções internacionais dos quais o Brasil é signatário. Cabe ao Estado brasileiro, assegurar a sua população, e às comunidades quilombolas, os direitos básicos e a atenção à saúde, de forma a efetivar políticas públicas qualificadas para a redução das desigualdades estruturais que atingem negros, mulheres, indígenas de forma mais determinante, ainda mais agravados pelos efeitos da pandemia. O que é possível visualizar, a partir do monitoramento das políticas públicas e das ações dos governos, nesse contexto crítico de pandemia do novo coronavírus, é que tem sido sistematicamente reduzidas às iniciativas voltadas às comunidades quilombolas e à população negra, e aumentada a violação dos direitos desses cidadãos e cidadãs. A situação de vulnerabilidade, vivenciada secularmente nos quilombos, tem se agravado consideravelmente na atual conjuntura (SILVA *et al.,* 2021, p. 89).

Para agravar ainda mais a situação, no Brasil, existem poucos estudos populacionais que intencionem abordar as condições de saúde das pessoas idosas

sob a perspectiva racial (SILVA, *et al*., 2016, p. 2), realidade sustentada por outros autores, sobretudo se o foco for a população quilombola (MOTA *et al.*, 2021, p. 6).

Nesse sentido, ainda mais preocupante é a ausência de estudo e caracterização do acesso do idoso quilombola à saúde pública no Brasil. Conforme relatado por alguns autores:

> No Brasil, ainda são observados grandes traços de iniquidade relacionados à cor da pele, com evidente prejuízo para a população negra, inclusive em relação aos cuidados de saúde[18-19]. Entre essa população as comunidades quilombolas formadas, em sua maioria, por indivíduos de ancestralidade africana, apresentam-se mais vulneráveis devido às desigualdades sociais e posição geográfica predominantemente rural[20]. (OLIVEIRA *et al*., 2015, p. 2880).

Por outro lado, Souza *et al*. (2022) destacam:

> Entretanto essa população ainda sofre com a escassez de recursos que os impacta no saneamento básico, escolaridade, moradia e assistência de saúde, melhor dizendo tudo que deveria ser assegurado através das políticas públicas ainda não é contemplado, levando à violação de seus direitos, ao qual são negligenciados nessa população tornando – a vulnerável, desencadeando diversos agravos á saúde na infância, vida adulta de modo que afete diretamente no processo do envelhecimento saudável. (SOUZA *et al*., 2022, p. 1839).

Ao chegar na fase idosa, que requer, consequentemente, um total apoio dos serviços de saúde pública, o idoso quilombola tem um acesso deficitário e, em muitos dos casos, ausente por parte dos poderes públicos. De acordo com Mussi e colaboradores (2019):

> Visto que o idoso está mais suscetível a comorbidades, quando se trata de idoso quilombola esse índice de vulnerabilidade aumenta devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja por pouco conhecimento, fatores socioeconômicos, seus costumes, crenças e por não ter uma unidade de saúde na comunidade tendo que deslocar-se para zona urbana. (MUSSI *et al*., 2019)

---

[18] "GOMES, K. D. O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C.; CHERCHIGLIA, M. L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013" (OLIVEIRA *et al*., 2015, p. 2889).

[19] "BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W. T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889-902, 2013" (OLIVEIRA *et al*., 2015, p. 2889).

[20] "BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W. T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889-902, 2013" (OLIVEIRA *et al*., 2015, p. 2889).

Portanto, é inegável que se precisa dar visibilidade aos problemas de acesso à saúde dos idosos das comunidades quilombolas, identificando os problemas, buscando ferramentas para a ampliação da saúde pública, no intuito da melhoria da própria qualidade de vida das pessoas beneficiárias, uma vez que as condições de vulnerabilidade às quais estão expostas, desde a infância até a terceira idade, permeadas de miserabilidade, baixa renda, acesso insuficiente a recursos financeiros dignos e capazes de custear as esferas mais básicas da natureza humana terminam por deixá-los mais expostos a doenças crônicas evitáveis (SOUZA, *et al*., 2022, p. 1840).

Nesse sentido, é urgente e necessário demonstrar que, a despeito de uma evolução legislativa que trata sobre o tema, na prática, o acesso à saúde pública dos idosos quilombolas não é universal e nem igualitário, conforme preconiza a Constituição, tendo havido piora significativa durante o surgimento e avanço da Pandemia da COVID-19. Diante desta situação, Souza e colaboradores trazem lição incisiva:

> O acesso aos serviços de saúde limitado acaba afetando de forma progressiva um desenvolvimento sadio desse grupo, o que consequentemente afeta em seu processo de envelhecimento, pois, por se tratar de um público mais vulnerável e frágil, requer uma maior atenção e um cuidado constante (SOUZA, *et al.,* 2022, p. 1840).

Além da constatação da ausência de implementação de ferramentas que fomentem a participação ativa dos idosos quilombolas ao seio social, podendo gozar dos direitos garantidos constitucionalmente, como o acesso à saúde, é necessário trazer ao estudo o fato de que dentro do universo populacional negro existem diferenças substanciais de condições e perspectivas. Nesse sentido, merece guarida lição de Sateles e colaboradores (2020):

> A população negra não é um todo homogêneo, foi apontado a importância de compreender os grupos existentes na população negra e suas especificações e bom serviço de saúde a todos. Pensando que há pessoas negras em comunidades rurais, longínquas dificultando acesso à clínicas e hospitais, e existem periferias localizadas nos grandes centros urbanos e ainda sim são precárias em todos os sentidos, tanto espacial, como infraestrutura e acesso que esses grupos têm aos serviços de saúde já que comumente estão afastados e detém uma vulnerabilidade sócio-econômica. (SATELES *et al*., 2020, p. 6).

Por tudo o que foi exposto, não é demais chegar à conclusão de que o fator racial, por mais desconcertante que pareça, ainda se mantém como traço determinante para a ocorrência de doenças e agravos na vida das pessoas (SATELES *et al*., 2020, p. 6).

4 CAPÍTULO III: APARATO METODOLÓGICO

4.1 PARTICIPANTES E AMOSTRA

O universo de investigação da pesquisa corresponde aos idosos negros quilombolas da comunidade de Paratibe, localizada no bairro de Paratibe, em João Pessoa-PB. Para se ter o acesso à comunidade, foi realizado inicialmente um contato com a AACADE – Associação de Apoio aos Assentamentos e Comunidade Afrodescendentes, que, logo em seguida, repassou o contato da liderança da referida comunidade.

O universo dela se constitui de 23 idosos[21] (o que equivale a 100% dos idosos). Diante do relatado, a amostra da pesquisa corresponde a 10 idosos negros quilombolas, o que representa 43% do universo.

Os critérios de inclusão para participar nesta pesquisa são: pertencer à população negra de idosos que residam na Comunidade Quilombola de Paratibe. Por segurança e para preservar o anonimato dos idosos, que toda investigação deve seguir, eles estão sendo identificados por nomes fictícios, nomes estes de pessoas da proximidade do autor da pesquisa. O nome da Agente Comunitária de Saúde, citada na fala dos idosos, foi representado pela letra X, a fim de preservar a identidade da profissional.

4.2 OBJETIVOS

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo geral analisar o acesso da população idosa quilombola da comunidade de Paratibe, no município de João Pessoa-PB, aos serviços de saúde pública, antes e durante o período da Pandemia da COVID-19, ou seja, no lapso temporal que compreende janeiro de 2019 até dezembro de 2021. Sendo assim, para atingi-lo, foram estabelecidos como objetivos

[21] Informações advindas da líder da comunidade e da presidente da Associação da Comunidade Negra de Paratibe (ACNP), no ano de 2022 (fonte primária – *in loco*). Resolveu-se não adotar os dados fornecidos pelo Censo de 2010, tanto antes, como no período da coleta dos dados empíricos e pesquisa de campo (março de 2022) deste estudo dissertativo, por estarem desatualizados. O governo Bolsonaro ainda não havia realizado o censo demográfico atual. Conforme informações recebidas via e-mail pessoal do “IBGE” no dia 07 de julho de 2022, da “Supervisão de Disseminação de Informações (SDI) na Paraíba”, “a coleta de dados do Censo nos domicílios vai do dia primeiro de agosto ao último dia de outubro do presente ano”.

específicos: analisar, por meio dos idosos quilombolas da comunidade de Paratibe, o acesso desta população aos serviços de saúde pública antes e durante o período da Pandemia da COVID -19; identificar a percepção dos idosos sobre as facilidades e dificuldades do atendimento na saúde pública; descrever as ferramentas utilizadas para a garantia e efetividade do acesso à saúde pública, e as dificuldades encontradas pela população idosa quilombola de Paratibe; averiguar a presença ou ausência de indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário aos serviços públicos de saúde, disponibilizados à comunidade idosa quilombola de Paratibe.

4.3 TÉCNICAS DE ANÁLISES

Trata-se de uma pesquisa do tipo Social Aplicada (Pesquisa de Campo), de caráter predominantemente qualitativo de análise, além de ser uma pesquisa comparativa, exploratória, crítica e descritiva.

As pesquisas qualitativas são realizadas tendo em conta descrições verbais (GIL, 2019, p. 40). Assumindo como correta esta premissa, pode-se aduzir que as pesquisas qualitativas passaram a ser reconhecidas como essenciais para os estudos que envolvem análise das experiências de vida no meio das complexas interações sociais (GIL, 2019, p. 40). Com relação à pesquisa comparativa, sabe-se que “Comparar é uma atividade essencial do processo cognitivo na busca do entendimento de certas regularidades do evento” (BALESTRO *et al.,* 2007, p. 2; BENDIX, 1963). Como o foco do trabalho é a comparação de marcos temporais, a fim de validar uma assertiva que conta com análise de fatos (pandemia - piora (ou não) do acesso à saúde dos idosos negros quilombolas), não se pode deixar de contar com essa ferramenta de pesquisa.

A pesquisa exploratória “tem como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2019, p. 26). Em razão da complexidade do tema e da necessidade de se estudar o assunto à luz do contexto histórico e social, o levantamento bibliográfico e documental está sendo realizado também partindo do método do materialismo histórico-dialético, como já supramencionado.

Merece menção, ainda, as colocações de Costa (2017), quando explicita que os estudos que têm como base questões raciais devem aglutinar fatores como *classe* e *raça*, não devendo fragmentá-las. Veja-se:

> [...] O potencial revolucionário da combinação recíproca da luta de raças e de classes, não o isolamento de uma ou de outra. “Nada de isolar *raça e classe*. [...]. Na interpretação marxista do Brasil, Florestan Fernandes assume a posição de que o método dialético deve incorporar outras situações sociais, não simplesmente redutíveis à visão classista da sociedade. Isso não significa a postura eclética ou revisionista em relação ao marxismo, mas a necessidade mesma de enraizar a luta revolucionária das classes trabalhadoras e das camadas populares no Brasil em solo histórico nacional (COSTA, 2017, p. 15).

Exatamente por essa razão, foram coletados dados primários sobre o objeto de estudo, tendo como base a intenção de relacionar aspectos de raça e classe como pertencentes ao mesmo cerne do problema, e não à obra do acaso, como afirmam alguns autores, uma vez que, conforme aduz Florestan Fernandes, “[...] existem duas polaridades, que não se contrapõem, mas se interpenetram como elementos explosivos – a classe e a raça”. (FERNANDES, 2017, p. 84-85).

Quanto ao método utilizado para a referida investigação, sabe-se que método é “o conjunto de etapas e processos a serem vencidos ordenadamente na investigação dos fatos ou na procura da verdade” (RUIZ, 1996, p. 131).

Por outro lado, entende-se por metodologia “a organização racional da investigação e estaria relacionada à lógica interna da investigação, aos passos e aos meios pelos quais o caminho seria percorrido na construção do conhecimento” (MAGALHÃES *et al.*, 2012, p. 683).

O método aqui proposto será o Materialismo Histórico-Dialético, advindo da Teoria Crítica Marxista, ou seja, um enfoque teórico, metodológico que busca examinar e compreender a realidade material, não como algo isolado, mas como resultado de transformações das sociedades que estão presentes e registradas na história. Nesta concepção sobre o materialismo histórico dialético, na esteira de Magalhães e colaboradores (2012, p. 684), podemos destacar três pontos importantes: a) abordar o objeto na perspectiva histórica, a partir de suas origens; b) buscar na história as origens do problema, do todo e não de tudo; c) trabalhar com os sujeitos típicos a serem pesquisados. Nesse sentido, todo o processo metodológico deve partir de várias condicionantes, devendo ser observada a necessidade de:

> "[...] estabelecer a relação teoria-prática; apresentar o concreto pensado; utilizar adequadamente as categorias marxistas para análise: trabalho, alienação, ideologia, classe social, contradição, negação, totalidade, universalidade; articular teoria e prática e a denominar práxis; apresentar os dados evidenciando seus nexos internos e contraditórios com a totalidade" (MAGALHÃES *et al*., 2012, p. 684).

A partir do trabalho de Marx, foi desenvolvido um método de análise para compreender a origem, desenvolvimento e manutenção do que chamou de *sociedade burguesa*, estruturando como base dessa contradição o modo de produção capitalista (NETTO, 2009, p. 672). Conforme definido pelo mesmo autor:

> [...] Não se trata, como pode parecer a uma visão vulgar de "crítica", de se posicionar frente ao conhecimento existente para recusá-lo ou, na melhor das hipóteses, distinguir nele o "bom" do "mau". Em Marx, a crítica do conhecimento acumulado consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes os seus *fundamentos*, os seus *condicionamentos* e os seus *limites* – ao mesmo tempo em que se faz a verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais (NETTO, 2009, p. 672).

Já segundo Minayo (2001, p. 16), a metodologia "é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade". Esta compreensão contribui para delimitação dos métodos e técnicas que direcionarão a proposta desta pesquisa.

Na intencionalidade de viabilizar o melhor caminho metodológico para investigar e refletir o acesso ao atendimento à saúde das comunidades negras, em especial a comunidade quilombola de Paratibe, em João Pessoa, que vive em situação de vulnerabilidade constante, decidiu-se por uma trilha metodológica que possibilitasse descobrir informações necessárias sobre a existência ou ausência de protocolos, fluxos, cartilhas, ou notas técnicas de orientações, disponibilizados pelos poderes públicos, que tivessem o condão de contribuir com a promoção da melhoria desse acesso ao atendimento dos idosos quilombolas da referida comunidade aos serviços públicos de saúde. Para atingir esta finalidade, utilizou-se a observação sistemática, além de entrevistas aos idosos.

Nesta trilha investigativa, buscou-se, inicialmente, justificar a importância da construção de um estudo que analisasse a real situação de acesso de idosos negros de uma comunidade quilombola no que tange ao atendimento na saúde pública, tendo como período de análise antes e durante a Pandemia da COVID-19, isto é, prosseguiu-se a comparação do acesso ao atendimento antes e durante a Pandemia,

o que caracteriza a dimensão comparativa desta pesquisa em questão. Dessa forma, intentou-se traçar um perfil deste acesso tomando como base o lapso temporal de janeiro de 2019 até dezembro de 2021.

Na perspectiva de fortalecer o debate do referido objeto de estudo, foram abordados certos autores, como, por exemplo: Freitas (1982); Siqueira (2011); Gomes (2013); Fernandes (2007; 2017; 2021); Nascimento (2017), Harvey (2004), Jessé de Souza (2019; 2021) Achile Mbembe (2021) e dentre outros, que se debruçaram sobre temas afins, servindo de base para a construção de um percurso metodológico que possa trazer resultados eficientes e eficazes para entender melhor o acesso dos idosos quilombolas da comunidade de Paratibe ao sistema de saúde pública, compreendendo que a falta de alcance desse direito fundamental (acesso à saúde) não se constitui como fato isolado, sendo, na verdade, resultado de muitas contradições estruturais cujas respostas estão na história e na crise capitalista como um todo.

O estudo priorizou a análise crítica, com ênfase na dimensão histórico-dialética, considerando a perspectiva predominantemente qualitativa e com análise comparativa. Sendo assim, foram utilizados um levantamento bibliográfico e documental (dados secundários) sobre o tema, tendo sido levantados os dados empíricos por meio de aplicação de questionários para realização de entrevistas semiestruturadas, com a liberação do Comitê de Ética. Os dados coletados por meio das referidas entrevistas semiestruturadas envolvem questões subjetivas e objetivas e aspectos importantes da vida dos entrevistados, a fim de facilitar e trazer à tona informações sobre uma população pouco visibilizada e sempre na tentativa de inter-relacionar os assuntos da realidade microssocial com a realidade macrossocial. Os dados coletados foram sistematizados por tabelas e gráficos e analisados considerando-se a problematização da realidade investigada; as falas dos idosos foram organizadas de acordo com determinadas perguntas, selecionadas dentro do roteiro de entrevistas, e priorizadas de acordo com o conteúdo para fins de contemplação dos objetivos do estudo. Todas as etapas estão permeadas pela sistematização da observação cuidadosa.

Dentre as técnicas de análise utilizadas neste estudo, destaca-se a “Análise de Conteúdo”, uma vez que permite analisar, através de processos sistemáticos, o

conteúdo das informações obtidas, descrevendo-as e interpretando-as para fins didáticos.

Neste sentido, Souza *et al*. (2020) aduzem:

> Na abordagem do dinamismo de um determinado problema social, sob o viés da pesquisa qualitativa, há várias técnicas de análise, dentre elas, a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2004, 2010, 2011). Para a autora, a Análise de Conteúdo objetiva analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo. A análise do material coletado segue um processo rigoroso frente às fases definidas por Bardin (2011), como: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados (SOUZA *et al.,* 2020, p. 1397).

O questionário utilizado em campo de pesquisa foi elaborado pelo pesquisador principal. Foram formuladas questões relacionadas à Unidade de Saúde da Família e aos hospitais de referência da Cidade de João Pessoa-PB que abordam completamente o objetivo geral e os objetivos específicos enunciados no presente trabalho.

Os dados supramencionados coletados foram sistematizados e analisados considerando-se a problematização da realidade investigada. Para facilitar o apanhado fidedigno de informações e a abordagem para com todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, de forma ampla e detalhada, e para facilitar a análise posterior das falas, foi utilizado um gravador portátil, a fim de registrar as respostas minuciosamente, que, posteriormente, foram transcritas, sendo estas transcrições autorizadas por todos os participantes da pesquisa.

Esta pesquisa tomou como base e referência as Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012 e 2016).

O projeto investigativo seguiu fielmente as normas e diretrizes das Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e 510/2016 (BRASIL, 2012; 2016) que trata dos aspectos relacionados à pesquisa realizada com seres humanos, tendo sido submetido ao CEP/HULW, Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW da Universidade Federal da Paraíba – UFPB e aprovado no dia 11 de março de 2022 com o número do CAAE: 55019321.3.0000.5183, depois de inserido na Plataforma Brasil.

A pesquisa de campo teve início no dia 14/03/2022, com a finalização no dia 29/03/2022. Foram entrevistados 10 idosos negros quilombolas. Como instrumento principal desta entrevista, foi utilizado o questionário contendo perguntas objetivas e

subjetivas, no sentido de abarcar toda a conjuntura da comunidade investigada. Durante toda a entrevista, foram tomados todos os cuidados necessários para evitar o contágio da COVID-19, tendo sido possível diminuir os riscos durante a coleta das informações. Todos os idosos, antes do início das entrevistas, foram informados dos riscos e dos cuidados destacados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Tais trâmites foram observados no intuito de intencionar o atendimento a todos os preceitos éticos e legais indispensáveis para dar início e continuidade à coleta dos dados da referida pesquisa investigativa. Por ser uma pesquisa com seres humanos, os idosos entrevistados tiveram a garantia do anonimato, além de atenção e esclarecimento completos durante toda a pesquisa de campo. Foi assinado pelos idosos um termo de consentimento que esclareceu tudo sobre a pesquisa, dando a eles, inclusive, a opção pela desistência, a qualquer momento. A pesquisa não acarretou nenhum tipo de ônus econômico e/ou financeiro para os idosos que dela participaram.

5 CAPÍTULO IV: RESULTADOS - A SITUAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA E A ANÁLISE DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA DOS IDOSOS NEGROS QUILOMBOLAS DA COMUNIDADE DE PARATIBE NA ATUALIDADE

Neste capítulo, será destacada a situação social e econômica da comunidade analisada, e serão tratados os resultados obtidos nas entrevistas realizadas sobre o acesso à saúde pública antes e durante o período pandêmico, tomando-se como base temporal os períodos informados. O público-alvo, como já dito, são os idosos da comunidade quilombola de Paratibe, situada no bairro de Paratibe, João Pessoa-PB, e, com o estudo ali realizado, serão enunciados os motivos pelos quais o acesso à saúde pública dos idosos negros quilombolas ainda é um desafio.

5.1 A SITUAÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA DOS IDOSOS DA COMUNIDADE DE PARATIBE NA ATUALIDADE

Diante da análise da pesquisa, por meio de uma observação sistemática e cuidadosa durante todo o estudo de campo, verificou-se que a pobreza é uma situação real, não só existente na vida pessoal dos idosos investigados, mas que se impõe externamente. Ao caminhar pela comunidade, percebe-se a falta de infraestrutura, saneamento adequado, conservação das unidades físicas, etc. Tal constatação revela os sinais tão conhecidos da exclusão social imposta aos negros e às comunidades quilombolas brasileiras, traços dos resquícios da escravidão e do racismo estrutural vigente em nosso país.

Acerca do assunto, Fernandes (2007 p. 90) destaca bem que: “A estrutura racial da sociedade brasileira, até agora, favorece o monopólio da riqueza, do prestígio e do poder pelos brancos”. E ao caminhar pela referida comunidade, percebe-se que este prestígio dado aos brancos, como sustentado pelo referido autor, passa distante da comunidade quilombola de Paratibe.

No sentido de dar continuidade ao que foi abordado em campo de pesquisa, elaborou-se um quadro destacando a “renda *per capita”*, da menor para a maior, dos idosos negros quilombolas entrevistados, no sentido de evidenciar que a situação de

vulnerabilidade econômica e social vinculada à renda é real e existente em uma comunidade esquecida pelo Estado brasileiro.[22]

Quadro 03 – "Renda *per capita"* dos idosos entrevistados em campo de pesquisa (situação limite de sobrevivência)

IDOSO/A	SEXO	IDADE	QUANTIDADE PESSOAS NA FAMÍLIA	RENDA PER CAPITA FAMILIAR.
Roberta.	FEMININO	60	03 pessoas	R$ 133,33 (Recebe o "Auxílio Brasil". Não têm outra renda)
Paula.	FEMININO	60	05 pessoas	R$ 242,40
Andrea.	FEMININO	68	05 pessoas	R$ 242,40
Carol.	FEMININO	76	05 pessoas	R$ 242,40
Clara.	FEMININO	64	07 pessoas	R$ 346,28
Juliana.	FEMININO	62	02 pessoas	R$ 400,00 (Recebe o "Auxílio Brasil").
Betânia.	FEMININO	62	01 pessoa	R$ 400,00 (Recebe o "Auxílio Brasil". Não têm outra renda)
Josélia.	FEMININO	66	03 pessoas	R$ 404,00
Amanda.	FEMININO	71	01 pessoa	R$ 600,00
Fernando.	MASCULINO	64	02 pessoas	R$ 606,00

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Analisar a renda *per capita* familiar dos referidos idosos da comunidade, torna-se um componente importante, uma vez que a escassez de recursos interfere em todas as áreas da vida do ser humano, atingindo de maneira robusta a própria noção de qualidade de vida. Ao considerar a tabela apresentada, constata-se que a comunidade vive em constante situação de extrema pobreza, trazendo como consequências a má alimentação, a péssima moradia, o favorecimento do surgimento de doenças que podem levar estes idosos à morte precoce, e a diminuição da perspectiva de vida.

[22] O cálculo da "renda *per capita"* foi realizado em cima do "valor bruto total da renda familiar de cada idoso/a dividido pela quantidade de pessoas da família" (BRASIL, MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2019, n.p.)

Dentro dos padrões da realidade dos idosos com relação à renda, constatou-se que apenas 30% destes recebem o “Auxílio Brasil”, programa atual do Governo Federal (governo Bolsonaro), e que 20% dependem exclusivamente desta renda para poder viver ou sobreviver. Caso haja uma extinção deste programa, constatou-se que 20% dos idosos entrevistados ficariam sem nenhum tipo de renda.

Dos idosos entrevistados, 70% informaram que eles mesmos, ou seus esposos/as, com suas aposentadorias, pensões ou apenas com o recebimento do Programa do Governo Federal Auxílio Brasil, são os provedores da família e que não existe nenhuma outra pessoa trabalhando ou nenhuma outra renda que possa complementar as despesas da casa. Ademais, 30% informaram que outras pessoas da família trabalham, dentre eles filhos e netos, ajudando um pouco com a despesa dentro de casa, mas que também tinham as suas responsabilidades e que nem sempre era possível contar, mensalmente, com o dinheiro de todos os componentes da família.

É evidente, pelas questões que foram apresentadas aqui inicialmente, que essa má conjuntura está relacionada fortemente com o desprezo do Estado brasileiro em todos os sentidos e, principalmente, no que se refere ao favorecimento das melhorias de qualidade de vida. Esse individualismo, traço dos sistemas neoliberais, que assistem passivos à miséria de uma grande parcela da população, em alguma medida não difere da noção pós-escravagista, que deixou a população negra à revelia enquanto bradava que eram livres, e, portanto, capazes de trabalhar e se sustentar. Acerca do assunto, merece guarida lição de Fernandes (2021):

> A desagregação do regime escravocrata e senhorial se operou, no Brasil, sem que se cercasse a destituição dos antigos agentes de trabalho escravo de assistência e garantias que os protegessem na transição para o sistema de trabalho livre. [...] O liberto se viu convertido, sumária e abruptamente, em senhor de si mesmo, tornando-se responsável por sua pessoa e por seus dependentes, embora não dispusesse de meios materiais e morais para realizar essa proeza nos quadros de uma economia competitiva. (FERNANDES, 2021, p. 59)

Quando se tem em conta o quesito *renda*, percebe-se que as dificuldades históricas impostas aos negros no Brasil continuam se perpetuando. A falta de acesso a uma renda suficiente para uma vida digna dificulta todo o ciclo estrutural dos negros no Brasil, desde a infância até a sua fase idosa. Existe uma imposição de que eles

devem permanecer dentro desta situação, já que esse ciclo se perpetua, desde o fim da escravidão até os dias atuais, algo que ficou extremamente perceptível dentro da comunidade investigada. Conforme referida autora:

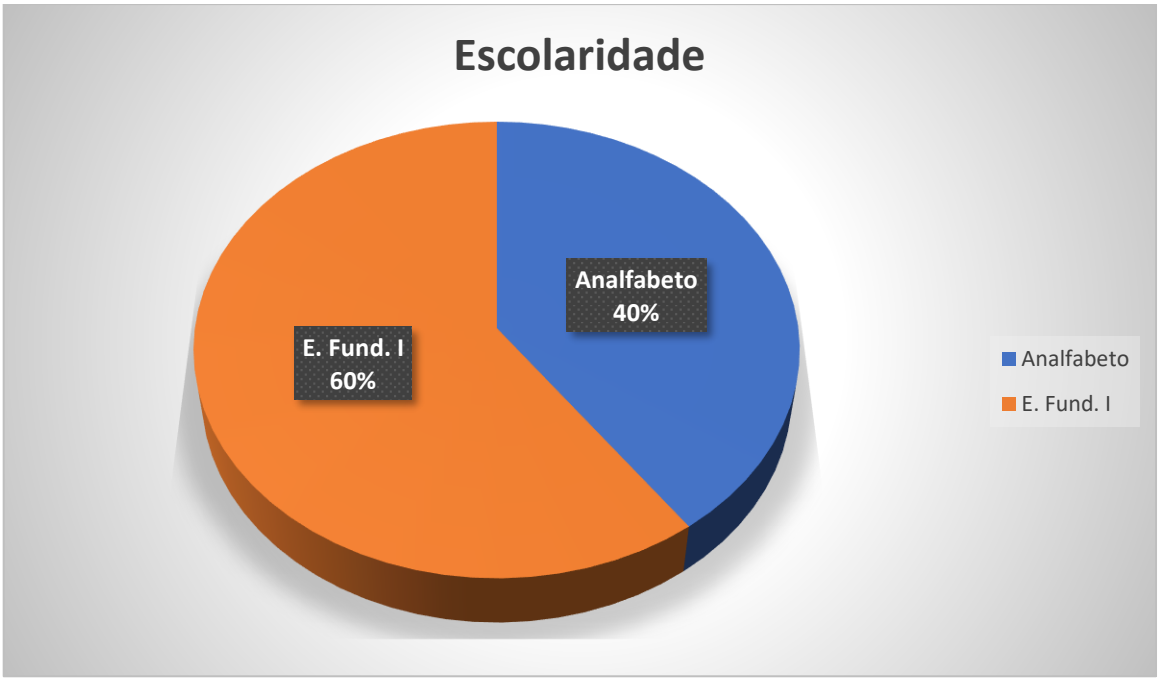
> Diante desse “quadro” socioeconômico em que se encontra historicamente grande parte da população negra no Brasil, é importante considerar a análise de Ianni sobre o processo de criminalização da questão social. Ele compreende que a criminalização da pobreza além de ser resultado das relações sociais capitalistas, também revela a constante responsabilização das vítimas desse processo (SILVA, 2009, p. 198).

Destacar a perspectiva social e econômica dos idosos negros quilombolas da referida comunidade dentro do lastro da renda é extremamente importante, porque as questões do quesito *saúde* não podem e não devem ser tratadas de forma isolada, sendo necessário tratá-las dentro de um processo de intersetorialidade (BUSS, 2000). Nesse sentido:

> Do ponto de vista conceitual, a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da *questão saúde*, e não somente do *setor saúde*, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política (BUSS, 2000, p. 174-175).

No tocante à questão de dados vinculados à escolaridade, constatou-se que 40% informaram ser analfabetos/as. Destes, 01 informou saber apenas assinar o nome, enquanto que os outros (60%) informaram ter o Ensino Fundamental I incompleto.

Gráfico 01 - Dados percentuais do índice de escolaridade dos idosos entrevistados.



Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Importante ressaltar, neste trecho, as dificuldades encontradas no momento da realização das entrevistas. Alguns idosos tiveram dificuldades na compreensão e no entendimento do questionário de uma forma em geral, havendo a necessidade de realizar as perguntas várias vezes, reformulando-as para simplificar, a fim de que houvesse melhor entendimento.

Percebe-se que isso está ligado também ao alto nível de baixa escolaridade entre os idosos entrevistados, conforme destacado no gráfico anterior. A baixa escolaridade, perceptível e comprovada nos idosos entrevistados, torna-se uma aliada no agravamento da falta de letramento e, principalmente, no desconhecimento de direitos que são garantidos constitucionalmente pelo Estado. Ou seja, a falta de escolarização pode levar o idoso negro quilombola a ter um nível baixo de reflexão e de criticidade acerca da realidade, fazendo com que naturalize aquela condição de vulnerabilidade social imposta. Sabendo que o nível intelectual influencia diretamente no quesito saúde, como vimos através da lição de Buss (2000), não se pode deixar de atrelá-lo ao processo histórico do racismo brasileiro. Souza (2021) destaca que:

> Para se falar de racismo no Brasil e em qualquer lugar deste mundo, é necessário perceber, antes de tudo, o amálgama inextricável entre classe social e raça, senão não poderemos compreender como o sucesso e o fracasso social já estão embutidos na socialização familiar e escolar primária da classe/raça negra e pobre. No Brasil, esse amálgama constrói uma classe/raça de “novos escravos”. E qualquer tentativa de possibilitar sua

> inclusão social ou resgatá-la, como fizeram Vargas e Lula, irá produzir golpes de Estado que buscam mantê-la eternamente explorada, oprimida e humilhada (SOUZA, 2021, p. 20).

Nesta concepção, é mister destacar as palavras de Fernandes (2017), quando esclarece firmemente que:

> Não basta ser socialista para entender o que sucedeu com o negro e o que deve se fazer para alterar a situação racial que persiste até hoje. Não basta recorrer ao “movimento popular” como terapêutica de assistência social e de “cura” na opção pelos excluídos. Essa linguagem pode traduzir solidariedade humana e fraternidade social. Não obstante, o dilema social representado pelo negro liga-se à violência dos que cultivaram a repetição do passado no presente. E exige uma contraviolência que remova a concentração racial da riqueza, da cultura e do poder (FERNANDES, 2017, p. 83-84).

Foram destacados, inicialmente, quatro quesitos importantes (renda, escolaridade, raça e racismo) para entender a conjuntura atual dos idosos negros quilombolas entrevistados. São quesitos que precisam ser considerados para que se possibilite o entendimento de que falar em saúde é falar em qualidade de vida. Por seu turno, para falar em qualidade de vida, é necessário destacar o conceito ampliado de saúde. Ou seja, para ter saúde, é necessária a conjugação de várias instâncias, passando por educação, renda, acesso, ações preventivas, de modo que se torna impossível mensurar esse direito sem uma articulação conjunta de todas as políticas públicas. Neste sentido, o conceito de saúde ampliada significa:

> [...] expressa um entendimento de que saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, sendo determinada e condicionada pelas condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a e posse da terra e acesso aos serviços de saúde a que os indivíduos estão sujeitos (GOMES *et al.*, 2018, p. 7).

Sendo assim, os dados vinculados à renda, à escolaridade, à raça e ao racismo, são primordiais para demonstrar que as oportunidades dadas aos negros quilombolas, no que tange ao acesso a uma saúde pública de qualidade ainda são escassas e os levam a repetir isso de geração em geração. As baixas rendas e os baixos índices de escolaridade se perpetuam no sentido de manter o negro quilombola em uma situação constante de dependência e vulnerabilidade social, desde a fase de criança até a fase idosa, perpetuando-se como condenados à “escravidão” eterna.

5.2 ANÁLISE DA ESTRUTURA DE SAÚDE DOS IDOSOS NEGROS NA COMUNIDADE E A FREQUÊNCIA DE RETORNO ÀS CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO DE SUA DOENÇA ANTES E DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Conforme dados repassados pela liderança da comunidade, pela presidente da "Associação da Comunidade Negra de Paratibe Lutando Pelo Quilombo (ACNP)", e pelos idosos entrevistados durante a pesquisa de campo, foi informado que a estrutura atual de saúde que abarca os idosos negros dentro da comunidade investigada é composta pelas "Unidades de Saúde da Família" "Paratibe I", conhecida como "Rosa de Fátima", e a "Paratibe II", conhecida como "Nova Mangabeira"[23]. Acerca da referência inicial a essa estrutura, destaca-se na esteira de outros autores, que deveria ser organizada, regionalizada e hierarquizada uma rede de serviços com foco na atenção primária à saúde, desempenhada por médicos e auxiliares e que pudesse ser institucionalizada, de modo a cobrir toda a população, não esquecendo que os atendimentos deveriam ser realizados em unidades próximas às casas dos moradores, como os Centros de Saúde (VASCONCELOS *et al*., 2011, p. 92)[24].

Existem as referidas unidades de saúde da família dentro da comunidade, mas percebe-se, pelas falas dos idosos entrevistados, que não funcionam como deveriam, principalmente quando se enfoca a questão da medicina preventiva nas comunidades mais carentes, como é o caso da comunidade quilombola de Paratibe. Tal movimento, o de medicina preventiva, parte da história natural das doenças e tem como disciplinas básicas para a intervenção a epidemiologia e a clínica, propondo uma série de medidas que, se implementadas, promovem a ampliação de uma atitude preventiva e social (VASCONCELOS *et al.*, 2011, p. 92; PAIM, 2006).

---

[23] De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de João Pessoa, através da GAB (Gerência de Atenção Básica), via Sistema "Prefeitura Conectada" – "Central de Atendimento". Prefeitura de João Pessoa", no *site* da edilidade "(https://joaopessoa.1doc.com.br/b.php?pg=o/wp&s=joaopessoa)", e e-mail pessoal, foi esclarecido que "a USF que presta assistência à área do Quilombo de Paratibe é a USF Rosa de Fátima, com a equipe Paratibe I".

[24] Nesse sentido, além da obra já mencionadas, de Vasconcelos e colaboradores (2011, p. 92). Verificar Giovanella e Mendonça (2008), e conferir "o Relatório de Dawson, sistematizado por Bertrand Dawson, do Conselho Consultivo Médico do Ministério da Saúde da Inglaterra, com o objetivo de reorganizar a atenção à saúde no país (Novaes, Op. Cit)" (VASCONCELOS *et al*., 2011, p. 92).

Essas unidades fazem parte da Atenção Primária de Saúde - APS do SUS. Em razão da quantidade de problemas em sua estrutura, como ausência de unidades, falta de pessoal capacitado, encolhimento dos serviços prestados, diminuição do alcance às comunidades mais necessitadas, são consideradas por alguns autores como um “programa assistencial compensatório tapa-buraco” (OLIVEIRA, 1999), ou como “a cesta básica dos serviços de saúde” (VASCONCELOS *et al*., 2011, p. 112-113). Segundo Vasconcelos e colaboradores (2011), analisando trabalhos que se debruçaram sobre o tema, as ESF não foram concebidas somente para organizar temporariamente a APS, mas sim, para reestruturar o sistema, elencando prioridades de ação em saúde, uma vez que sua intenção é a de enfocar a ideia de prevenção e promoção da saúde, levando em conta uma nova filosofia de atenção, mais efetiva e eficiente, pautada nos atributos da APS (VASCONCELOS *et al.*, 2011, p. 105)[25].

Acerca dos problemas existentes quando da implementação e concretização dos atributos criados como objetivos da APS, ver lição de Vasconcelos e colaboradores (2011):

> Estudos como os de Conill (2008), Santos (2004) e Carneiro (2008) constatam que as equipes da Estratégia vivenciam diversas dificuldades no que diz respeito às condições de trabalho: precariedade da estrutura física para funcionamento das unidades de saúde, escassez de medicamentos e insumos, inexistência de um sistema de referência e contra-referência. A isso se alia uma política de pessoal insuficiente (Campos, op.cit); fragilidade na gestão; reivindicações em torno da ampliação das equipes mínimas; fragilidades das instituições de nível superior em relação a uma formação acadêmica que responda às demandas da ESF (cf Péret, 2001; Santos, 2004) e que enfatize a vigilância da saúde como práticas sanitária, entre outros aspectos. Conill (2008) enfatiza que tais dificuldades devem ser articuladas com outras mais gerais, como o baixo patamar de financiamento público; a persistência da segmentação dos sistemas e a ausência dos serviços de APS, especialmente a ESF, com o restante da rede (VASCONCELOS *et al*., 2011, p. 112).

Tomando como base o foco do presente estudo, a comunidade quilombola de Paratibe, percebe-se que a falta de estrutura é alarmante e constante, algo recorrente nas Unidades de Saúde da Família (USF) da região investigada. Recentemente, um dos postos de saúde foi assaltado, piorando a sua estrutura para o atendimento. As

[25] “Estes, segundo Standifeld (2002, apud Giovanella e Mendonça) seriam: a) a prestação de serviços de primeiro contato (porta de entrada obrigatória, devendo ser acessível a cada novo episódio); b) a responsabilidade longitudinal; c) a garantia de cuidado integral; d) a coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas” (VASCONCELOS *et al*., 2011, p. 105).

falas abaixo destacam que o posto de saúde já foi assaltado várias vezes; uma das idosas destaca que os assaltos já ocorreram 08 vezes. Ao ser perguntada se tinha alguma coisa no referido posto, na atualidade (“Paratibe I” – conhecido como “Rosa de Fátima”), ela respondeu que:

> “[...] É, só as parede.” (Amanda, 71anos).
> “[...] Não, é porque o posto lá tá desmantelado né? Já faz com 8 [...]” (Amanda, 71 anos).
> “[...] Era, esse daí. Já foi varias veze assaltado.” (Carol, 76 anos).

Pelas falas das idosas, destaca-se o total descompromisso do poder público quanto à promoção da uma saúde pública de qualidade para com os idosos quilombolas que lá vivem e dela precisam. Apesar de não terem precisado as datas dos últimos assaltos, identificou-se, pelos relatos, que são constantes.

Conseguiu-se averiguar em campo de pesquisa que devido a estes assaltos em uma das Unidades de Saúde da Família (USF), O “Paratibe I”, conhecido como “Rosa de Fátima”, o médico está atendendo no galpão de eventos (Figura 2 - Galpão de Eventos da Comunidade Quilombola de Paratibe). Acerca do aludido, conferir fala das idosas:

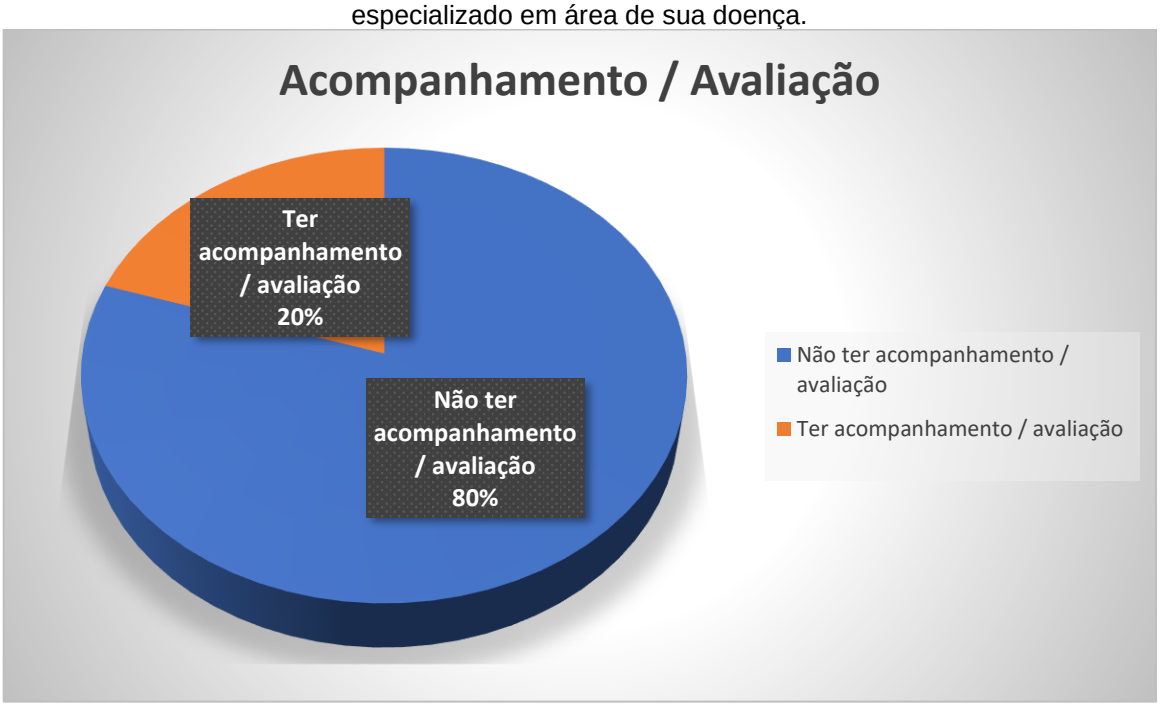
> [...] Aí ele tá atendendo aqui a...o quilomba, tá atendendo aqui no quilomba [inaudível] (Amanda, 71 anos).
> [...] Toda quarta-feira ele tá aí[...] (Amanda, 71 anos).
> [...] La pos quilombolas[...], [...] Po galpão é.[...], [...] Só nas quarta-feira [...] (Andrea, 68 anos).

Analisando a foto do galpão e a estrutura *in loco*, percebe-se que se configura como um local inadequado para atendimento médico, ou qualquer outro procedimento vinculado ao atendimento de serviços de saúde, constatando-se, ainda, que o médico está apenas nas quartas-feiras, conforme a fala das idosas acima colacionadas. É necessário que o poder público disponibilize estrutura física para que haja um atendimento de qualidade pela equipe de saúde e que haja uma melhoria do acesso destes idosos as unidades, para que ocorra um atendimento diário, e não apenas semanal, como foi constatado em pesquisa de campo. É necessário e urgente melhorar o trabalho de prevenção da saúde dos idosos da referida comunidade.

Por outro lado, percebeu-se que o trabalho de prevenção e acompanhamento à saúde aos idosos, pelas Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas a esta

comunidade, é baixo. A esse respeito, 80% dos idosos entrevistados responderam que não têm acompanhamento / avaliação com frequência por profissional especializado na área de sua doença e apenas 20% responderam que têm um certo acompanhamento / avaliação. A fim de ilustrar o que foi sustentando, verificar Gráfico 02 abaixo:

Gráfico 02 - Dados percentuais do índice de acompanhamento / avaliação por profissional especializado em área de sua doença.



Fonte: Elaboração própria. João Pessoa, PB, 2022

Destes 20%, 01 mencionou que é acompanhado / avaliado “[...] mensalmente [...] “[...] Só a de tuberculose, eu vou de mês em mês [...]” (Betânia, 62 anos); outro informou que “[...] eu vou assim, de três em três meses eu vou pegar nova receita [...]” (Clara, 64 anos). Dessa forma, constata-se, da análise supracitada, que os atendimentos foram e são escassos, e que apenas em uma fala se percebe a narrativa de um acompanhamento / avaliação mensal devido à gravidade da doença, o que acontece em um hospital externo à comunidade. Nesse sentido, conferir fala da idosa a seguir: “[...] Só a de tuberculose, eu vou de mês em mês” (Betânia, 62 anos), “[...] No Clementino” (Betânia, 62 anos).

Chama atenção também o fato de inexistir, nas Unidades de Saúde da Família (USF), a figura do médico especialista. Tendo em conta a quantidade de pessoas idosas e portadoras de comorbidades, sobressai a urgência de uma revisão da

estrutura, contemplando, imediatamente, a alocação de vagas destinadas a médicos geriatras. Certo estudo destaca o aumento da expectativa de vida no Brasil, conforme pode-se trazer à lume:

> A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, divulgada hoje pelo IBGE. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). “Não só no Brasil, mas no mundo todo vem se observando essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Ela decorre tanto do aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pela questão da taxa de fecundidade, pois o número médio de filhos por mulher vem caindo. Esse é um fenômeno mundial, não só no Brasil. Aqui demorou até mais que no resto do mundo para acontecer”, explica a gerente da PNAD Contínua, Maria Lúcia Vieira. Entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população (PARADELLA, 2018).

Com relação ao crescimento da população idosa, no Estado da Paraíba, contata-se o seguinte:

> O Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual da **Paraíba** (Ideme) divulgou nesta quarta-feira (4) que o número de idosos na Paraíba cresceu em mais de 100 mil habitantes. Ainda de acordo com o Ideme, o número de pessoas com mais de 100 anos no estado cresceu em 60% entre 2000 e 2010, passando de 500 no início do século para 800 há dois anos. Os estão contidos no 17° Caderno Temático da série dos Indicadores Demográficos, que será lançado na próxima semana em comemoração ao Dia do Idoso, celebrado na segunda-feira (1°). O estudo utiliza dados dos Censos Demográficos, referente ao período de 2000 e 2010, sobre pessoas a partir dos 60 anos (POPULAÇÃO idosa..., 2012; G1 PARAÍBA, 2012).

Na atual estrutura de saúde do Brasil, e levando em consideração os seus diversos problemas e a má gestão em que estão inseridos os idosos que vivem em situação de vulnerabilidade social, esse crescimento passa a ser preocupante. Deve-se destacar que a população idosa é mais vulnerável a doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e dentre outras, cujo manejo clínico contumaz se torna obrigatório. Com o aumento significativo dessa população, é importante e urgente que a estrutura de saúde atual seja revista pelo poder público, principalmente no tocante

à implementação de médicos especialistas nas Unidades de Saúde da Família (USF), conforme dito anteriormente, com atuação efetiva e rotineira, devendo ser fornecida a estrutura adequada para o desenvolvimento do trabalho.

Dando continuidade à análise dos dados da pesquisa, na pergunta “O(a) senhor(a) é portador(a) de alguma doença”, 40% dos idosos investigados responderam que não; e 60% responderam que sim. Vale ressaltar aqui que 40% dos idosos que declararam não serem portadores de alguma doença estão inseridos no grupo dos 80%, os quais declararam não terem acompanhamento (conforme o Gráfico 02).

Por outro lado, faz mister ressaltar que, apesar destes idosos terem declarado não serem portadores de nenhuma doença no momento da pesquisa de campo, não significa que eles, de fato, não tenham alguma doença. O que se percebeu em campo de pesquisa, através da observação sistemática e cuidadosa, é que não se tem um acompanhamento preventivo com frequência que tenha o condão de identificar com eficiência se aquele idoso é ou não portador de doença previamente conhecida. Ou seja, precisa-se levar em conta que a idade, que, por si só, já é uma condição de vulnerabilidade, requerendo cuidados e acompanhamentos prévios, deveria ser utilizada como critério aferidor de fator de risco.

Apesar de existir uma variação das respostas adotadas pelos idosos, constata-se um grau elevado de não acesso à saúde pública de qualidade, mesmo dentro de uma não existência de constatação de doença (no caso da resposta dos 40% dos idosos). O que se constata, na realidade, é que há uma falta de acompanhamento constante, e a falta deste acesso a uma saúde púbica de qualidade, no sentido preventivo, na melhor das hipóteses, pode estar relacionada à descoberta tardia das doenças, elevando o idoso a um alto grau de comprometimento, e, em determinados casos, à morte repentina por doenças, que, se fossem descobertas e tratadas a tempo, poderiam ser evitadas.

Como exemplo disso, destaca-se a fala da idosa Josélia, de 66 anos, quando afirma: “[...] Era, de colesterol alto, mas os exames que eu fiz, deu normal, agora não sei agora porque tá fazendo um ano que eu não fiz mais, aí ainda vou repetir de novo pra saber cuma tá [...]”. Sabendo que o aumento do colesterol está relacionado ao desenvolvimento de doenças coronarianas, requerendo a vigilância contumaz e o desenvolvimento de estratégias de tratamento, pode-se aduzir que a fala comprova

que não existe um acompanhamento de prevenção eficiente (mensalmente), ao ponto de identificar e tratar previamente as referidas doenças.

Quanto à existência de algum hospital de referência mais próximo à comunidade, foi perguntado aos idosos: “Existe algum hospital de referência próximo de sua residência, que possa atender o senhor(a) em caso de urgência, fora as suas Unidades de Saúde da Família (USF)?”, ao que 40% responderam claramente que não, enquanto que 60% deles informaram o seguinte: 50% citaram a Unidade de Pronto Atendimento do Bairro de Valentina de Figueiredo-UPA.

Acerca do assunto em questão, ou seja, da localização de algum hospital de referência próximo à comunidade, a senhora Josélia, de 66 anos, informou que “[...] fica um pouco distante [...]”. Apenas um dos idosos (correspondente a 10%) informou que fora as Unidades de Saúde da Família (USF) da comunidade, tinha também o hospital, aduzindo do seguinte modo: “[...] Tem o hospital de Mangabeira [...] Trauminha [...]” (Fernando, de 64 anos).

Nesse sentido, constata-se que, tanto a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) quanto o referido hospital, citados pelos idosos, ficam fora do bairro onde a comunidade reside (Paratibe). Portanto, levando em consideração a observação investigativa aliada às narrativas dos idosos envolvidos, percebe-se que as ferramentas de apoio a um acesso a saúde pública de qualidade para os idosos negros quilombolas da comunidade estão comprometidas, também, pela ausência de estrutura física adequada.

É mister considerar que o acesso a uma saúde pública de qualidade também depende de um transporte de qualidade, a fim de possibilitar que os idosos se desloquem até consultas e exames, em horário e dia designados, sem atraso, principalmente nos casos em que há o encaminhamento pelas Unidades de Saúde da Família (USF) para outros hospitais de referência na cidade de João Pessoa-PB, sendo eles de média e de alta complexidade. Destaca-se, ainda, a esse respeito, ou seja, acerca da morosidade das marcações, fala da idosa Carol, de 76 anos: “[...] Mas fiz tudinho particular, fosse pelo SUS não tinha feito ainda [...]”. Foi perguntado à mesma idosa se pelo SUS demora, ao que ela respondeu: “[...] Demora demai, eu tô com essa agora da perna que não chegou ainda que é pra eu... num vou dizer [...]” (Carol, de 76 anos). Corrobora-se aqui que existe uma grande demora nas marcações

de consultas e exames, algo recorrente e que faz parte da não prioridade do poder público com relação a comunidades com essas características.

Em sua maioria, os idosos que vivem só ou com algum familiar não têm carro e nem têm condições de pagar um transporte para se deslocar de sua casa ao hospital, onde a consulta ou exame está marcado. Quando perguntados se o poder público (Prefeitura) disponibiliza o transporte para os procedimentos direcionados aos cuidados da saúde deles, 100% responderam que não. Ou seja, existe a necessidade de que a Prefeitura disponibilize transportes para ajudar no processo de locomoção dos idosos, principalmente para as consultas e exames, e que não sejam apenas a ambulância, atentando-se para o fato de que precisam estar constantemente disponíveis.

Ressalta-se a importância de obter essas informações a partir da narrativa das vivências dos próprios idosos investigados, uma vez que a aferição das demandas existentes e dificuldades encontradas em determinada realidade devem ser pautadas pelo critério da individualização e da relatividade, uma vez que cada grupo, em razão das circunstâncias específicas, tem questões pontuais a serem resolvidas. Nesse sentido:

> [...] enfatizar que as práticas e ações do setor saúde necessitam pautar-se nas demandas da população assistida, considerando a sua realidade, o contexto de sua inserção social e exercício dos direitos que lhes são devidos, legitimando a ação coletiva e o comprometimento com o social em um processo de resiliência frente à discriminação história sofrida ainda nos dias atuais (ROSA *et al*., 2020, p. 117).

Dando continuidade à análise da comunidade investigada, demonstra-se, através do Quadro 04, uma linha comparativa acerca da frequência e retorno às consultas de acompanhamento de sua doença antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e após (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período pandêmico. Constata-se, nesse sentido, que a estrutura preventiva para um acesso à saúde pública de qualidade da comunidade é extremamente precária antes e após os períodos mencionados.

Quadro 04 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: frequência de retorno às consultas de acompanhamento de sua doença antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e após (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19.

IDOSO/A	ANTES	APÓS
Clara, 64 anos.	De 15 em 15 dias. Pela Agente Comunitária de Saúde (ACS).	Não teve.
Betânia, 62 anos.	Tinha um acompanhamento constante de 15 em 15 dias.	Teve um acompanhamento constante de 15 em 15 dias. Suspeita de ter tido Covid-19. Portadora de tuberculose, hipertensão, diabética e foi portadora de um câncer.
Fernando, 64 anos.	Não teve.	Não teve.
Juliana, 62 anos.	Não teve.	Não teve.
Carol, 76 anos.	Não teve.	Não teve.
Andrea, 68 anos.	Não soube responder à pergunta.	Não soube responder à pergunta.
Paula, 60 anos.	Não teve.	Não teve.
Josélia, 66 anos.	Teve. Acompanhamento de 6 em 6 meses.	Não teve.
Roberta, 60 anos.	Não teve.	Não teve.
Amanda, 71 anos.	Não teve.	Não teve.

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Através do quadro acima, pode-se constatar que a estrutura preventiva para um acesso à saúde pública de qualidade da comunidade era extremamente precária antes da Pandemia. Após o período pandêmico, tornou-se praticamente inexistente. Portanto, não é demais aduzir que a falta de oportunidade dos idosos negros quilombolas da comunidade é constante.

Nesse sentido, percebe-se que antes, de janeiro de 2019 até março de 2020, identificou-se que 60% dos idosos não tiveram frequência de retorno de acompanhamento às consultas de sua doença. Dois deles informaram que tiveram um acompanhamento de 15 em 15 dias, sendo que destes, 01 destacou que esse acompanhamento foi reforçado pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) de sua região. Apenas 10% não souberam responder à pergunta. Um deles respondeu que teve um acompanhamento de 06 em 06 meses.

Importante destacar, nesse momento, o relato da senhora Clara, de 64 anos, em que informa:

> Era o seguinte assim, porque médico não tinha, aí ficava aquela dificuldade toda, mas como eu já tinha X[26], que é a minha agente de saúde, então ela providenciava uma receita lá, entendeu? Levava meus dados todos, meus

[26] A fim de não expor o nome da profissional, utilizamos a letra “X” como referência à Agente Comunitária de Saúde em questão.

> documentos, ela mandava uma receita pra mim e eu pegava na farmácia, pegava minha medicação da mesma forma.

Conforme o relato da idosa, identifica-se a dificuldade de acesso a médicos mesmo antes da pandemia, o que evidencia que a falta desses profissionais ou a baixa rotatividade na alocação das vagas nas Unidades de Saúde da Família (USF) da comunidade é constante. Esses achados corroboram com as narrativas de Pereira e colaboradores (2015), conforme se pode constatar:

> Diante do quadro de necessidades de atenção à saúde pelas comunidades quilombolas é importante destacar que a rede de serviços disponibilizados à população não garante atendimento integral e universal, como preconizado na legislação. Estudos junto à estas comunidades revelam que a população quilombola utiliza quase que exclusivamente o SUS e que quando adoece, geralmente procura o atendimento no posto de saúde, localizado na própria comunidade ou em bairro mais próximo, tendo em vista que as comunidades estão localizadas em áreas rurais, e necessitam percorrer longas distâncias para se deslocar aos hospitais. Os estudos demonstram, ainda, que em sua maioria as comunidades tem uma estrutura insuficiente para a prestação de serviços básicos, pouca disponibilidade de insumos e equipamentos e grandes barreiras geográficas devido ao isolamento físico, além de quadro insuficiente de profissionais (Amorim et al, 2013; Cavalcante, 2011; SILVA et al., 2010). Adicionalmente, Volochko e Batista (2009) apontam que apesar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros serem os profissionais mais procurados pela população, há o grave problema da alta rotatividade e muitas vezes da ausência dos profissionais, principalmente médicos, nas localidades e cidades menores. (PEREIRA *et al*., 2015, p.34-35).

Logo após o início da COVID-19 (de março de 2020 até dezembro de 2021), constatou-se que em 80% dos idosos entrevistados não tiveram a frequência de retorno às consultas de acompanhamento de sua doença, com apenas 01 idoso informando que teve acompanhamento constante de 15 em 15 dias, e 01 não sabendo responder à pergunta.

Constata-se, diante das situações apresentadas no quadro comparativo acima, que houve uma piora após o início da Pandemia da COVID-19 (de março de 2020 até dezembro de 2021) com relação à frequência de retorno às consultas de acompanhamento das doenças dos referidos idosos entrevistados. Isso constata, de novo, que o acesso à saúde pública, já precária antes do período pandêmico, piorou após a Pandemia da COVID-19.

Importante refletir, também, acerca do idoso que sinalizou não saber responder à pergunta, ou seja, que talvez não tenha percebido qualquer diferença significativa

entre os períodos pesquisados porque o acesso à saúde sempre foi fragilizado, ausente, difícil. Diante destas situações, Pereira e colaboradores (2015) têm razão quando sustentam que:

> A população negra, e de modo particular, as comunidades quilombolas, são segmentos com desvantagem em várias esferas e maior dificuldade de acesso a bens sociais, inclusive serviços de saúde (Cavalcante, 2011; Ianni et al., 2007; Heringer, 2002). Os estudos da relação entre raça e saúde revelam, a partir dos indicadores sociais, que os negros vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis e precárias e menor qualidade de atenção. Desta forma, verifica-se que as desigualdades sociais comprometem a saúde da população negra, demandando ações concretas por parte do Estado, de forma a enfrentar a situação e garantir que os princípios da equidade, universalidade e integralidade sejam efetivados no âmbito do SUS (PEREIRA *et al*., 2015, p.45).

A gravidade de não ter frequência de retorno às consultas de acompanhamento de suas doenças é retrato permanente e constante de que o acesso a uma saúde pública brasileira de qualidade, para esse grupo, ainda não é uma realidade, muito embora existam direitos e serviços prometidos como universais. Se for adicionado à análise o período pandêmico, a situação, que já era dramática, torna-se catastrófica.

5.3 ANÁLISE COMPARATIVA DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA DOS IDOSOS A SUA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTES E DURANTE O PERÍODO PANDÊMICO

Neste ponto, dar-se-á início à análise comparativa do acesso à saúde pública dos idosos negros quilombolas na estrutura das Unidades Básicas de Saúde da Família que ficam localizadas na própria comunidade. Analisar esta estrutura, que implica uma ampla e complexa legitimidade de exclusão, é bem delicado. Através do quadro abaixo, sempre na perspectiva de comparar o antes e o durante a Pandemia da COVID 19, apresentam-se os dados:

Quadro 05 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: O senhor/a teve acesso à consulta ou a algum procedimento em sua Unidade de Saúde da Família antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?

IDOSO/A	ANTES	DURANTE
Clara, 64 anos.	Sim	Sim
Betânia, 62 anos.	Sim	Sim

Fernando, 64 anos.	Não	Sim
Juliana, 62 anos.	Não	Não
Carol, 76 anos.	Não	Não
Andrea, 68 anos.	Sim	Não
Paula, 60 anos.	Não	Não
Josélia, 66 anos.	Sim	Sim
Roberta, 60 anos.	Não	Não
Amanda, 71 anos.	Lembro não	Não

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Através da análise da tabela acima, identifica-se que 50% dos idosos entrevistados informaram que não tiveram acesso à consulta ou a algum procedimento em sua unidade de saúde da família antes da referida Pandemia. Por outro lado, 40% informaram que sim, que tiveram acesso à consulta ou a algum procedimento em sua Unidade de Saúde da Família. Um idoso (10%) informou que “Lembro não” (Amanda, 71 anos). Comparando-se o antes e o durante, destaca-se que, de março de 2020 até dezembro de 2021, houve piora no acesso à consulta ou a algum procedimento nas Unidades de Saúde da Família, conforme informado pelos idosos entrevistados, oportunidade em que 60% deles informaram que não tiveram acesso à consulta ou a algum procedimento em sua Unidade de Saúde da Família, enquanto que 40% informaram que tiveram acesso à consulta ou a algum procedimento em sua Unidade de Saúde da Família durante a referida pandemia.

Percebe-se, aos olhos da investigação comparativa, que existe uma precariedade ao acesso tanto antes quanto durante o referido período, sendo algo permanente, embora seja possível afirmar que houve piora durante a pandemia.

A resposta “Lembro não” (Amanda, 71 anos), destacada, antes do período pandêmico, chama atenção para o fato de que esse acesso fragilizado não é de hoje. A referida frase chega a caracterizar as possibilidades de que, ela pode realmente não lembrar. Pode ser porque o acesso sempre foi ruim, nunca mudou ou ela nunca pensou a respeito, o que é bastante possível diante de tudo o que foi apresentado. Ou seja, podemos estar diante de um ser humano que naturalizou o desprezo com que essa comunidade é tratada.

Antes do período pandêmico, já existiam fatores externos que se perpetuam até os dias atuais e que prejudicavam diretamente este acesso, sendo um deles a redução de investimentos na saúde pública enfatizada pelo avanço do projeto neoliberal.

Em períodos de avanço desse projeto destrutivo, analisar o acesso à saúde dos idosos negros quilombolas dentro de um quadro atual é um grande desafio. De acordo com Souza (2021):

> (...) mantém-se a premissa do mercado enquanto limitador do espaço do Estado, mas com algumas diferenças, uma vez que a intervenção estatal é cada vez mais requisitada para a provisão da estrutura necessária ao desenvolvimento das relações mercantis, assim como na garantia de algumas políticas de renda mínima, porquanto seja preciso manter alguma ordem social para a livre concorrência se desenvolver sem grandes contestações (SOUZA, 2021, p. 195).

Isso porque a estrutura neoliberal limita os recursos de investimento na saúde pública como um todo, fragilizando o acesso à saúde e dificultando a vida dos mais pobres, principalmente o da população negra quilombola, que depende quase que exclusivamente deste serviço.

Este é o cenário atual: a saúde pública brasileira está inserida em um sistema que previu a redução de investimentos públicos a curto e longo prazo, o que fomenta a efetivação de um projeto privatista logrado na lógica do neoliberalismo. Em poucas palavras, as pessoas mais abastadas vão ver formalizado o direito à saúde como preceito constitucional através do financiamento privatista, enquanto a maioria, mais pobre, conta com sucateamento das prestações sociais públicas, cumprindo aquilo que Souza relembra: “até mesmo sistemas que possuem a premissa da universalidade da saúde são invadidos pela lógica neoliberal” (SOUZA, 2021, p. 200). Exemplo disso é o caso do nosso SUS: existe a universalidade na garantia do acesso, pela Carta Constitucional, mas na realidade esse acesso ainda não se concretiza em sua totalidade.

Continuando a análise e na perspectiva de dar visibilidade acerca dos encaminhamentos médicos que os idosos tiveram ou não, tanto antes como durante o período pandêmico, realizados pela sua Unidade de Saúde da Família, far-se-á uma comparação desse acesso com a seguinte pergunta: “O (a) senhor (a) foi encaminhado (a) pela unidade básica de saúde para algum atendimento hospitalar da rede pública do município de João Pessoa-PB antes e durante a Pandemia do COVID-19?”. O questionamento tem o condão de aprofundar a ideia geral do acesso ou não à saúde, dessa vez tendo como foco a chegada do idoso a sua Unidade Básica de Saúde e os encaminhamentos realizados por ela.

Quadro 06 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: O (a) senhor (a) foi encaminhado (a) pela unidade básica de saúde para algum atendimento hospitalar da rede pública do município de João Pessoa – PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?

IDOSO/A	ANTES	DURANTE
Clara, 64 anos.	NÃO	NÃO
Betânia, 62 anos.	NÃO	SIM
Fernando, 64 anos.	SIM	NÃO
Juliana, 62 anos.	NÃO	SIM
Carol, 76 anos.	NÃO	SIM
Andrea, 68 anos.	SIM	NÃO
Paula, 60 anos.	NÃO	NÃO
Josélia, 66 anos.	NÃO	NÃO
Roberta, 60 anos.	NÃO	NÃO
Amanda, 71 anos.	SIM	NÃO

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Destaca-se que existe um certo “empate”, ou seja, 70% dos idosos entrevistados responderam que tanto antes como durante o período da Pandemia da COVID-19 não foram encaminhados (as) pela unidade básica de saúde para algum atendimento hospitalar da rede pública no município de João Pessoa-PB.

Apesar do empate e da quantidade destacada, tanto antes como durante a referida pandemia este não encaminhamento foi potencializado. Com relação aos idosos (os 30%) que declararam que sim, não se pode aferir a certeza do alegado encaminhamento. Tal fato se comprova através da resposta da idosa Carol, de 76 anos, quando ela informa que foi encaminhada pela sua unidade durante o período da Pandemia: “[...] po HU [...]”, “[...] Um exame [...]”. Quando foi perguntada se foi entre março de 2020 até dezembro de 2021, ela responde: “[...] Acho que sim, agora eu não sei [...]”.

Já antes da pandemia, a comprovação da potencialização da precariedade desses encaminhamentos se dá com a fala da Amanda, de 71 anos: “justamente porque é que eu te falei que eu, que estava que eu ia fazer a ‘loscopia’ (sic) ai parece, aí deu tudo errado também eu nem fui mai...”, “Justamente, é como eu to lhe dizeno, o único que eu fui foi esse pra fazer isso aqui e eu não fiz”. Além de não terem encaminhamentos e acesso suficientes e necessários quando eles mais precisam dentro da Unidade de Saúde da Família, destaca-se, pela fala da senhora, que alguns procedimentos não chegam a se concretizar, por algum motivo, que, nesse caso, não foi relatado pela entrevistada. Também não foi destacado pela idosa qual o hospital

que o exame iria se proceder e nem o nível de complexidade da saúde que iria atendê-la, deixando subtendido, assim, que a precariedade da informação acerca do atendimento escancara a ausência de prestação de saúde adequada, uma vez que o conhecimento por parte da pessoa atendida acerca de suas questões de saúde é também de responsabilidade do Poder Público, daí a necessidade de se promover capacitação pessoal adequada por parte dos Agentes de Saúde, para que, após aferidos os níveis de instrução de determinada comunidade, possa haver a educação do público-alvo acerca de suas próprias condições de saúde.

Lembra-se, nesta oportunidade, que objetivo deste estudo não é buscar analisar a precariedade em um contexto nacional, mas, ao mesmo tempo, torna-se importante ressaltar alguns estudos nacionais que refletem e comprovam que esta precariedade afeta ou todas ou a maioria dessas comunidades. Diante disso tem-se:

> Inquérito de saúde, realizado em 2011, que analisou o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista/Bahia, demonstrou sua subutilização pelos participantes, sinalizando a necessidade de ajustes/melhoria na prestação de serviços de saúde a essa população.[27] Outro estudo, desenvolvido no Estado de Goiás, demonstrou a persistência de fragilidades em questões sociais e de saúde, diante da dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde para a população.[28] Esse último estudo indica que existe acesso dificultado aos serviços de saúde para os quilombolas, ou seja, o serviço não aparece tão disponível como se imagina, contestando o entendimento de subutilização citado por outros autores (PEREIRA, *et al.;* 2020, p. 285).

Constata-se que este alto índice de não encaminhamento se perpetua, uma vez que foram relatadas por 70% das pessoas idosas entrevistadas as falhas e a grande precariedade nos referidos encaminhamentos tanto antes como durante o período pandêmico. Ou seja, são números alarmantes de não encaminhamentos, que explicitam o quão deficitário o acesso à saúde pública é, assim como os acompanhamentos e os atendimentos para estes idosos, corroborando, na perspectiva do que o modelo preventivo de saúde pública defende, que referida comunidade passa distante neste sentido.

---

[27] "GOMES, K. O. *et al*. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia. **Brasil. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, 2013 (1829-1842)" (PEREIRA, *et al.*, 2020, p. 285).

[28] "VIEIRA, A.B.D; MONTEIRO, P.S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção Quilombola. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, 2013, (610-618)" (PEREIRA *et al.*, 2020, p. 285).

Na continuidade da análise dos dados empíricos, estabeleceu-se uma comparação das principais ferramentas que poderiam ter sido utilizadas tanto antes como durante o período pandêmico, para facilitar o acesso à saúde pública dos idosos da comunidade. Segue abaixo o quadro comparativo.

Quadro 07 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Quais ferramentas (ex: visitas domiciliares, dentre outras) poderiam ter sido utilizadas para garantir com efetividade a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de saúde em sua Unidade de Saúde da Família, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19.

IDOSO/A	ANTES	DURANTE
Clara, 64 anos.	- Visitas domiciliares.	- Visitas domiciliares.
Betânia, 62 anos.	- Visitas domiciliares.	- Mais profissionais.
Fernando, 64 anos.	- Visitas domiciliares.	- Transportes; - Visitas domiciliares.
Juliana, 62 anos.	- Não sabe responder.	- Visitas domiciliares.
Carol, 76 anos.	- Visitas domiciliares.	- Visitas domiciliares.
Andrea, 68 anos.	- Visitas domiciliares;	- Não sabe responder.
Paula, 60 anos.	- Visitas domiciliares.	- Visitas domiciliares.
Josélia, 66 anos.	- Não sabe responder.	- Visitas domiciliares.
Roberta, 60 anos.	- Visitas domiciliares.	- Não sabe responder.
Amanda, 71 anos.	- Não sabe responder.	- Não sabe responder.

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Ao se analisar o quadro acima, antes da Pandemia da COVID-19, percebe-se que 70% dos idosos entrevistados informaram que a visita domiciliar é uma ferramenta que poderia ter sido utilizada para garantir, com efetividade, a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de saúde em sua Unidade de Saúde da Família; 30% dos idosos informaram não saberem responder à pergunta.

No sentido de fortalecer o que está sendo analisado e para viabilizar melhor a metodologia da análise, algumas falas dos idosos serão citadas, tendo como lapso temporal abrangido em suas narrativas, período anterior e durante a Pandemia.

Acerca das visitas domiciliares, antes da pandemia, tem-se:

> “[...] Assim eu acho que deveria ter né? [...]; [...] assim né, mas assim infelizmente não tem. [...]” (Clara, de 64 anos)
> “[...] A visita né puque não tem, não tem visita domiciliar” (Betânia, de 62 anos)
> “[...] Nenhuma não teve nenhuma, [...] É, não existe. [...]” (Fernando, de 64 anos)
> “[...] Sei não, Sei não, sei não” (Juliana, 62 anos)
> “[...] Sim, por que eu nunca tive uma visita, assim porque num tem aquelas menina que sai visitando as casas dos idosos, num tem?, [...]Não, não!” (-Carol, de 76 anos)
> “Não. Não”. (Andrea, de 68 anos)

> “Num sei responder”. (Josélia, de 66 anos)
> “Sei dizer não”. (Amanda, de 71 anos)

As falas dos idosos Betânia, Fernando e Carol afirmam detectarem a não existência das visitas domiciliares, mesmo antes do período pandêmico. Estas respostas corroboram a presunção de que a falha do acompanhamento para esses idosos é constante, predominando o entendimento da sua inexistência. A fala da idosa Carol, de 76 anos, deixa isso claro quando aduz que: “Sim, porque eu nunca tive uma visita [...]”, narrativa que leva à reflexão de que essa ferramenta (visitas domiciliares com vistas à promoção da saúde) não chegou para uma grande maioria dos idosos da comunidade mesmo antes da Pandemia.

Vale salientar que, apesar da precariedade da existência dessa ferramenta antes do período pandêmico, 40% deles informaram a existência da visita domiciliar apenas por parte da Agente Comunitária de Saúde (ACS) da região, antes da pandemia. Comprova-se isso através da fala dos idosos Clara, Fernando, Paula e Roberta, abaixo. Destes idosos, 03 deles responderam, também, que a visita domiciliar poderia ter sido utilizada como ferramenta; 01 deles informou que não sabia responder. Ou seja, estamos diante de respostas variadas, mas que garantem as incertezas da não existência destas ferramentas como suporte para a melhoria do acesso à saúde pública. Veja-se:

> [...] tirando a minha agente de saúde eu acho que deveria ter né? [...], [...] Mas só tem ela mesmo [...] (Clara, 64 anos)
> É, porque, a agente de saúde é X.[29], é X. que é a agente de saúde da gente aqui, [...] É, só dela. (Fernando, 64 anos)
> Existia porque era X. que é agente, agente de saúde, existia. (Paula, 60 anos)
> Ah, ah, né, a agente de saúde. (Roberta, 60 anos)

Dando sequência, com relação à fala de Andrea, de 68 anos, quando foi perguntada se “A visita domiciliar de um médico, de um enfermeiro ou de outro profissional do posto de saúde poderia facilitar o acesso antes da pandemia?”, ela respondeu que “Ele só visita quando alguém tá doente que vão lá e ele vem visitar.”, o que fornece a informação de que há uma possível irregularidade das visitas domiciliares por alguns profissionais de saúde.

[29] Ver nota 26.

A situação chega a ser preocupante a partir do momento em que uma das idosas entrevistadas confundiu a visita domiciliar do posto de saúde com a visita dos agentes de combate a endemias, registrando a seguinte fala: “Existia, que era aquelas pessoa também que andava atrás dos mosquitos da dengue” (Paula, 60 anos). Diante dessa situação, tem-se a percepção de que as visitas domiciliares não são regulares, existindo uma falha na prática da utilização dessa ferramenta na comunidade. Não é demais concluir que a falta de regularidade das visitas em domicílios compromete o acompanhamento aos idosos e faz com que as pessoas idosas não conheçam os profissionais que devem realizar as visitas periódicas e nem conheçam os trabalhos que são realizados por eles.

Existe, como extração das narrativas evidenciadas, um descomprometimento do poder Público com o trabalho preventivo de acompanhamento, exigindo-se, a partir dessa constatação, um reforço urgente e necessário na utilização dessas ferramentas, nomeadamente o acompanhamento domiciliar. Alguns autores apontam que:

> A prática de saúde no domicílio é tão antiga quanto a própria vida em sociedade e volta a ser vista como uma alternativa, mais humanizada e, ao mesmo tempo, com a possibilidade de um cuidado singular em um outro espaço que não seja o hospital. Neste novo contexto, o cuidado domiciliar, em suas diferentes modalidades, é também percebido com base em seu potencial renovador, uma estratégia de reorganização do modelo de atenção em saúde tendo em vista a atenção básica e reforçando os princípios de integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, no entanto, se faz necessário um olhar e um fazer crítico, que considerem em sua análise o potencial controlador desta prática, pois, no desenvolvimento de tal atividade, a função disciplinadora das práticas sanitárias se faz presente, principalmente naquelas voltadas as populações com baixo poder sócio económico (ABRAHÃO *et al.*, 2007 p. 152 - 153).

Na perspectiva da continuidade da análise durante a pandemia, destaca-se que 60% dos idosos entrevistados informaram que as visitas domiciliares poderiam ter sido utilizadas para garantir, com efetividade, a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas dessa comunidade aos serviços de saúde em sua Unidade de Saúde da Família. Destes 60%, apenas 01 deles complementou a resposta, informando que o transporte também seria uma ferramenta que poderia ter sido utilizada. 30% deles não souberam responder à pergunta e apenas 01 informou acerca da necessidade de mais profissionais durante o referido período.

Portanto, tomando como lapso temporal a vigência da Pandemia (ou seja, durante), acerca das visitas domiciliares, os idosos aduziram que:

> Teve não, [...] Num teve não [...], Num houve. (Fernando, de 64 anos)
> É que eu nunca tive. [...] Não, nunca. (Carol, 76 anos)
> Pra mim poderia ter né, visitas nas casas da gente né? (Paula, de 60 anos)
> Essa eu não sei responder (Andrea, de 68 anos)
> Sei não, [...] Não sei, não sei responder não (Roberta, de 60 anos)
> Eu não sei dizer nada. Não sei informar não (Amanda, de 71 anos)

Através das falas dos idosos Fernando, Carol e Paula, prova-se que as visitas domiciliares não existiram durante a pandemia na comunidade.

As ferramentas que foram citadas pelos idosos, conforme o entendimento deles, corroborariam para a melhoria do aceso, caso tivessem sido utilizadas, pois melhorariam a qualidade da prestação dos serviços vinculados às Unidades de Saúde da Família, que fazem parte da estrutura de saúde da comunidade investigada.

Conforme referidos autores:

> Com relação à visita domiciliar Carli, Costa, Silva, Resta e Colomé (2014) afirmam que é durante essa atividade que o acolhimento e o vínculo são estabelecidos e fortalecidos, ressaltando a possibilidade do profissional de, na visita domiciliar, construir um diálogo, conhecer as necessidades das famílias e auxiliar na resolutividade dos problemas encontrados. Reforçam, ainda, que é na visita domiciliar que surge a possibilidade de incentivar a independência da comunidade e das famílias quanto a sua própria produção de saúde (ANDRADE *et al.*, 2017, p. 88)

Durante a pandemia, foram citadas mais duas ferramentas que poderiam ter sido utilizadas para garantir a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas dessa comunidade aos serviços de saúde em sua Unidade de Saúde da Família. Neste sentido, o transporte foi apontado (Fernando de 64 anos), e “[...] mais profissionais” (Betânia de 62 anos). Ao vincular a questão do transporte fornecido pelo poder público, percebe-se que se trata de ferramenta precária dentro do contexto da comunidade. Comprova-se quando, na entrevista, foi perguntado se o poder público (Prefeitura) disponibiliza transporte para os procedimentos direcionados aos cuidados da saúde, oportunidade em que 100% dos idosos responderam que não.

Percebeu-se que antes da pandemia, a situação da ausência de utilização dessas ferramentas teve um percentual maior, mas é necessário destacar que durante a Pandemia, a situação da utilização dessas ferramentas piorou devido à obrigação da utilização de medidas de segurança que foram tomadas para evitar o contágio e

alastramento da COVID-19, dentre elas, o isolamento social. A situação ficou mais grave porque, apesar da necessidade de tais isolamentos como medida de segurança para conter a expansão do vírus, terminaram implicando no agravamento de outras ações, dentre elas, o acesso e a assistência à saúde pública, precarizando ainda mais o acompanhamento e o controle das doenças pré-existentes.

Existe a necessidade, e com certa urgência, de que sejam ampliadas e colocadas em prática essas ferramentas, no sentido de garantir um acompanhamento preventivo eficaz. As visitas domiciliares são uma ferramenta de extrema importância, porque ajudam no alcance da descoberta de doenças que poderiam ser tratadas preventivamente, além de serem uma oportunidade de educação em saúde. Ou seja, ajudam no processo de prevenção de doenças, aperfeiçoam o necessário contato dos profissionais de saúde com o público-alvo e oportunizam a instrução da população com relação à saúde coletiva e individual.

Na perspectiva de encontrar uma solução para propor uma melhora do acesso à saúde pública dos idosos da comunidade, precisa-se viabilizar um protocolo e um fluxo que facilitem e promovam, de forma objetiva, os passos que devem ser realizados para alcance do acesso dessa população aos serviços públicos de saúde. Para dar início a essa análise, dentro da estrutura de saúde da comunidade, foi elaborado um quadro comparativo, com a finalidade de avaliar a atual situação da existência ou não de indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde púbica dos idosos negros quilombolas da comunidade em questão aos serviços de atendimento de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família, antes e durante o período da pandemia. Tal comparação se deu a partir das respostas dos idosos, em seguimento ao que já foi demonstrado anteriormente.

Quadro 08 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde púbica dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?

IDOSO/A	ANTES	DURANTE
Clara, 64 anos.	Não	Não sabe informar

Betânia, 62 anos.	Não	Não
Fernando, 64 anos.	Não	Não
Juliana, 62 anos.	Não sabe informar	Não
Carol, 76 anos.	Não	Não
Andrea, 68 anos.	Não	Não
Paula, 60 anos.	Não	Não
Josélia, 66 anos.	Não	Não
Roberta, 60 anos.	Não	Não sabe informar
Amanda, 71 anos.	Não lembra	Não lembra

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Constatou-se que, antes da pandemia, 80% dos idosos entrevistados informaram que não existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde pública dos idosos negros quilombolas dessa comunidade aos serviços de atendimento de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família. 10% deles não souberam informar e um informou não lembrar se existem ou não.

Acerca do idoso que respondeu não saber informar, percebe-se que a falta desse acesso se naturaliza, ou seja, não ter o acesso é encarado como algo normal e não como ausência de prestação de políticas públicas que tornem possível o gozo de um direito constitucionalmente garantido. No intuito de comprovar o que foi relatado, destacam-se as falas da idosa: “Num sei não, isso aí eu num sei não [...] Eu sou uma pessoa coisada assim porque eu não sei nem explicar assim porque eu num, porque é uma coisa que eu não ... comé ...” (Juliana, de 62 anos). Constata-se que neste período analisado, muito provavelmente, não existiram fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de acompanhamento da saúde das pessoas que vivem na comunidade, o que exalta a falha do acompanhamento preventivo. Importante destacar que, de acordo com narrativa passada, que coloca esses idosos, como pessoas com baixa instrução, reflita-se que não nos leva à certeza plena de que não existam esses indicadores, havendo a possibilidade de eles realmente não saber.

O “lembro não”, dito pela senhora Amanda, de 71 anos, configura a falta de conhecimento da existência desses fluxos ou protocolos ou subentende-se que não são utilizados rotineiramente nas Unidades.

Ao realizar a análise durante o período da Pandemia da COVID-19, constata-se que 70% disseram que não existem ou existiam indicadores, fluxos, normas

técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário na Unidade Básica de Saúde da Família, sendo que 20% não souberam informar e 10% não lembravam.

O percentual subiu para 20% dos idosos que informaram não saberem responder quando o assunto abordava o período de vigência da Pandemia, ou seja, é perceptível uma piora no percentual da perspectiva de naturalidade, de que, para eles, não ter o acesso prioritário seria normal, como se a ausência desses documentos não fizesse diferença. No sentido de comprovar o alegado: “É não sei que tem” (Clara, 64 anos) e “É, sei não” Roberta, de 60 anos. Para reforçar os dados informados pelos idosos, a resposta da idosa “Lembro não” (Amanda, de 71 anos), significa que o acesso a esses documentos é, por eles, desconhecido, tendo sua ausência sido normalizada e naturalizada.

Apesar da constatação de um percentual maior antes do período pandêmico, a não existência desses protocolos e fluxos que priorizem o acesso à saúde deles nas unidades é constante. Existe a extrema necessidade de aperfeiçoar estratégias para a criação de protocolos e fluxos que priorizem o acesso à saúde dessa comunidade.

Importante ressaltar que:

> A insuficiência desses mecanismos parece proposital para dificultar o acesso equitativo entre as populações vulneráveis como pretos e quilombolas e as populações ditas privilegiadas. A esse respeito autores ressaltam que a referência aos grupos negros exige olhar atento e direcionado para a invisibilidade propositada pela história oficial do país, fruto de uma ideologia que buscou ignorar os efeitos da escravidão ao longo do tempo[30] (PEREIRA *et al.*, 2020, p. 283-284).

De acordo com a legislação, vista no ponto 3.3 da presente pesquisa, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) garante prioridade do idoso no acesso à saúde pública, realidade muito distante da fala apresentada por eles, que termina estampando precariedade do acesso e a possível inexistência de protocolos ou fluxos que priorizem os atendimentos na comunidade.

Apesar de alguns avanços dados pela Constituição Federal de 1988 e pelas conquistas de algumas políticas importantes até os dias atuais, percebe-se que não

[30] “SCHMITT, A. et al. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Revista Ambiente & Sociedade.** v. 5, n. 10, 2002, (129-136)”. (PEREIRA, *et al.;* 2020, p. 284).

foram suficientes na totalidade para a busca e a concretização dos direitos sociais, inclusive o de acesso à saúde pública de qualidade.

Comunidades como a de Paratibe, que aqui se estuda, vivem, historicamente, em periferias, excluídas dos serviços públicos e com dificuldades de acesso aos bens básicos, necessitando, portanto, de atendimento priorizado, pois são mais vulneráveis em termos de proteção social. De acordo com o relato dos idosos, fica muito claro que a comunidade ainda é invisível aos olhos do poder público, obtendo acesso extremamente precário a bens e serviços e sem acompanhamento eficaz. É urgente que relatos assim, amparados pelo acervo doutrinário, cheguem ao conhecimento dos poderes públicos para que providências sejam tomadas a fim de que a comunidade quilombola de Paratibe, e outras que existam nas mesmas condições[31], sejam acolhidas e amparadas pelos documentos técnicos, tornando viável a emancipação social das pessoas que nelas vivem.

Por fim, ressalte-se que é possível extrair a ideia da inexistência de protocolos, indicadores e fluxos que tenham como escopo o idoso negro quilombola frente às Unidades Básicas de Saúde da Família como algo constante, ou seja, independentemente do período analisado.

5.4 ANÁLISE COMPARATIVA DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA DOS IDOSOS AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB ANTES E DURANTE O PERÍODO PANDÊMICO

Estudar o acesso à saúde pública analisando os discursos dos próprios beneficiários dos serviços se torna relevante porque fornece uma ideia de como eles compreendem esse acesso. Os relatos traduzem que o acesso à saúde pública de qualidade, para certos grupos etários e tradicionais, ainda não é uma realidade universal. Com isso, destaca-se que “o período escravocrata brasileiro deixou marcas profundas nas populações negras e quilombolas. Este sistema contribui para um cenário racista que fomenta injustiças sociais e em saúde”. (PEREIRA *et al*., 2020, p.

[31] Nesse sentido, ver “SCHMITT, A. *et al*. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Revista Ambiente & Sociedade**. v. 5, n. 10, 2002, (129-136)” (PEREIRA *et al.*, 2020, p. 284).

280). Na esteira do que foi mencionado, as “injustiças sociais e em saúde” se demonstram fortes e marcantes na vida dessas comunidades.

Verifica-se a vigência da precariedade tomando como circunscrição o âmbito municipal. Tal fenômeno continua sendo sustentado quando foi questionado se houve acesso à consulta ou a algum outro procedimento hospitalar em Hospital Público de referência de atendimento ambulatorial (ou qualquer outro), na cidade de João Pessoa-PB. O Quadro 09, abaixo, evidencia as respostas.

Quadro 09 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: O senhor/a teve acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar em algum hospital público de referência de atendimento ambulatorial ou qualquer outro procedimento, na cidade de João Pessoa-PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?

IDOSO/A	ANTES	DURANTE
Clara, 64 anos.	Não	Não
Betânia, 62 anos.	Sim	Sim
Fernando, 64 anos.	Não	Não
Juliana, 62 anos.	Não	Não
Carol, 76 anos.	Não	Não
Andrea, 68 anos.	Não	Não
Paula, 60 anos.	Não	Não
Josélia, 66 anos.	Não	Não
Roberta, 60 anos.	Não	Não
Amanda, 71 anos.	Não	Não

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Destaca-se que 90% dos idosos entrevistados informaram que não tiveram acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar em algum hospital público de referência de atendimento ambulatorial ou qualquer outro procedimento na cidade de João Pessoa-PB, tendo apenas um deles, informando que teve acesso, porém antes do período pandêmico.

Demonstra-se que a situação com relação ao acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar em algum hospital público é extremamente precária, fato revelado pelo alto grau de respostas no mesmo sentido. Necessário sustentar que a precariedade evidenciada compromete diretamente a vida desses idosos, uma vez que, a partir do momento em que não se tem acesso de qualidade, no sentido da prevenção, a vida deles passa a contar com um risco permanente de adquirir doenças, que, sendo acompanhadas preventivamente, poderiam ser evitadas ou tratadas. No intuito de fortalecer o que já foi colocado pelos idosos na tabela acima, destacam-se a íntegra de algumas falas:

> Tive não [...] Não. (Clara, de 64 anos)
> Tive não. (Fernando de 64 anos)
> Não. (Juliana de 62 anos)
> Não, tive não. (Carol de 76 anos)
> Não, não, tive não. (Josélia de 66 anos)

A luta do povo negro por melhores condições de vida é constante. Os absurdos encontrados, mesmo antes do período pandêmico, são estruturantes, dando uma ideia do verdadeiro descarte com que essa população é tratada, independentemente de situação de emergência sanitária ou não.

Nessa mesma perspectiva, mas destacando agora os discursos das pessoas tendo como foco a vigência do período pandêmico, ou seja, o “durante”, os idosos responderam da seguinte forma: 90% aduziram que não tiveram acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar. Apenas um deles informou que teve acesso (isso em ambos os períodos). Destaca-se a fala da senhora Betânia, de 62 anos: “Não tem, não existe, porque a gente chega e não tem prioridade, não tem prioridade”. Ou seja, ela informou que teve acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar durante esse período, mas que não foi atendida com prioridade. Nessa situação, deixa subentendido que a prioridade ainda não é algo que se tem como direito garantido constantemente aos idosos dessa comunidade.

No retrato comparativo entre os dois períodos, tanto antes quanto durante a Pandemia, o acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar é preocupante. Na realidade, destaca-se que existe uma estrutura deficitária e precária, principalmente quando se nota que a cobertura preventiva ainda não é uma realidade completa. Pode-se afirmar que esse quadro durante a pandemia se tornou mais complexo e deficitário devido ao isolamento social, medida tomada para que não houvesse a disseminação do vírus, mas precisa-se levar em conta que as outras enfermidades não deixaram de existir e que, também, tal isolamento pode ter sido mais um agravante para o quadro de quantitativos de mortes pela COVID-19 nos quilombos, principalmente durante os períodos mais críticos da pandemia.

Na senda dessa informação, pode-se destacar aqui o gráfico abaixo, retirado do “INFORMATIVO DESIGUALDADES SOCIAIS E COVID-19”, que destaca os óbitos

de quilombolas registrados por idade[32]. Um ponto muito importante a ser observado no referido estudo é que “[...] 65% das mortes correspondem a quilombolas de mais de 60 anos de idade” (ARRUTI *et at.*, 2021, p. 1). O levantamento desses óbitos, conforme os referidos dados, demonstra que os idosos foram uma camada significativamente mais afetada durante a Pandemia com relação ao quantitativo de mortes.

Figura 03: “Óbitos quilombolas registrados: dados de idade”

Fonte: (ARRUTI *et at*., 2021, p. 21)

Conforme a figura acima, a quantidade de óbitos dos idosos quilombolas registrados é alta, o que demonstra que houve uma grande ineficiência do Governo Federal no combate à Pandemia da COVID-19, sobretudo nessas comunidades. Tal assertiva demonstra razoabilidade, inclusive, quando se constata que não existiu qualquer preocupação na organização de dados oficiais que trouxessem à tona a realidade dessas comunidades, o que proporcionaria a tomada de decisão e a sistematização de medidas com intenção de diminuir o contágio, ao passo que garantissem assistência e cuidado.

[32] “Em parceria com a Plataforma Observatório da Covid-19 nos Quilombos, da Articulação das Comunidades Negras e Rurais Quilombolas (Conaq), e com o Instituto Socioambiental (ISA)”. (Aruti, *et al.;* 2021, p. 15).

.

Sobre isso, destaca-se:

> Se, diante da ausência de dados oficiais, é impossível estimar taxas de contaminação e letalidade, essa ignorância justifica mais do que causa a ausência de ações dirigidas à população quilombola no contexto pandêmico. Pelo contrário, a ausência de informações e ações expressa a persistência de um racismo histórico, enraizado nas instituições que a proposição da ADPF 742 propões visibilizar e combater. (ARRUTI *et al*., 2021, p. 31)

Entende-se como proposital a ausência desses dados oficiais, no intuito de fazer com que essas comunidades permaneçam invisíveis. No sentido de complementar e dar ênfase à grande ineficiência e inércia do governo Bolsonaro em combater a propagação do vírus e o aumento do número de mortes, seguem algumas informações importantes apuradas pela CPI da Pandemia da COVID-19 acerca das comunidades quilombolas brasileiras:

> Assim como ocorreu entre os indígenas, a covid-19 atingiu as comunidades quilombolas potencializada por sua condição social de grande vulnerabilidade. O governo falha em cumprir o seu dever de proteger essas comunidades frágeis e carentes, nas quais as condições sanitárias e de acesso aos serviços de saúde são, invariavelmente, muito piores do que se observa na população em geral. Outro aspecto que aproxima a situação das comunidades quilombolas à dos povos indígenas é o dano comunitário causado pela perda dos mais idosos, que guardam a história, os costumes e os conhecimentos dos povos tradicionais. A perda dessas referências representa um perigo de desagregação para a comunidade. (BRASIL, 2021, p. 659).

Vale ressaltar que essas comunidades vivem em constante resistência para a garantia de seus direitos, ou seja:

> Tratar das questões dos quilombolas no Brasil é trazer os problemas que vão das vulnerabilidades à resistência étnica, cultural e histórica de um povo marcado por conflitos e dilemas. Entre os vários problemas, destacam-se: a discriminação racial; pobreza extrema; invasões territoriais; migração para grandes centros urbanos; interferência na cultura, na paisagem e no equilíbrio ambiental; baixo índice de renda domiciliar e emprego informal; precárias condições das habitações, dificuldade de acesso à saúde e à educação, aos bens duráveis e de consumo e à informação; vulnerabilidade alimentar; conflitos institucionais; e invisibilidade da população (GARRAFA, 2005 apud VIEIRA *et al*., 2013, p. 611).

Diante dessa situação, o que se constatou é que, tanto antes como durante o período pandêmico, a falta do acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar

em algum hospital público de referência de atendimento ambulatorial ou qualquer outro procedimento, no município, perpetua-se ao longo da história, atingindo patamares altíssimos de não concretização deste direito.

Dando continuidade e dentro do processo comparativo, saber se existiram ou não facilidades para o acesso à saúde pública de qualidade tanto antes como durante o período da Pandemia da COVID-19, torna-se importante.

No quadro comparativo anterior, conseguiu-se destacar bem que o acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar em algum hospital público de referência na cidade de João Pessoa-PB, em ambos os períodos, é extremamente precário.

A precariedade com relação ao acesso existe, mas precisa-se saber se existiu ou se foi providenciada alguma estratégia que o facilitasse, mesmo diante das situações de alta precariedade. Dando ênfase à questão, dar-se-á continuidade à análise com a seguinte pergunta: “Quais as facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?” Destaca-se o quadro abaixo, com as respostas dadas pelos idosos.

Quadro 10 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Quais as facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?

IDOSO/A	ANTES	DURANTE
Clara, 64 anos.	Não	Não
Betânia, 62 anos.	Não	Não
Fernando, 64 anos.	Sim	Não
Juliana, 62 anos.	Sim	Não
Carol, 76 anos.	Depende	Não
Andrea, 68 anos.	Não	Não
Paula, 60 anos.	Não	Não soube responder
Josélia, 66 anos.	Não soube responder	Sim
Roberta, 60 anos.	Não soube responder	Não soube responder
Amanda, 71 anos.	Não	Não

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Conforme destacado no Quadro 10, quando foi perguntado aos idosos quais as facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa PB, antes da pandemia, 50% informaram que não encontraram facilidades; 20% não souberam responder; a mesma proporção (20%) informou que encontrou facilidades; e 01 deles, informou que “depende”.

Quando se analisam as facilidades do acesso à saúde nos atendimentos dos hospitais de referência da cidade João Pessoa-PB, dentro da comunidade, percebe-se que se trata de situação difícil. A complexidade existe porque as referidas facilidades (ou não) para o acesso podem variar de acordo com a natureza do atendimento. No sentido de comprovar o aludido, destaca-se a fala da idosa Carol, de 68 anos, que, quando perguntada quais as facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa-PB, respondeu que “depende”, prosseguindo: “Depende, depende do caso que eu tivesse”. Nesta situação, entende-se que quanto maior a complexidade do caso, menor seriam as facilidades encontradas para seu tratamento.

Dos idosos entrevistados, 20% disseram não saber responder à questão (se encontraram ou não facilidades para o acesso à saúde antes da pandemia). O não saber responder também retrata uma total falta de conhecimento de seus direitos, que, em muitos dos casos, significa a normalização das não facilidades encontradas para o acesso à saúde pública de qualidade. Percebeu-se que os idosos entrevistados não têm uma perspectiva crítica da realidade e que o cenário de dificuldade para o acesso à saúde lhes parece normal.

Mesmo diante das respostas que foram dadas como positivas, ou seja, no sentido de que foram encontradas facilidades anteriormente ao período mencionado, incertezas puderam ser aferidas. Por exemplo, ao perguntar à senhora Juliana, de 62 anos, se ela sabia citar como exemplo algumas facilidades que ela encontrou para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa-PB, ela respondeu o seguinte: “É isso ai, é isso, não sei citar”. Prevalece o entendimento de que, mesmo diante de situação de encontro de facilidades, a referida idosa não tem ideia do que se trata, não conhece os motivos pelos quais tem acesso (ou não) às facilidades, nem mesmo consegue nomeá-las.

Na mesma linha de análise, quando foi perguntado quais as facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa-PB durante o período da Pandemia da COVID-19, contatou-se o seguinte: 70% dos idosos informaram que não encontraram facilidades para o acesso à saúde pública, enquanto que 20% dos idosos entrevistados informaram que não sabiam responder à pergunta e apenas 01 informou que sim, encontrou facilidades.

No destaque, percebe-se uma falta de conhecimento suficiente e necessário sobre os seus direitos nos 20% dos idosos que não souberam responder à pergunta, falta esta que lhes foi imposta, propositalmente, através da má qualidade (ou ausência) do ensino e da falta de oferta de bens e serviços que deveriam ser proporcionados rotineiramente pelo Estado.

Vivendo assim, na perspectiva do conformismo social imposto e adaptado a eles, sem força até para buscar melhorias de qualidade de vida e melhorias de acesso a uma saúde pública de qualidade, esses idosos perpetuam uma cadeia de abandono e retirada de seus direitos. Percebe-se, na esteira da lição de Souza (2019, p. 80), que o ex-escravo é mesmo jogado dentro de uma ordem social que não conhecia nem estava preparado. Fruto do processo escravocrata brasileiro e que ainda hoje traz danos irreversíveis a essa população, comunidades quilombolas, como esta que estudamos, estão inseridas dentro de uma sociedade competitiva e individualista e não dispõem de ferramentas para lutar, pois não sabem bem qual o objetivo ou qual o prêmio que lhes será garantido.

Acerca da idosa (Josélia, de 66 anos) que declarou ter encontrado facilidades para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade, saliente-se que ela deixou bem claro que só encontrou facilidades no acesso do atendimento na UPA – Unidade de Pronto Atendimento, do bairro de Valentina de Figueiredo. Quando foi perguntada se tinha encontrado facilidade em algum outro hospital fora a UPA, ela respondeu que “não”.

Ao se comparar os períodos, anterior e durante a pandemia, com relação às facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência, identifica-se que, durante o período pandêmico, houve uma piora significativa do não encontro de facilidades para o acesso à saúde, conforme relatado pelos idosos. Mas podemos concluir que a não existência delas é constante e independe do período.

É importante destacar, na percepção dos idosos entrevistados, o que vêm a ser as dificuldades encontradas com relação ao acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa-PB. Na pesquisa de campo, percebeu-se uma enorme dificuldade dos idosos em responder a esta pergunta, apesar de terem sido utilizados todos os esforços possíveis para que o questionamento se tornasse mais fácil e compreensível. Nessa concepção, a dificuldade do entendimento é gerada por vários fatores, dentre eles, a ausência de compreensão crítica para com a

realidade que lhes é imposta em razão de sua baixa escolaridade, que se torna aliada no processo de alienação dessas pessoas. O Quadro 11, abaixo, relata bem a dificuldade de compreensão crítica.

Quadro 11 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Quais as dificuldades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?

IDOSO/A	ANTES	DURANTE
Clara, 64 anos.	Não	Não
Betânia, 62 anos.	Sim	Não
Fernando, 64 anos.	Não	Não Lembra
Juliana, 62 anos.	Sim	Sim
Carol, 76 anos.	Não	Não precisou
Andrea, 68 anos.	Acho que não	Não soube responder
Paula, 60 anos.	Sim	Não
Josélia, 66 anos.	Não	Não soube responder
Roberta, 60 anos.	Não soube responder	Não soube responder
Amanda, 71 anos.	Não soube responder	Não soube responder

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

Quando se perguntou aos idosos quais as dificuldades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade, antes do período pandêmico (vê-se Quadro 11): 40% informaram que não encontraram dificuldades; 30% declararam que encontraram sim; 20% informaram não saber responder; e 10% informaram que achavam que não tinha dificuldades.

Nesta concepção, mesmo que se considerem os 40% que aduzem não terem encontrado dificuldades antes do período pandêmico, a soma de todas as porcentagens dos que declararam terem encontrado, com os que não souberam responder e ainda com o que informou que achava que não tinha dificuldades, demonstra um desfecho preocupante. Embora muitos não tenham sabido relatar as principais dificuldades, percebe-se que elas estão embutidas e camufladas diante dos olhos daqueles que necessitam do serviço público de saúde. As respostas imprecisas, como “acho que não”, ou não souberam responder podem ser consideradas tão graves como aquelas que foram declaradas como “sim”, porque simplesmente, na maioria das vezes, descobre-se uma realidade tardia e dentre elas, uma grande falta de acesso ao sistema de saúde pública.

Um dos papéis da pesquisa é trazer a realidade, mesmo que esta esteja mascarada ou camuflada, e essa realidade, na maioria das vezes, não é perceptível

pelo usuário que precisa do serviço público. Destaca-se, neste ponto, a fala da senhora Andrea, de 68 anos, quando ela, ao ser perguntada se encontrou dificuldades para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência em momento anterior ao período pandêmico, destaca bem que “acho que não”. Essa resposta pode representar a incerteza de muitas informações, inclusive a falta de acesso ao sistema, impossibilitando-a refletir acerca da existência das dificuldades e quais seriam.

Dos 30% que informaram haver dificuldades, apenas 02 destacaram quais: “Ah, muitas né. [...] Porque... pra gente ir pra hospital a gente a... a dificuldade [...] Transporte, [...] Transporte, e... e da gente chegar no horário né? Porque se a gente passar do horário ali a gente já perdeu aquela vez.” (Betânia, de 62 anos). Ou seja, a dificuldade com relação ao transporte não deixa de ser uma realidade da comunidade. Vale ressaltar aqui que uma pergunta do questionário indagava se o poder público (Prefeitura) disponibiliza o transporte para os procedimentos direcionados aos cuidados da saúde deles, tendo a totalidade das pessoas questionadas respondido que “não”. Constata-se, assim, que a falta do transporte é uma dificuldade que afeta toda a comunidade, impossibilitando diretamente o acesso aos serviços de saúde, principalmente das pessoas idosas, que, geralmente, contam com condições físicas de locomoção comprometidas.

Paula, de 60 anos informa: “Ai tive dificuldades [...] Porque quando a gente faz consulta e quando a gente ia atrás de remédio não tinha”. Ao perguntá-la sobre quais as dificuldades, ela citou duas: “De consulta” e de “medicamentos”. A questão da dificuldade das consultas também já foi relatada no início deste capítulo, no Quadro 04, quando foi comparada a frequência de retorno às consultas de acompanhamento de sua doença, antes e após o período da Pandemia da COVID-19, constatando-se que se trata de uma dificuldade que se perpetua, independentemente de qual seja o período.

Quando perguntado à senhora Juliana, de 62 anos, se ela sabia informar quais são as dificuldades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa antes do período pandêmico, já que a ela informou ter havido dificuldades, ela respondeu: “Não sei não, sei não explicar não.” Esta resposta fortalece a ideia de que, mesmo diante das dificuldades encontradas antes do período pandêmico, a percepção da existência delas pelos idosos da comunidade é pequena, tanto que apenas 20% dos idosos entrevistados souberam

informar, de forma muito reduzida, algumas delas. Isso sustenta a condição de naturalização das dificuldades que eles convivem. Ou seja, elas são tão presentes que parecem naturais.

Quando se vincula a questão das dificuldades informadas pelos idosos durante o período pandêmico, 40% informaram não saberem responder; 10 % disseram que sim, ou seja, que encontraram dificuldades; 10% informaram que não lembram; 10% afirmaram que não precisaram; e 30% não encontraram dificuldades. As respostas dadas pelos idosos, tomando como foco o período durante a Pandemia, são bem variadas e um pouco mais complexas. Mas, em termos comparativos, pode-se analisar que o grau de percepção das dificuldades existentes para o acesso à saúde pública se apresenta como mais grave durante o período pandêmico, superando o período anterior. Ou seja, houve um aumento significativo de 20% dos idosos que informaram não saber responder.

Quando estes idosos não conseguem identificar as principais dificuldades existentes para o acesso à saúde pública de qualidade, entende-se que eles, tiveram o acesso ou o acompanhamento fragilizados durante o período pandêmico. Na fase mais crítica da pandemia, houve, inclusive, a necessidade de se permanecer no isolamento social, que levou à restrição do acesso ao atendimento de saúde.

Como dito, não saber reconhecer quais as dificuldades inerentes ao processo de saúde como um direito caracteriza a fragilidade do acesso, e não significa, de forma alguma, que eles não encontraram dificuldades em algum procedimento. Caso as facilidades fizessem parte da rotina dessas comunidades, certamente teriam sido nomeadas. Portanto, a hipótese do contrário se faz presente, ou seja, significa que os idosos entrevistados não conseguem perceber quais os entraves que dificultam o gozo de seus direitos, uma vez que não conhecem verdadeiramente a realidade do acesso à garantia desse direito. Dizendo de forma mais simples, a negação do direito parece corresponder à vida ordinária, comum, que acontece distante das prestações sociais.

A preocupação se faz presente porque é necessário ter a percepção e a identificação das dificuldades para trabalhar objetivamente na sua eliminação. Na faixa etária da terceira idade, as pessoas precisam de ações mais constantes na área da saúde, principalmente de acompanhamento médico e realização de exames de rotina. A partir das respostas coletadas, deixa-se subentendido que essa busca mais

constante para exames e acompanhamento médico periódico, ou pelo atendimento como um todo, não acontece, e é possível que eles só busquem esses atendimentos em situações mais agudas e críticas de saúde. Constata-se isso através da fala de Carol, de 76 anos, quando ela afirma que “Nessa época eu num precisei”. Quando foi perguntada se foi por esta causa que aquela idosa não encontrou dificuldades, ela respondeu: “Exatamente” (Carol, de 76 anos). O entendimento, nesta linha, é que, caso esta idosa tivesse precisado de algum procedimento durante o período pandêmico, ela teria, certamente, encontrado dificuldades.

A senhora Juliana, de 62 anos diz que: “Houve sim”, quando perguntada sobre as dificuldades, mas ao ser indagada sobre quais seriam estas dificuldades, ela informou “não saber quais”. Percebe-se que existe um desconhecimento das dificuldades, mesmo em casos de alegação positiva. Ou seja, isso pode ser consequência do desconhecimento de seus direitos e da grande fragilidade de um acesso aos serviços de saúde pública. A partir do momento que o acesso aos serviços de saúde é mais frequente e mais adequado, fica mais fácil identificar melhor as dificuldades existentes. Se eles identificassem a necessidade de contar com uma assistência constante, provavelmente conseguiriam identificar melhor as dificuldades que lhes são impostas para um acesso de qualidade e que se estampam através da ausência de prestação.

Nesta conjuntura, é importante ressaltar que:

> Entre os grupos etários de quilombolas, têm se destacado as adicionais desigualdades que os idosos experimentam nessas comunidades. O envelhecimento nos quilombos se caracteriza por ocorrer em situação de pobreza, elevadas necessidades de saúde, pior qualidade de vida, múltiplo adoecimento crônico e acesso restrito a serviços sociais e de saúde. A histórica exposição a privações socioeconômicas e materiais, acompanhada dos desinvestimentos públicos a que estão submetidos desde o período escravagista, produziu acúmulo de desvantagens sociais e de saúde ao longo de gerações, que se refletem nos indicadores comumente utilizados para se avaliar a saúde física e emocional nos diferentes grupos desses idosos[33-34] (JUNIOR *et al.*, 2022, p. 35)

[33] “CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Revista Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 1037–45, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018.” (JUNIOR, et al.; 2022, p. 43).

[34] “COSTA, A. S. V.; RODRIGUES, L. S.; CABRAL JR., J. D.; COIMBRA, L. C.; OLIVEIRA, B. L. C. A. Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQUIBEQ Project. **J Public Health**, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-020-01198-y.” (JUNIOR, et al, 2022, p. 44).

É nítido este retrato de desvantagens sociais, econômicas e de privações ao acesso a bens e serviços por parte dos idosos da comunidade estudada. Apesar das dificuldades não terem sido expostas ou nomeadas claramente por todos os idosos, tanto antes como durante o período pandêmico, percebe-se que elas estão imbricadas em suas respostas, seja pela constatação do acesso fragilizado, seja pelo carente acompanhamento preventivo, não possibilitando o conhecimento das dificuldades, ou, ainda, pela falta de conhecimento sobre *como deveria ser*, o que impossibilita o desejo por uma realidade que, para eles, é desconhecida. Ou seja, eles não conseguem perceber que vivem em uma situação de precariedade, desconhecendo, assim, a importância da prevenção, do cuidado, da atenção, da rotina de atendimentos e exames, etc.

Nessa linha, destaca-se que:

> A dificuldade no acesso à saúde é muito bem elucidada na literatura e demonstra uma subutilização de serviços básicos pelos quilombolas[35], assim como dificuldade e/ou impossibilidade no acesso aos demais níveis de complexidade de assistência. Os fatores atuantes são diversos, incluindo a distância dos centros urbanos; a falta de serviços por via terrestre e fluvial; custos financeiros; e a inadequação aos hábitos e costumes afrodescendentes.[36] A manutenção do estado de saúde da população está atrelada a ações ofertadas por serviços e políticas públicas relativas a emprego, renda, previdência, educação, alimentação, ambiente, saúde e lazer. A garantia do direito à saúde e a ampliação de seu acesso necessita de políticas intersetoriais capazes de enfrentar as situações de desigualdades[37] (JUNIOR *et al.*, 2022, p. 42).

Percebe-se que a maioria das pessoas idosas investigadas não consegue fazer uma leitura da realidade em que estão inseridas, principalmente no sentido de violação dos seus direitos. As respostas foram muitos monossilábicas e limitadas, não conseguindo, em sua maioria, trazer exemplos vívidos das dificuldades enfrentadas.

---

[35] "GOMES, K. O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C; CHERCHIGLIA, M. L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 9, p. 1829–42, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00151412." Acesso em: 24 nov. 2022 (JUNIOR *et al.*, 2022, p. 44).

[36] "CAVALCANTE, I. M. S. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense**: um olhar antropológico. [Tese]. Universidade Federal do Amazonas – Universidade Federal do Pará – Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 141 p." (JUNIOR *et al.*, 2022, p. 45).

[37] "ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA, G. C. 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 Debate**, v. 44, n. 124, p. 17-31, 2020". Disponível em: https://doi. org/10.1590/0103-1104202012401". Acesso em: 12 nov. 2022. (JUNIOR *et al.*, 2022, p. 45).

Nesta projeção de viabilizar a melhoria do acesso, a análise será retomada dentro da perspectiva e necessidade de se apresentar, neste momento, a idealização de um protocolo e de um fluxo que possa melhorar este acesso.

No referido quadro abaixo, expõe-se, segundo a opinião das pessoas entrevistadas, se existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde dos hospitais públicos da cidade de João Pessoa-PB, antes e durante o período pandêmico, sempre na tentativa de viabilizar e idealizar um protocolo e um fluxo que possam melhorar e garantir os avanços para acesso à saúde pública, ampliado e seguro para estes idosos.

Quadro 12 - Quadro comparativo – Idosos negros quilombolas: Existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde dos hospitais públicos da cidade de João Pessoa PB, antes (de janeiro de 2019 até março de 2020) e durante (de março de 2020 até dezembro de 2021) o período da Pandemia da COVID-19?

IDOSO/A	ANTES	DURANTE
Clara, 64 anos.	Eu acho que sim	Acho que não
Betânia, 62 anos.	Não	Não
Fernando, 64 anos.	Eu acho que sim	Não
Juliana, 62 anos.	Não	Não
Carol, 76 anos.	Não	Não
Andrea, 68 anos.	Não	Não
Paula, 60 anos.	Não	Não
Josélia, 66 anos.	Não sabe informar	Não
Roberta, 60 anos.	Não sabe informar	Não sabe informar
Amanda, 71 anos.	Não sabe informar	Não sabe informar

Fonte: Elaboração própria. João Pessoa-PB, 2022.

No quadro 12, é possível aferir as seguintes respostas: com relação ao período anterior à Pandemia, 50% dos idosos entrevistados responderam que não existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações; 20% responderam “eu acho que sim”; e 30% responderam que não sabiam informar. Nesta conjuntura, com relação ao lapso anterior ao período pandêmico, constata-se a falta desses documentos e/ou a incerteza sobre sua existência (Clara, de 64 anos, aduziu que: “Antes eu acho que sim, antes”; Fernando, de 64 anos: “Eu acho que existe né?”).

Dos idosos que não souberam informar acerca da existência desses documentos, e a sua a formalização do desconhecimento da existência deles, destacam-se as falas: “Isso aí eu não sei dizer [...] Não sei informar não” (Josélia, de 66 anos); “Não sei responder” (Roberta, de 60 anos); “Sei não [...] Não sei informar” (Amanda, de 71 anos). O acesso prioritário é garantido por lei, mas, o que se constata é a não priorização do acesso aos serviços de saúde para as pessoas idosas da comunidade. A concretização da priorização deste acesso não é garantida em sua totalidade.

Mesmo antes do período pandêmico, a não constatação da existência desses indicadores, protocolos e fluxos, interferia diretamente no acesso à saúde pública. É que esses documentos contêm diretrizes que devem ser seguidas pelos profissionais, e que preveem desde a identificação das dificuldades enfrentadas por determinado público-alvo, até a necessária implementação de ferramentas que possam amenizar os prejuízos impostos pelos limites orçamentários e de planejamento do Poder Público. Portanto, pode-se dizer que tais documentos viabilizam a melhoria do acesso e orientam os idosos a seguir um fluxo que facilite, desburocratize e priorize o acesso à saúde oferecida pelos hospitais de referência da cidade de João Pessoa-PB.

Destaca-se aqui a fala da senhora Betânia, de 62 (sessenta e dois) anos de idade:

> Pronto, eu cheguei na fila ai eu o número um, peguei o número um, prioritária, eu digo olhe eu sou número um eu sou prioritária, não a senhora não é prioritária eu digo porque eu não sou prioritária porque em todo conto ei entro vô pa fila eu sou prioritária porque aqui eu não sou, não porque quem é prioritária é quem tem acima de 65 anos eu disse eu tenho 62 anos eu sou prioritária e não fizeram a minha ficha, butaram a minha ficha como normal.

Através da transcrição fala da idosa acima, comprova-se que o acesso prioritário lhe foi negado, evidenciando a gravidade e o despreparo dos profissionais envolvidos, que demonstram não conhecer ou não respeitar a legislação, a qual garante atendimento prioritário aos idosos acima de 60 (sessenta anos).

Durante o período pandêmico, quando foi perguntado aos idosos se existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos, constatou-se que 70% informaram que não existem ou existiam; 20% deles disseram não saber informar; e 01 (10%) acha que não. Isso retrata diretamente a perspectiva da não existência desses indicadores, protocolos e fluxo que lhes orientem e garantam a

prioridade no acesso à saúde pública durante a pandemia. Aparentemente, a ausência desses documentos se perpetua, independentemente de qual seja o período, garantindo a fragilidade do acesso prioritário, ou seja, sendo-lhes recusada a garantia de um acompanhamento que poderia ajudar no descobrimento de doenças tratáveis.

A seguir, as falas do idosos que demonstram o desconhecimento acerca desses documentos são: “Eu não tenho certo ou errado, eu acho que não [...] Acho que não” (Clara, de 64 anos); “Sei não [...]” (Roberta, de 60 anos); “Sei informar não”, “Não sei informar nada” (Amanda, de 71 anos). O desconhecer se formaliza na naturalização da negação do acesso, tornando-se comum entre eles. Confirma-se, através da percentualidade apresentada, que durante o período pandêmico houve uma piora, tanto no acesso quanto na sua priorização.

Existe a necessidade e a prioridade da indicação de um protocolo e de um fluxo que priorizem e melhorem de imediato o acesso destes idosos. São cidadãos que precisam de uma atenção prioritária e especial por vários fatores e, dentre eles, a constante vulnerabilidade social imposta historicamente. “Atenção especial deve ser dada para populações específicas como os quilombolas, tanto para as ações de prevenção, diagnóstico e controle de doenças, como para as de promoção à saúde” (JESUS *et al*., 2016, p. 76).

Na intenção de buscar ferramentas que melhorem o acesso desses idosos, algo que chama muita atenção foi quando o relatório final da “CPI DA COVID 19” constatou que “[...] não encontrou informações relativas a casos confirmados de COVID-19, a internações hospitalares e a óbitos de indivíduos quilombolas [...] ” (BRASIL, 2021, p. 1270). Tal assertiva confirma algo extremamente grave: o Governo Bolsonaro tratou comunidades dessa natureza com descaso e omissão. Ao passo que pouco fez para impedir o avanço do vírus, promovendo discursos anticientíficos (como uso de medicamentos sabidamente ineficazes), negligenciou completamente a existência de comunidades que, dado seu contexto histórico, são afastadas dos serviços públicos. Ou seja, hoje sabe-se que houve alastramento de casos entre comunidades quilombolas, bem como foi registrado maior número de mortos comparando-se com comunidades inseridas nas cidades. Quando uma Comissão Parlamentar de Inquérito sustenta que não tem registros oficiais, por parte do Governo, desses números, atesta que são comunidades esquecidas, formadas por pessoas descartáveis. É a necropolítica se formalizando da forma mais cruel possível.

Segue abaixo o que foi relatado pela CPI da COVID-19:

> Recomenda-se que o Ministério da Saúde adote medidas de fiscalização quanto ao controle da obrigatoriedade do preenchimento das informações disponibilizadas referentes ao quesito raça/cor/etnia no registro de casos de covid-19 e de vacinação, eis que não existem dados confiáveis no tema, a despeito da obrigatoriedade de registro. Esta CPI não encontrou informações relativas a casos confirmados de covid-19, a internações hospitalares e a óbitos de indivíduos quilombolas nos *links* informados": - "i. https://covid.saude.gov.br; - ii. https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid19_html.html; - iii. https://localizasus.saude.gov.br; e - iv.https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html (BRASIL, 2021, p. 1269-1270).

Neste quesito, conclui-se que houve negação de acesso de qualidade tendo em conta o contexto nacional. Tal conclusão se dá diante da não existência de dados oficiais, o que configura, na possibilidade de uma considerável quantidade de pessoas que adoeceram ou morreram, e podem não ter sido sequer contabilizadas pelo Poder Público, provavelmente porque não chegaram a ser atendidas.

Outra informação importante relatada pela CPI é com relação ao "[...] preenchimento das informações disponibilizadas referentes ao quesito raça/cor/etnia no registro de casos de COVID-19 e de vacinação, eis que não existem dados confiáveis no tema [...]" (BRASIL, 2021, p. 1269-1270), comprovando-se a existência da subnotificação desses registros. Quesitos como estes devem ser preenchidos e devem estar contidos em novos protocolos que facilitem e desburocratizem o acesso destes idosos aos serviços de saúde.

É necessária uma atenção especial na indicação de ferramentas que priorizem o acesso destes idosos, no intuito de diminuir a desigualdade racial do acesso à saúde pública, desigualdade esta que se acentuou durante o período da Pandemia da COVID-19, evento que a escancarou a um nível desastroso, em que morrer por ser negro tornou-se autorizado pelo Estado. Conforme certos autores:

> Trata-se da desigualdade racial em saúde, analisada por vários estudiosos, dentre os quais realçamos Goes, Ramos e Ferreira (2020) e Santos et al. (2020). Em ambos os estudos, os autores refletem sobre as assimetrias que a pandemia provocou em meio a uma sociedade marcada por um racismo estrutural. A falta de ações estatais assertivas no sentido de mitigar os danos da crise sanitária vem visibilizando a vulnerabilidade histórica da população negra no Brasil (CAVALCANTI *et al.*, 2022, p. 129).

Mais uma vez, reitera-se a urgência na criação, idealização ou recriação de protocolos e fluxos para que as autoridades municipais, estaduais e federais possam

viabilizar a melhoria do acesso à saúde pública dos idosos da comunidade quilombola de Paratibe, sempre preconizando considerações acerca das características dos idosos que lá residem e do contexto histórico e social que faz com que comunidades dessa natureza (quilombolas) necessitem ser tratadas de maneira diferenciada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discorrer sobre o acesso à saúde pública dos idosos negros quilombolas da comunidade de Paratibe requer um exame acerca da conjuntura-macro, ou seja, que sejam analisados o contexto histórico, econômico, social e cultural aos quais está imersa, aliado à verificação do sistema capitalista com todas as suas características, isto é, um emaranhado excludente e baseado no lucro de poucos em detrimento da pobreza de muitos. Some-se isso ao passado de escravidão, que colocou e coloca o povo negro quilombola em condição de submissão constante. Sem pretensão de esgotar as condicionantes que concorrem para explicar a realidade enfrentada por essa comunidade, não é demais concluir que tais fenômenos citados impossibilitam o avanço social, político e econômico dessas pessoas.

Na necessidade de fundamentar este estudo, trabalhou-se, inicialmente, a relação do Estado e da sociedade, no sentido de expressar as contradições e interesses existente entre eles, buscando-se sintetizar um pouco sobre a crise do capitalismo e o avanço do projeto neoliberal no Brasil.

Deu-se ênfase em esmiuçar o desmonte da seguridade social em nosso país, dando seguimento a um breve apanhado da política de saúde no Brasil, ressaltando o afunilamento das prestações sociais, sobretudo nos governos Temer e Bolsonaro. Como parte da consequência histórica e da crise do capital, foram abordados, concorrentemente, temas sobre a escravatura no Brasil e seus delineamentos.

Alguns parâmetros legais ligados ao tratamento do tema da saúde no Brasil foram abordados, além de terem sido propostos parâmetros administrativos e legais acerca do tratamento das comunidades quilombolas no país. Neste momento, foram trabalhados conceitos importantes, como racismo estrutural (ALMEIDA, 2020) e necropolítica (MBEMBE, 2021), associando-os com o período da Pandemia da COVID-19. A partir dessa construção, foi tratada a estrutura de acesso à saúde pública dos idosos negros quilombolas, que faz parte da comunidade quilombola de Paratibe.

O racismo estrutural se consolida como mola mestra do processo de exclusão dos negros em todas as camadas sociais. Para entender o racismo como estruturante, precisa-se entender que “[...] enquanto processo político e histórico, é também um processo de constituição e de subjetividades, de indivíduos cuja consciência e afetos estão de algum modo conectados com a práticas sociais”. (ALMEIDA, 2020, p. 63).

Esses dois conceitos foram avaliados de forma crítica e associados ao período da Pandemia da COVID-19, o que forneceu a oportunidade de mostrar a realidade das comunidades quilombolas diante do acesso fragilizado à saúde pública, erigindo-as como vítimas desses fenômenos que operam no Estado moderno pós-escravagista. A partir do momento em que a população negra não tem acesso adequado aos serviços de saúde pública, o Estado adota um papel de risco na negação desse direito, assumindo e se responsabilizando pela própria vida do cidadão, concretizando e colocando em prática, assim, a necropolítica (MBEMBE, 2021). Destaca-se aqui a afirmação de Miranda (2021), que:

> No Brasil, o governo de Jair Bolsonaro, notadamente neoliberal, não inaugura a necropolítica, mas eleva tal modo de gestão do Estado a níveis nunca vistos desde 1988, contribuindo assim para a constituição de um ambiente ainda mais hostil para mulheres, pessoas heterodissidentes, moradores de periferia, população negra e todo o conjunto de minorias políticas. Em linhas gerais, neoliberalismo, racismo, misoginia, transfobia, desrespeito aos povos originários e à natureza são potencializados pelo bolsonarismo, delineando os contornos de um governo emblemático na condução do caráter necropolítico do Estado. (MIRANDA, 2021, p. 73).

Ao abordar sobre o acesso à saúde pública da comunidade quilombola de Paratibe, percebe-se situação preocupante, principalmente quando foi avaliado durante a vigência da Pandemia da COVID-19. A precariedade deste acesso é contínua, tanto antes como durante o período pandêmico, existindo inúmeras falhas tanto para o acesso às unidades básicas de saúde da família (UBSF) como nos hospitais públicos da cidade de João Pessoa-PB.

Portanto, no que tange ao acompanhamento / avaliação por profissional especializado em área de sua doença, os resultados iniciais da pesquisa já apontam para uma fragilização nesses quesitos, destacando-se, como exemplo, os números baixos de acompanhamentos / avaliações para os idosos.

Entretanto, em termos comparativos, quando foi alinhado o antes e o após da frequência de retorno às consultas de acompanhamento das doenças dos referidos idosos, verificou-se que após o início da pandemia, a situação piorou. Deixa-se claro, portanto, que a situação de precariedade já existia antes da pandemia. Diante disso, pode-se apontar como responsável por essa fragilidade de acesso anterior ao período pandêmico, o “fruto do processo histórico de precarização, dos embates político –

ideológicos de projetos societários distintos para a saúde e do desmonte das políticas públicas, que se intensificou a partir de 2016” (CAVALCANTI *et al.*, 2022, p. 122-123).

No transcorrer da pesquisa, contatou-se ausência de determinados recursos tanto antes como durante o período pandêmico, dentre eles, a ausência de visitas domiciliares. A não existência dessa prática durante o período da pandemia pode ter sido agravada devido ao isolamento social obrigatório, que tinha como intuito a não proliferação do vírus e a preservação da vida e da saúde de todos, principalmente a dos idosos. Foram encontrados, nesse sentido, percentuais alarmantes acerca da não existência dessas ferramentas citadas pelos idosos, independentemente do período, corroborando a constatação da ineficiência do poder público de pôr em prática essas medidas, fundamentais para prestar um acesso público de qualidade aos idosos daquela comunidade.

Outro desafio foi o de demonstrar se existiam protocolos e fluxos que garantissem a melhoria do acesso dos idosos da comunidade à saúde pública nas Unidades de Saúde da Família que fazem parte da comunidade. Foi realizada uma análise, conforme fala dos idosos, da existência ou não desses documentos, destacando-se um percentual alto que confirmava a possível não existência deles, tanto antes como durante a referida pandemia. Constatou-se um descaso constante na priorização do acesso à saúde nas Unidades de Saúde da Família onde a comunidade é vinculada.

Na perspectiva das avaliações da saúde pública desses idosos, é consenso destacar, em termos de conclusão, alguns pontos que estruturam o seu acesso no plano municipal: por exemplo, quando foi questionado o acesso à consulta ou a algum procedimento hospitalar em centros de saúde de referência de atendimento ambulatorial ou qualquer outro procedimento, antes e durante a pandemia, os números mostram ser ineficiente por várias razões distintas, independentemente do período. Ou seja, uma saúde pública quase que inalcançável.

No campo externo, constatado na pesquisa, e em termos comparativos, identificou-se que durante o período da Pandemia da COVID-19, houve uma piora significativa com relação ao item *facilidades* para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência, tendo as respostas dadas pelos idosos sido alarmantes.

Diante do alto índice de não facilidades encontradas para o acesso aos hospitais do município, antes e durante o período pandêmico, é necessário pensar

imediatamente na idealização de protocolos e fluxos que facilitem o acesso à saúde pública dos idosos em toda a sua estrutura, o que se torna um desafio em tempos de liberalização da economia e redução de investimentos na saúde. Contudo, é mister avançar nessa perspectiva, no intuito de criar meios que facilitem, ao mesmo tempo que desburocratizem o acesso.

As dificuldades existem, porém, muitas vezes, os idosos demonstraram não conseguir identificar quais são elas, tanto antes como durante o período pandêmico. Essas dificuldades, em sua maioria, estão mascaradas, embutidas e naturalizadas por eles, no sentido que, mesmos diante delas, não se consegue identificá-las com precisão. Tal fenômeno pode estar ligado à conjuntura social de abandono, por parte dessas comunidades, além do nível de instrução da maioria desses idosos, que é baixíssimo, fazendo-os ignorar os próprios direitos.

Existem legislações brasileiras que asseguram ao idoso o acesso integral e universal à política pública de saúde, mas na realidade, existem barreiras que impedem a ampliação definitiva e sólida desse acesso. Para ultrapassar essas barreiras, precisa-se apresentar propostas objetivas que possam melhorar o acesso, independentemente de qual seja o período.

Escutar os próprios usuários do serviço público de saúde ajuda a aferir quais as dificuldades e daí, a partir de um estudo personalizado da comunidade investigada, é possível traçar um planejamento de mudança, sempre com o compromisso do Poder Público. Por isso, não é fácil pensar na ampliação desse acesso, em tempos de desmonte de políticas públicas e em tempos pandêmicos, principalmente com relação às relacionadas à saúde, uma vez que foi a mais afetada em todos os sentidos.

O fracasso do governo Bolsonaro na administração da pandemia colaborou muito na piora da concretização do direito à saúde. Para alguns autores:

> [...] a falta de uma coordenação nacional para o combate à pandemia, o negacionismo do governo diante da letalidade da COVID 19, a falta de incentivo às medidas sanitárias para reduzir a transmissão, a falta de articulação e cooperação entre as demais políticas para mitigar os efeitos sinérgicos da pandemia em todos os âmbitos da vida dos brasileiros (CAVALCANTI *et al.*, 2022, p. 123).

Ou seja, o Brasil viveu:

> [...] um estado de genocídio das populações que estão em condição mais desigual, comprovando-se, de modo cruel, o quanto a pandemia afeta desproporcionalmente a sociedade. Percebe-se que a morosidade na garantia de políticas públicas indispensáveis e essenciais no enfrentamento da Covid-19, por parte do governo federal, além da inviabilização de uma renda básica, impactam, de modo perverso, na população mais vulnerável para os efeitos opressores das políticas de morte. (CARNEIRO *et al.*, 2022, p. 232).

Associado a isso, ajudando este cenário crítico e atual, destacam-se as contradições inerentes ao sistema capitalista de produção que, direta ou indiretamente, afeta a população negra como um todo, sendo os negros quilombolas alvos constantes da falta de compromisso e do desmonte da estrutura de saúde.

As comunidades quilombolas vivem em constante processo de luta e resistência, sempre na tentativa de garantir o mínimo de direitos sociais e da própria sobrevivência, resistindo em um sistema capitalista de exclusão. Some-se a isso o processo de discriminação racial da qual é vítima em razão do contexto histórico atrelado à sua existência e do qual surgiu como herança a vigência de um racismo estrutural.

Dentro dessa conjuntura, o presente estudo comprovou as grandes falhas existentes para o acesso eficaz e contínuo à saúde pública, tanto antes como durante o período pandêmico, ainda que não possam ser precisadas de acordo com o entendimento do público-alvo. Demonstrou-se que o desconhecimento dos direitos e do funcionamento das políticas públicas faz com que a ausência delas seja naturalizada. Comprova-se, por outro turno, a inexistência de ferramentas que poderiam ter sido eficazes no enfrentamento das doenças tanto antes como durante o período da pandemia. Mostrou-se, também, a ausência de protocolos e fluxos, que poderiam facilitar o acesso à saúde pública de qualidade em toda a rede de saúde no município de João Pessoa-PB.

Com os resultados alcançados, foram enfatizados os motivos pelos quais o acesso à saúde pública de qualidade para esses idosos ainda não é uma realidade. Os traços da escravidão deixaram e deixam marcas cruciais na vida das comunidades quilombolas brasileiras, traços marcantes de exclusão que afetam direitos garantidos constitucionalmente, inclusive o de acesso à saúde pública de qualidade. Com a de Paratibe não é diferente.

Esse abismo social, de não acesso à saúde pública de qualidade para esses idosos quilombolas, foi potencializado na Pandemia da COVID-19, e, para diminui-lo precisa-se reforçar que o conceito de saúde é amplo e deve atingir a todos os cidadãos, principalmente com relação a essas comunidades que, dada a sua natureza, vivem afastadas dos centros onde os bens e serviços costumam circular.

Nessa senda, viabilizar recursos e meios que melhorem o acesso à saúde pública dos referidos idosos da comunidade é tarefa urgente e intransponível. Para tanto, faz mister a idealização concreta de um protocolo e um fluxo que fortaleçam este acesso e minimizem os riscos de precariedade tão prejudicial ao desenvolvimento pleno da vida dessas pessoas. Nesse sentido, conhecer a realidade histórica atrelada a essa comunidade é essencial para que as fragilidades possam ser aferidas. Portanto, o meio cultural, os hábitos, idade, grau de instrução, grau de entendimento, etc., são dados que devem ser incluídos no planejamento da estruturação de um sistema que seja inclusivo, sempre levando em consideração todas as circunstâncias que tornam essas comunidades muito particulares.

Por outro lado, percebe-se a necessidade de priorização de ferramentas objetivas de prestação de saúde. Ou seja, ao se pensar na formatação de um protocolo, deve-se elencar todas as medidas necessárias a tornar possível o acesso à saúde por parte dessa comunidade particular. Por exemplo, é fundamental que vagas sejam preenchidas com médicos e outros profissionais de saúde que possam atender esses idosos dentro da própria comunidade; que exista uma abordagem inicial de triagem em que seja possível diagnosticar doenças típicas dessa faixa etária, iniciando consultas de rotina a fim de controlá-las; dispor, durante a rotina médica, de instruções acerca de medicina preventiva; providenciar transporte para que os idosos sejam deslocados, em caso de necessidade, para hospitais e ou unidades de saúde, a fim de promover a realização de exames e toda a rotina necessária; que seja disponibilizado um posto policial a fim de coibir assaltos tão constantes nessa região; treinamento e capacitação de pessoal para lidar com as limitações pessoais desses idosos, no que tange ao entendimento, apropriando-se de uma linguagem que dialogue verdadeiramente com eles, etc. Portanto, precisa-se pensar em alternativas que potencializem o acesso à saúde pública de qualidade, tomando-se, como acepção de saúde, esse sentido mais completo, sem deixar de lado as particularidades e o processo histórico dessa comunidade. Diante desta situação “[...]

a melhoria do acesso à saúde depende de políticas públicas que buscam a promoção da equidade, por meio da atenção inclusiva, especialmente a grupos vulneráveis, como às comunidades quilombolas brasileiras [...]” [38] (PEREIRA. *et al.*, 2020, p. 281).

Em razão de tudo o que foi exposto, existe a intenção da idealização de um protocolo e de um fluxo que sejam mais dinâmicos e menos burocráticos, pensados de maneira a incluir todas essas questões mencionadas. O protocolo será um documento que formalizará esse fluxo, ou seja, será uma padronização do atendimento de seu acesso, determinando, objetivamente, como deverá ser realizada a rotina e estruturação dos atendimentos.

“Na realidade, estudar as vicissitudes dessa problemática tão arraigada e perversa em nossa sociedade, ainda não é um tema esgotado, o dinamismo da realidade sempre coloca novos desafios” (SANTOS, 2006, p. 18). A fim de implementá-lo, o projeto será levado, inicialmente, ao Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, tendo a intenção de expandi-lo para outros hospitais e outras esferas de governo

[38] “FREITAS, D. A. *et al*. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC,** v.13, n. 5, p. 937-943, 2011”. (PEREIRA. *et al.*, 2020, p. 281)

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia; LAGRANGE, Valéria. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. *In*: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 151-171. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39173/Modelos%20de%20Aten%E7%E3o%20-%20A%20Visita%20Domiciliar.pdf;jsessionid=E11A2C0A852046845B0BDCEF8D99E143?sequence=2. Acesso em: 05 set. 2022.

ADAMS, Jose Rodrigo Barth; PFEIFER, Mariana. **O Estado ampliado de Gramsci**. **Revista Mosaico Social**, v. 3, n. 3, p. 239-248, 2006. Disponível em: https://cienciassociais.ufsc.br/files/2015/03/Artigo-162.pdf. Acesso em: 24 out. 2022.

AKERMAN, Marco; GERMANI, Ana Claudia C.G. Um clamor pela ampliação do conceito de saúde: capricho acadêmico ou necessidade política? **Revista do centro de pesquisa e formação**, n. 10, p. 8 – 24, 2020. Disponível em: https://repositorio.usp.br/directbitstream/5c3e9813-512a-47b4-8e79-7e46a033bfa4/HSP_21_2020.pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

ALMEIDA, C. B.; SANTOS, A. S.; VILELA, A. B. A.; CASOTI, C. A**.** Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Rev. Enferm**., v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-92.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

ALMEIDA, Silvio Luíz de. **Racismo estrutural.** São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020. 264p.

_____. **Marxismo e Questão Racial**. Dossiê Margem Esquerda. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo**.** *In*: SADER, E. & GENTILI, P. (Orgs.). **Pós-Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-61.

ANDRADE, D. P. Neoliberalismo: Crise econômica, crise de representatividade democrática e reforço de governamentalidade - Novos estudos. **CEBRAP**, v. 38, n. 1, p. 109-135, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/nec/a/WrvHr9cvMKnq4xXXRkf6HTD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 jun. 2022.

ANDRADE, Viviane Milan Pupin; CARDOSO, Cármem Lúcia. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-USF**, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusf/a/pnL4dyd3Sn8KRmmGSQqLNxF/?format=pdf&lang=pt. Acessado em: 09/10/2022.

ARAÚJO, Roberta Lima Machado de Souza; ARAÚJO, Edna Maria de; SILVA, Hilton Pereira *et al*. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 43, n. 1, p. 226-246, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140155/rbsp_v43n1_14_2988_.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

ARRUTI, J. M. A; CRUZ, C.; PEREIRA, A. *et al*. O impacto da COVID 19 sobre as comunidades quilombolas. Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19, **AFROCEBRAP**, n. 6, 2021. Disponível em: https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Informativo-6-O-impacto-da-Covid-19-sobre-as-comunidades-quilombolas.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 14 out. 2019.

ASSOCIAÇÃO DA COMUNIDADE NEGRA DE PARATIBE - ACNP. **Ata da Assembléia Geral de Constituição da Associação da Comunidade Negra de Paratibe**. Documento físico (*in loco*). João Pessoa, 06 out. 2007.

BALESTRO, M. V.; VARGAS, E. R.; JUNIOR, E. V. M. Estratégias Comparativas em Estudo de Caso em Administração. *In*: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 1, 2007, Recife. **Anais eletrônicos**. Recife: ENEPQ, 2007. Disponível em: https://docplayer.com.br/61282485-Estrategias-comparativas-em-estudos-de-caso-em-administracao.html. Acessado em: 14 out. 2021.

BARTH, Fredrik. Os grupos étnicos e suas fronteiras. *In:* POUTIGNAT, P.; STREIFF, J. (Orgs.). **Teorias da identidade.** São Paulo: UNESP, 1998, p. 185-227.

BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. Saúde da população negra. *In*: MÜLLER, T. M. P. (Org). **A equidade racial nas políticas de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 92-121. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 15 out. 2022.

BATISTA, L. E; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, Supl. 1, 2017.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra - reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING *et al*. **Política Social:** fundamentos e história. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. v.2.

BENDIX, Reinhard. Concepts and generalizations in comparative sociological studies**.** **American Sociological Review**, v. 28, n. 4, p. 532-539, 1963.

BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade:** fragmentos de um dicionário político. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 65.810,** de 08 de dezembro de 1969. Promulga a Convenção Internacional sôbre a Eliminação de tôdas as Formas de Discriminação Racial. Brasília, 8 de dezembro de 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html. Acessado em: 26/03/2023.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondente e dá outras providências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 set. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 4.887**, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Casa Civil, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm. Acesso em: 22 ago. 2019.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Estatuto do idoso.** Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em: 02 set. 2022.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Estatuto do idoso.** 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. 162p.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Comunidades Quilombolas:** definição e dados. 2002. Disponível em: https://www.gov.br/palmares/pt-br. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil:** contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. 446 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf. Acesso em: 16 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Como Calcular a Renda por Pessoa da Família.** Brasília: MC, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-

programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/como-calcular-a-renda-per-capita-familiar. Acesso em: 22 nov. 2022.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Lei nº 12.288**, DE 20 DE JULHO DE 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/estatuto_igualdade_digital.pdf Acesso em: 28/10/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde.** Brasília – DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicado no DOU nº 12 – quinta feira – 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 15/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. DOU nº 98, terça feira, 24 de maio de 2016 – Seção 1, páginas 44, 45 e 46. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acessado em: 16/02/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS. Brasília: MS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 02 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Senado Federal. CPI da Pandemia. **Relatório Final.** Brasília: Senado Federal, 2021. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/comissoes/mnas?codcol=2441&tp=4. file:///C:/Users/Acer/Downloads/Relatorio_Final%2026102021%20III%20(1)%20(3).pdf. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, *[S. l.]*, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser social. v22i46.25630. Disponível em:

https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em: 07 nov. 2021.

_____. **Serviço social e reforma sanitária:** Lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, Ivanete. A Política da seguridade social no Brasil. *In*: CFESS/ABEPSS, Conselho Federal de Serviço Social / Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais**.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 323-338.

BUDÓ, M. D. L. D.; SCHIMITH, M. D.; GARCIA, R. P.; SEIFFERT, M. A.; SIMON, B. S.; SILVA, F. M. Concepções de saúde de usuários e profissionais de uma estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 439–449, 2014.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177. 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/?lang=pt. Acesso em: 06 jun. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Debate sobre o artigo de Conill. Suficiências e insuficiências das políticas para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Sup1, 2008.

CARNEIRO, A. M. F.; SILVEIRA, J. I.; ARAÚJO, M. S. S.; CONSERVA, M. S. Bolsonarismo e a política de morte: as repercussões da crise econômica e sociossanitária no sistema de proteção socialbrasileiro**. Revista de Políticas Públicas**, v. 26 (especial), p. 225-243, 2022. Disponível em:http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/20276/11365. Acesso em: 07 nov. 2022.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB:** um “neo-PSF às avessas”? 2008. 12 f. Monografia (Graduação em Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2008.

CARVALHO, A. M. P. Ultraneoliberalismo, militarismo e reacionarismo no Brasil do presente: uma composição de risco, um desafio à luta política. *In*: COUTINHO, J. *et al*. A crise capitalista, o avanço da direita no continente latino-americano e os desafios para a resistência. **Anais da IX Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís/MA: UFMA, 2019.

CASTRO, A. M.; SILVA, E. L. P. Território Quilombola e a Saúde Pública no Brasil. *In*: JORNADA NORDESTE DE SERVIÇO SOCIAL, 6. 2021. Evento Eletrônico. https://socialfocojornada.wixsite.com/jornadanordeste. **Anais da VI Jornada NE de**

Serviço Social. Recife: UPE/UFRB, 2021. ISSN: 2358 -0275. Disponível em: https://socialfocojornada.wixsite.com/jornadanordeste. Acesso em: 17 set. 2022.

CASTRO, A. M.; SILVA, E. L. P.; PEREIRA, J. A. de A. Saúde, Comunidade Quilombolas, Política Social e COVID 19. In: X JORNADA INTERNACIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS, 10. São Luís: UFMA, 2021. Evento Eletrônico. **Anais da X Jornada Internacional em Políticas Públicas**. Disponível em: https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2021/anais.html. Acesso em: 17 set. 2022.

CASTRO, Jorge Abrahão de. Bem-estar social dos brasileiros e a pandemia do coronavírus: Ruim e vai ficar pior**.** *In*: CASTRO D.; SENO, D. D.; PROCHMAN, M. (orgs.). **Capitalismo e a COVID 19**: um debate urgente. São Paulo – SP: *sine nomine*, 2020. p. 56-64.

CASTRO, M. M. C.; SANTOS, D. C. L.; LEAL, L. M.; MAIA, I. M. R. Determinação Social da Saúde e a Pandemia de Coronavírus no Brasil. *In*: DURIGUETTO, M. L.; IAMAMOTO, M. V. (Orgs.). **Serviço Social:** Questão social, território e política social**.** Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021. p. 111-123.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau; ARAÚJO, Alecsônia Pereira; MIRANDA, Ana Paula Rocha Sales. O SUS Diante da Pandemia do COVID 19 e as Regressões da Política de Nacional da Saúde Mental. *In*: **Ideologia, política social e trabalho profissional: conjuntura e pandemia**. João Pessoa: Editora UFPB, 2022. p.121-139.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, 2008.

COSTA, Diogo Valença de Azevedo. Florestan Fernandes: Luta de raças e de classes. *In*: FERNANDES, Florestan. **Significado do protesto negro**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular/Editora da Fundação Perseu Abramo, 2017.

COSTA, Iany Elizabeth da. **A ressignificação da identidade quilombola na comunidade de Paratibe, João Pessoa PB:** Uma análise a partir dos processos de resistência. 2016. 177 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9550?locale=pt_BR. Acessado em: 30/11/2021.

DUMENIL, G.; LÉVY, D. O imperialismo na era neoliberal. *In*: BOSCHETTI, I.; PEREIRA, P. A. P.; CÉSAR, M. A.; CARVALHO, D. B. B. (Orgs.). **Políticas Sociais:** alternativas ao neoliberalismo. Brasília: Gráfica e Editora Kaco, 2004.

DURAND, M. K. **Promoção da saúde das mulheres quilombolas: a relação com os determinantes sociais**. 2016. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2016.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social?** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. 168p.

_____. Desafios para a pesquisa em política social. **SER Social**, *[S. l.]*, n. 9, p. 53-76, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12885. Acesso em: 6 jan. 2023.

FAUSTO, Boris. **1930 - História Concisa do Brasil.** 3. ed. Atual e ampl. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2021.

FERNANDES, Florestan. **Significado do protesto negro.** 1. ed. São Paulo: Expressão Popular/ Co – Edição. Editora da Fundação Perseu Abramo. 2017, p.160.

FERNANDES, Florestan. **O negro no mundo dos brancos.** 2. ed. Revista – São Paulo: Global, 2007.

_____. **A Integração do negro na sociedade de classes**. 6. ed. São Paulo: Editora Contracorrente, 2021.

_____. Prefácio à Edição Brasileira. *In*: NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro:** processo de um racismo mascarado. 2. ed. São Paulo: respectiva, 2017. p. 17-21.

FLEURY Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, Ligia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Ver. E ampl. / organizado por Ligia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FREITAS, D.; CABALLERO, A.; MARQUES, A.; HERNÉNDEZ, C. ANTUNES, S. Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/?lang=pt. Acesso em: 01 jun. 2021.

FREITAS, Décio. **Palmares:** a guerra dos escravos. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for perifheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, v. 17, n. 5-6, p. 399-416, out. 2003.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 122-32, 2005.

GASPAROTTO, G. P.; GROSSI, P. K.; VIEIRA, M. S. O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. **Anais do XI Seminário**

Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2014, Brasil. 2014. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8153. Acesso em: 20 jan. 2022.

GALLO, L. F. O; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **Revista Brasileira De Estudos De População**, 39, 1–13, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0214. Acesso em: 22 dez. 2022.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 6. ed. Porto Alegre: Penso, 2012. 847 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L. Debate sobre o artigo de Conill. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, Sup 1, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONAÇA, M. H. M. **Atenção Primária à saúde:** Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, Karine de Oliveira; REIS, Edina Afonso; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013. https://doi.org/10.1590/0102-311X00151412. Disponível em: https://www.scielo.br/j/inter/a/6YhN9k6p4skMFfJ38dDjf5b/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 set. 2021.

GOMES, Laurentino. **Escravidão: do primeiro Leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares**. 1. ed. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2019. v. 1.

GOMES, Lucélia Amaral; GUILHERME, Rosilaine Coradini. **Serviço Social na Saúde Coletiva:** As Possibilidade de Materialização do Conceito Ampliado de Saúde. 2018. 37 f. Trabalho de Conclusão (Especialização em Saúde Coletiva) – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana, 2018. Disponível em: https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/riu/4932/1/LUC%C3%89LIA%20AMARAL%20GOMES.pdf. Acessado em: 01/11/2022.

GONÇALVES. M. R. **Relatório Técnico, de Titulação e Delimitação do Território da Comunidade Negra de Paratibe.** João Pessoa: *sine nomine*, 2011.

HARVEY, D. **O Novo Imperialismo.** São Paulo: Loyola, 2004.

IANNI, O. **Raças e classes sociais no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

INCRA. Serviços de Regularização de Territórios Quilombolas do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA – SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL 18 PARAÍBA. **Relatório Técnico de Identificação e Delimitação do Território da Comunidade Quilombola de Paratibe (RTID).** João Pessoa, PB, 2012.

JESUS, Camila Andrea Souza; LEITE, Denis Soares; MARTINS, Ana Luiza Ferreira; BATISTA, Keila de Nazaré Madureira; DO ROSÁRIO, Maria José Aviz. Educação em Saúde Para Comunidades Remanescentes de Quilombos. **Revista PET Interdisciplinar e Programa Conexões/UFPA On-line**, v. 01, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpa.br/index.php/conexoesdesaberes/article/view/3909/3887. Acesso em: 29 set. 2022.

JUNIOR, Casemiro dos Reis. Capitalismo e a Covid-19. *In*: CASTRO, D.; SENO, D. D.; PROCHMAN, M. (Orgs.). **Capitalismo e a COVID 19**: um debate urgente. São Paulo-SP, 2020: *sine nomine*. p. 164-173.

JUNIOR, G. R dos S.; BARROS, A. R. V.; SILVA, I. P. *et al*. Georreferenciamento de idosos quilombolas e as características físicas e sociais das suas comunidades, Maranhão, Brasil. *In*: SOUZA, E. S.; ROCHA, E. S. C.; TOLEDO, N. N.; PINA, R. M. P.; PEREIRA, R. S. F. (Orgs.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade**. 2 v. Brasília, DF: Editora ABen; 2022. p. 34-45 Disponível em: https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c05.
Acesso em: 26 out. 2022.

JUNIOR, Fábio Baptista Araújo; MACHADO, Isabela Thaís Jesus; ORLANDI, Ariene Angeline dos Santos *et al*. Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HLNLL5ZZLsWRnkRqSJ3x9nm/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 09 out. 2021.

LEITE, Edna Xenofonte. *et al*. Materialismo histórico dialético: Contribuições para a realização da pesquisa científica. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 5, n. 11, p. 47-54, nov. de 2019. ISSN: 2448 0959. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/materialismo-historico. Acesso em: 11 abr. 2022.

LEITE, Maria Jorge dos Santos. Tráfico Atlântico, Escravidão e Resistência no Brasil. Sankofa. **Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana**, v. 10, n. 19, ago., 2017. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/sankofa/article/view/137196/132982. Acesso em: 04 jan. 2022.

LOPES, Elisângela Domingues Severo. PAIXÃO, Cassiane de Freitas. SANTOS, Daniela Barsotti. **"**Os Cansaços e Golpes da Vida": Os Sentidos do Envelhecimento e Demandas em Saúde entre Idosos do Quilombo Rincão do Couro. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 39, n. spe, e222518, 85-100, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/DVJQmd8Jz8GknhsX4qt6jpv/?lang=pt. Acesso em: 10 set. 2020.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em saúde da população negra no Brasil. *In*: FUNASA (Org.). **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p. 9 – 48. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf. Acesso em: 28 mai. 2022.

MAGALHÃES, Solange Martins Oliveira; SOUZA, Ruth Catarina Cerqueira R. A questão do método e da metodologia: Uma análise da produção acadêmica sobre professores(as) da Região Centro-Oeste/ Brasil. **Educ. Real Porto Alegre**, v. 37, n. 2, p. 669-693, maio/ago. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/edreal/a/qcTfgSfLbHLKN45ykmSw78J/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 28 abr. 2022.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. História, Ciências, Saúde. **Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 419-46, 2005.

MARQUEZINI, Hellen Cordeiro Alves; GUIMARÃES, Ludmila Vasconcelos Machado; BARRETO, Raquel de Oliveira. Pandemia e quilombos: decisões sobre o "deixar viver e deixar morrer". **Ciências Sociais Unisimos**, v. 57, n. 1, p. 113-121, 2021. Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/22257. Acesso em: 13 mar. 2022.

MARX, Karl; ENGLS, Friedrich. **O manifesto comunista.** São Paulo: Boitempo Editorial, 1998.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

_____. **Necropolítica – Biopoder, soberania estado de exceção, política da morte**. São Paulo: N-9, 2021.

_____. **Crítica da Razão Negra.** 5 reimp. São Paulo: N-1 edições, 2021.

_____. **Crítica da razão negra.** São Paulo: n-1 edições, 2014.

MENEGAT, E.; BARRETO, A. C. J. Genocídio Anunciado Periferia Urbana, Racismo e Pandemia. *In*: DURIGUETO, M. L.; IAMANOTO M. V. (Orgs.). **Serviço Social**: Questão social, território e política social. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF, 2021. p. 93-110.

MIGUEL, Luís Felipe. Os votos de 2014 foram anulados. O impeachment da presidente Dilma Rousseff foi golpe ou crime? **Revista Galileu**, 2016. Disponível em: https://revistagalileu.globo.com/Sociedade/noticia/2016/11/o-impeachment-da-presidente-dilma-rousseff-foi-golpe-ou-crime.html. Acesso em: 10 nov. 2022.

MILLS, C. W. A **Imaginação Sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 7-31. Disponível em: http://www.faed.udesc.br/arquivos /id_submenu/1428/minayo_2001.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

MIRANDA. Gabriel. **Necrocapitalismo:** Ensaios sobre como nos matam. São Paulo: Lavrapalavra, 2021. 124 p.

MOTA, Ana Elisabete**.** Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 760. p. 51-67.

_____. **O Mito da assistência social:** ensaios sobre Estado, política e sociedade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, A. N.; MACIEL, E. S.; QUARESMA, F. R. P. *et al*. Um Olhar Para a Vulnerabilidade: Análise da Ausência de Acesso à Saúde Pelos Quilombolas no Brasil. **J Hum Growth Dev**, v. 31, n. 2, p. 302-309, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v31n2/pt_13.pdf. Acesso em: 13 mar. 2022.

MOTA, A. N.; MACIEL, E. S.; QUARESMA F. R. P. *et al*. A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil. **J Hum Growth Dev**., v. 31, n. 2, p. 302-309, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v31n2/13.pdf. Acesso em: 18 set. 2022.

MUNANGA, K. As ambiguidades do racismo à brasileira. *In*: KON, N. M.; ABUD, C. C.; SILVA, M. L. (Eds.). **O racismo e o negro no Brasil:** Questões para a psicanálise. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019. p. 33-44.

_____. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil:** identidade nacional versus identidade negra. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. As Ambiguidades do Racismo à Brasileira. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (org.). **O racismo e o negro no Brasil:** questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017. p. 71-90.

MUSSI, Ricardo Fraklin de Freitas; MUSSI, Leila Maria Prates Teixeira; RODRIGUES, Nascimento Deyvis. *et al.* Inquérito de saúde em população quilombola baiana: relato de uma experiência em pesquisa epidemiológica. **Saúde e Pesqui.**, v. 13, n. 3, p. 675-685, 2019. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7525/6393. Acesso em: 10 set. 2021.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro:** processo de um racismo mascarado. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. 232p.

_____. **O genocídio do negro brasileiro:** processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

_____. **O genocídio do negro brasileiro:** processo de um racismo mascarado. 3. ed. São Paulo, Perspectiva, 2016. 200 p.

NASCIMENTO, L. F.; PACHECO, A. D. Sistema de Saúde Público no Brasil e a Pandemia do Novo Coronavírus. Boletim de Conjuntura**. BOCA**, v. 2, n. 5, p. 63-72,

2020. Disponível em: https://zenodo.org/record/3759724#.Y8m1XnbMLIU. Acesso em: 10 set. 2020.

NAVARRO, Joel Hirtz Nascimento; SILVA, Mayara Ciciliotti da; SIQUEIRA, Luziane Assis Ruela *et al*. Necropolítica da Pandemia pela Covid-19 no Brasil: Quem pode morrer? Quem está morrendo? Quem já nasceu para ser deixado morrer? p. 32 – 54. *In*: ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D.; BARBOSA, J. P. M.; SARTI, T. D.; GARCIA, A. C. P.; LIMA, E. F. A. (Orgs.). **Gestão e práticas em saúde coletiva**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Rio de Janeiro: AREA27, 2021. 324 p.. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Livro-Gestao-e-Praticas-em-Saude-Coletiva-no-contexto-da-pandemia-de-COVID19.pdf. Acessado em: 01/01/2023.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. Introdução ao Método da Teoria Social. *In:* CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 760. p. 667- 700.

_____. Crise do capital e consequências societárias. **Serv. Soc**., n. 111, p. 413-429, 2012.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política:** Uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, I. B. **Significações do Corpo Negro**. 1998. 146 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

OLIVEIRA, A. M. PSF - Programa Social Compensatório “tapa buraco”. **Anais do XXII Encontro Anual da NPOCS**. Caxambu-MG: ANPOCS, 1999.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **REBEP**, v. 39, p. 1-13, 2022. Disponível em: https://rebep.org.br/revista/article/view/2065/1195. Acesso em: 09 set. 2022.

OLIVEIRA, Stéphany Ketllin Mendes; PEREIRA, Moura Mayane, GUIMARÃES, André Luiz Sena; CALDEIRA, Antônio Prates. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/PPHS3ndWChSfvqSxZPGrg9x/?lang=pt. Acesso em: 01 dez. 2021.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDFBA, 2006.

PANIAGO, Maria. Cristina Soares. **Mészaros e a incontrolabilidade do capital**. Maceió: EDUFAL, 2007. 191 p.

PARADELLA, Rodrigo. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **Agência IBGE Notícias**, [S. l.], 26 abr. 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017. Acesso em: 10 jun. 2022.

PASTORINI, A. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessões – conquistas. **Rev. Serv. Soc. & Soc. Pol. Soc. e Dir.**, v. 18, n. 53, p. 80-101, 1997.

PAULA, Renato Francisco dos Santos. **Serviço Social, Estado e Desenvolvimento Capitalista:** (Im)possibilidades neodesenvolvimentistas e projeto profissional. 2013. 420 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade de São Paulo São Paulo-SP, 2013.

PAULANI, L.M. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. *In*: LIMA, J.C.F.; NEVES, L.M.W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 67-107. Disponível em: https://books.scielo.org/id/j5cv4/pdf/lima-9788575416129-04.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

PEREIRA, Barbara Elisa; DIEGUES, Antônio Carlos. Conhecimento de populações tradicionais como possibilidade de conservação da natureza: uma reflexão sobre a perspectiva da etnoconservação. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, n. 22, p. 37-50, 2010. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/made/article/view/16054. Acesso em: 19 jul. 2021.

PEREIRA, Helayne Cândido. **Direitos territoriais e desenvolvimento urbano:** o papel do Ministério Público Federal (MPF) no caso do conflito entre o capital imobiliário e os nativos de Paratibe – PB. 2014. 126 f. Dissertação. (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2014.

PEREIRA, Laís de Toledo Khuchen; GODOY, Dalva Maria Alves; TERÇARIOL, Denise (2009). Estudo de Caso Como Procedimento de Pesquisa Científica: Reflexão a Partir da Clínica Fonoaudiológica. **Rev. Psicologia, Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 3, p. 422-429, 2008.

PEREIRA, Lucélia Luiz; SILVA, Hilton Pereira; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Projeto Mais Médico Para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas. **Revista da ABPN**, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-34216. Acesso em: 08 jun. 2022.

PEREIRA, P. A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **SER Social**, *[S. l.]*, n. 10, p. 33–55, 2009. DOI: 10.26512/ser_social. v0i10.12920. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12920. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7276/1/ARTIGO_SaudeSistemaSeguridade.pdf. Acesso em: 24 jan. 2022.

_____. **Política social**: Temas & questões. 2. ed. - São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Política de assistência social no Brasil: avanços e retrocessos. **Ceam/UNB**, v. 3, n. 11, 2002.

PEREIRA, Rosilene das Neves; MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **Rev. Prog. PGREC**, v. 5, n. 10, p. 280-303, 2020. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6938. Acesso em: 09 set. 2022.

PÉRET, T. C. **O Programa Saúde da Família:** Questões e perspectivas. A experiência desenvolvida no município de Campina Grande – 1994-1999. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifica Universidade Católica, Rio de Janeiro/RJ, 2001.

PETRAS, J. **Império e Políticas revolucionárias na América Latina.** São Paulo: Xamã, 2002.

_____. **La izquierda contrataca:** conflitos de classes em América Latina em la era del neoliberalismo. Madrid: Ediciones Akal, S.A., 2000.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil:** Uma pequena revisão. Belo Horizonte: UFMG, 2015.

POPULAÇÃO idosa da Paraíba cresceu entre 2000 e 2010, diz Ideme. **G1 Paraíba**, [S. l.], 3 out. 2012. Disponível em: https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2012/10/populacao-idosa-da-paraiba-cresceu-entre-2000-e-2010-diz-ideme.html#:~:text=N%C3%BAmero%20de%20idosos%20cresceu%20em,60%25%20entre%202000%20e%202010.&text=O%20Instituto%20de%20Desenvolvimento%20Municipal,mais%20de%20100%20mil%20habitantes. Acesso em: 10 jun. 2022.

PORTO, M. C. S. O Estado Neoliberal no Brasil Contemporâneo: implicações para as políticas sociais. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 4., 2009, São Luís, MA. **Anais eletrônicos**. São Luís: UFMA, 2009. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/1_Mundializacao/estado-e-neoliberalismo-no-brasil-contemporaneo.pdf. Acesso em: 20 jan. 2022.

PRESTES, C. R. S.; PAIVA, V. S. F. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 673–688, 2016.

QUILOMBOLOS DA PARAÍBA. **Mapa dos quilombos da Paraíba (Abril 2021).** Fonte: AACADE/CENEQ – Elaboração de Alberto Banal – 2021. 1 mapa, color. Escala indeterminável. Disponível em: http://quilombosdaparaiba.blogspot.com/p/mapas.html. Acesso em: 08 jan. 2022.

RIBEIRO, D. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

ROSA, Luiz Gustavo Fernandes da; ARAÚJO, Mityio Shoji. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. **Aletheia** v. 53, n. 1, p. 109 – 120. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v53n1/v53n1a10.pdf. Acesso em: 30 set. 2022.

RUIZ, J. A. **Metodologia Científica:** guia para eficiência nos estudos. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

SANTOS, Eduardo Rodrigues. Necropolítica, coronavírus e o caso das comunidades quilombolas brasileiras. **Revista CEAM**, v. 6, n.1, p. 114-124, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/31856. Acesso em: 11 out. 2021.

SANTOS, Hozana Patrícia Oliveira dos. **O Programa Bolsa Família: entre a lógica do direito e a concepção do favor.** 2006. 202 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SANTOS, Jamile Pereira Pimentel; BARBOSA, Ana Angélica Leal. **Historiografia dos Quilombos Brasileiros: Estado da Arte (1866 – 2016). Comunidades quilombolas:** outras formas de (re) existência. 1. ed. Curitiba: Appris, 2020. 167 p.

SANTOS, Joseane Rodrigues dos; VARGAS, Juliana Costa. Pandemia e genocídio da população negra: cenários da necropolítica Estatal. **Metaxy: Revista Brasileira de Cultura e Políticas em Direitos Humanos**, v. 3, n. 1, p. 239-254, jan./jun. 2020. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/metaxy. Acesso em: 06 out. 2021.

SANTOS, P. F. B. B. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande – PB / à luz da história oral temática.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa, 2004.

SANTOS, V. C.; BOERY, E. N., *et al*. Condições Socioeconômicas e de Saúde associadas à Qualidade de Vida de Idosos Quilombolas. **Texto Contexto Enferm**., v. 25, n. 2, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/vnrJt5jF45c9m6KCcpdMKHg/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 6 out. 2021.

SANTOS, V. C.; BOERY, E. N.; BOERY, R. O., *et al*. Condições de Saúde e Qualidade de Vida de Idoso Negro Quilombola. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2603-10, ago. 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9961/10286#:~:text=A%20partir%20dos%20resultados%20deste,saneamento%20b%C3%A1sico%20e%20recursos%20financeiros. Acesso em: 13 jun. 2021.

SANTOS, V. M. A captura do fundo público na política de saúde: o fortalecimento do setor privado. **Argumentum**, v. 10, n. 3, p. 203-216, 2018. Disponível e: https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18682. Acesso em: 27 dez. 2020.

SATELES, Ana Júlia; LACERDA, Roberto dos Santos. Desafios, Concepções e Vivências da Promoção da Saúde em Comunidades Quilombolas de Sergipe. SEMINÁRIO NACIONAL DE SOCIOLOGIA, 3., Aracajú, SE. **Anais eletrônicos.** Aracaju: UFS, 2020. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/13853/2/DesafiosConcepcoesVivenciasQuilombolas.pdf. Acesso em: 16 mar. 2022.

SAUCEDO, Danieli Naziazeno. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: um "equilíbrio" coletivo?** 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26952. Acesso em: 07 out. 2022.

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças:** cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870 – 1930**.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, Ademir Alves. **A gestão da seguridade social brasileira**: Entre a política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, Alexandre; LIMA, Klênio Costa. Envelhecimento e velhice da população negra: (re)construindo uma trajetória de cidadania com dignidade. *In*: BARBOSA, I. R.; AIQUOT, K. M.; SOUZA, T. A. (Orgs.). **Raça e saúde**: Múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal: EDUFRN, 2021. p. 210-226.

SILVA, Allyne Andrade e. **Direitos e Políticas Públicas Quilombolas.** 1 ed. 1 reimp. Belo Horizonte, São Paulo: D' Plácido, 2020. 242p.

SILVA, A.; ROSA, T.; BATISTA, L., *et al*. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 1, p. 1-14, dez., 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330893608_Iniquidades_raciais_e_envelhecimentoanalise_da_coorte_2010_do_Estudo_SaudeBemEstar_e_Envelhecimento_SABE. Acesso em: 13 jun. 2021.

SILVA, G. V.; TOMAZI, M. M. (2021). #VidasQuilombolasImportam: discurso de resistência à necropolítica na gestão da crise do Covid-19**. Calidoscópio**, v. 19, n. 3, p. 372- 384, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/360748800_vidasquilombolasimportam_discurso_de_resistencia_a_necropolitica_na_gestao_da_crise_do_covid-19. Acesso em: 06 out. 2022.

SILVA, Givânia Maria da; SOUZA, Barbara Oliveira. Quilombos e a Luta contra o Racismo no Contexto da Pandemia. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 26, 2021. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10529/1/BAPI_26_QuilombosLuta.pdf. Acesso em: 03 fev. 2022.

SILVA, H.; SILVA, G. A situação dos quilombos no Brasil e o enfrentamento à pandemia do COVID 19. **ABRASCO**, v. 1, 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/a-situacao-dos-quilombos-do-brasil-e-o-enfrentamento-a-pandemia-da-covid-19-artigo-de-hilton-p-silva-e-givania-m-silva/52116/#:~:text=As%20popula%C3%A7%C3%B5es%20quilombolas%2C%20em%20geral,aux%C3%ADlio%20emergencial%20do%20governo%20federal. Acesso em: 13 de jul. 2021.

SILVA, M. O. S. *et al*. **A Política Social Brasileira no Século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, Nívia Cristiane Pereira da. Questão Social e Questão Racial no Brasil. a visão de Octavio Ianni. **Rev. Fac. Serv. Soc. UERJ**, v. 6, n. 23, p. 191-202, 2009. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/454/562. Acesso em: 01 set. 2022.

SILVA, Sandra Regina Vaz da; FAGUNDES, Gustavo. Clóvis Moura e a Questão Social no Brasil. **R. Katál**., v. 25, n. 2, p. 222-231, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rk/a/nyRfvjnkdZVnSTNk4LPZGYw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 05 set. 2022.

SIQUEIRA, M. L. **Quilombos no Brasil e a singularidade de Palmares**. Salvador: Secretaria de Educação/Prefeitura Municipal, 2011. Disponível em: http://www.portal.educacao.salvador.ba.gov.br/documentos/quilombos-no-brasil.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

SIMIONATTO, I. Expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico – prática. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 87-106.

SOUSA, Fernando José Pires; BRIONES, Fernando Marcelo Armijos; MACAMBIRA, Junior. Saúde Pública e sua Importância na Luta Contra a Pobreza e a Exclusão Social**.** *In*: CASTRO D.; SENO, D. D.; PROCHMAN, M. (Orgs.). **Capitalismo e a COVID 19:** um debate urgente. São Paulo-SP: *sine nomine*, 2020. p. 65-73.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul.-dez.2020. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559/22049. Acesso em: 26 nov. 2021.

SOUZA, Diego de Oliveira. O Estado Neoliberal Face a COVID 19: O Financiamento de Políticas Sociais. **Temporalis**, ano 21, n. 41, p. 190-204, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41p190-204.

https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/34716/23573. Acesso em: 15 ago. 2022.

SOUZA, J. **A elite do atraso**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2019. 272p.

_____. **Como o racismo criou o Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2021. 304p.

SOUZA, Marcela Fernanda da Paz de; SILVA, Wagner Luis Alves da; COSTA, Luzimar Pereira da. Comunidade Remanescente de Quilombo, desigualdade e política pública: reflexões sobre um 'caso particular do possível' das mulheres quilombolas em uma comunidade na região norte-rio-grandense. **Rev. Interações**, v. 20, n. 4, p. 1057-1071, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/inter/a/6YhN9k6p4skMFfJ38dDjf5b/?lang=pt. https://www.scielo.br/j/inter/a/6YhN9k6p4skMFfJ38dDjf5b/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27 abr. 2022.

SOUZA, Mário Luiz de. Capitalismo e racismo: uma relação essencial para se entender o predomínio do racismo na sociedade brasileira. **R. Katál**., v. 25, n. 2, p. 202-211, maio-ago. 2022. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/issue/view/3352. https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/issue/view/3352/271. Acesso em: 05 set. 2022.

SOUZA, N. D. D.; SILVA, P. R. O.; SOUZA, J. C de. Saúde da Pessoa Idosa Quilombola e Vulnerabilidade Socioeconômica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 1836-1842, 2022. Disponível em: https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/issue/view/156. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/43377. https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/43377/pdf. Acesso em: 13 mar. 2022.

SOUZA, R. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira.** 2006. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2006.

TAVARES, M. C.; MELIN, L. E. Mitos globais e fatos regionais**.** *In*: FIORI, J. L., LOURENÇO, M. S.; NORONHA, J. C. (Orgs.) **Globalização**: o fato e o mito. Rio de Janeiro: UERJ, 1998, p. 41-54.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. Política de saúde na transição conservadora. **Revista Saúde em Debate**, n. 26, 1989.

_____. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, 1989.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil**. Sociedade em Debate**, v. 17, n. 1, p.

89-118, 2011. Disponível em: https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/686/610. Acessado em: 13 mar 2022.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D. *et al*. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc**. Saúde Colet**., v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sus-oferta-acesso-e-utilizacao-de-servicos-de-saude-nos-ultimos-30-anos/16702?id=16702. https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/abstract/?lang=pt. https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 out. 2019.

VIEIRA, A. D.; MONTEIRO, O. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 610-618, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/?lang=pt&format=p. https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/abstract/?lang=pt https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 14 jul. 2021.

VIEIRA, E. **Estado e Miséria Social no Brasil: de Getúlio a Geisel (1951 a 1978).** São Paulo: Cortez, 1983.

_____. **Os Direitos e a Política Social.** São Paulo: Cortez, 2004.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado**. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, 2016. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896/13217. Acesso em: 07 jan. 2022.

ZIGONI, C. **Orçamento público voltado para as comunidades quilombolas no contexto da Pandemia COVID-19**. Brasília: Inesc, 2020.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) – UFPB – HULW

UFPB - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA DE IDOSOS NEGROS: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Pesquisador: Alexandre Miranda de Castro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55019321.3.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.287.082

Apresentação do Projeto:

Projeto original de segunda versão, apresentado para apreciação ética. Trata-se de Projeto de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Serviço Social, vinculado ao CCHLA/UFPB, elaborado pelo pesquisador Alexandre Miranda de Castro.

Histórico da versão anterior:

Projeto Original – Versão 01 – Número do Parecer: 5.243.375 – Pendente em 15/02/2022.

Os dados a seguir foram extraídos dos documentos postados na Plataforma Brasil (PB) e/ou no Projeto Detalhado: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1874251.pdf

•Introdução

É consenso que, para que sejam reduzidas as iniquidades em saúde, vividas por negros no país, é necessário minimizar as desigualdades sociais e o nível de pobreza, bem como, possibilitar maior equidade na distribuição de bens e serviços de saúde que são oferecidos a essa população (SANTOS et al., 2016). Diante das diversas manifestações e frente às desigualdades raciais do Brasil, criou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que, dentre seus objetivos, tem a ampliação do acesso da população negra, em particular das comunidades quilombolas, às ações e aos serviços de saúde

Endereço: Rua Tabelião Stanislau Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br

(SANTOS et al., 2016). Como um dos principais desdobramentos da 8ª Assembleia
Nacional de Saúde em 1986, a Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, no qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, devendo ser provida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). A justificativa por esse objeto de estudo se deve às observações realizadas enquanto
Assistente Social inserido na Política de Saúde, especificamente, no âmbito do Hospital Universitário Lauro Wanderley, no qual convive-se com uma diversidade de usuários e usuárias advindos das mais distintas realidades. Percebeu-se, antes e durante o
período da Pandemia da COVID-19, através de um processo de observação, a ausência de atendimento de idosos desta comunidade. A partir do exercício de observação de tal fenômeno social, ou seja, da ausência desse grupo etário específico da comunidade quilombola em foco, indagou-se se foram criadas ferramentas para facilitar o atendimento desse grupo durante a referida Pandemia da COVID-19; se houve disponibilidade de atendimentos e, em caso positivo, como foram realizados; se existe ou não um fluxo, um protocolo de atendimento prioritário para os idosos desta comunidade nos serviços de saúde
antes e durante a citada Pandemia. A intencionalidade dessa proposta é contribuir com a análise sobre o acesso da população idosa quilombola da comunidade de Paratibe, em João Pessoa PB, aos serviços de saúde, antes e durante a Pandemia da COVID-19. Acreditamos que, historicamente, as pessoas idosas da comunidade quilombola de Paratibe têm acesso precarizado aos serviços de saúde pública, tendo havido piora durante o período pandêmico. Com relação a esse assunto, intenciona-se analisar acerca do acesso ao atendimento à saúde, considerando as opiniões do próprio idoso da referida comunidade.
O público-alvo desse estudo é composto por cidadãos que fazem parte de comunidade que vive em situação de vulnerabilidade social, o que pode fornecer vários requisitos e subsídios para gestores e profissionais de saúde quanto à necessidade de criação de protocolos, fluxos, situações e ações de modelos, cartilhas de orientação ou normas técnicas que possam favorecer a promoção do acesso e melhoria do atendimento da saúde desses idosos.
Portanto, aferir o nível de acesso desta população aos serviços de saúde, certamente, contribui para que haja mais reflexão sobre a necessidade de universalização deste direito, preceito básico do SUS e da nossa Carta Cidadã, e que tal universalização possa ser implementada de maneira

mais efetiva para todos os grupos, cujo acesso a bens e serviços públicos é sabidamente mais difícil. Especificamente, este Projeto de
Pesquisa trará contribuições ao Serviço Social enquanto profissão que lida com a questão social de maneira contumaz. Por outro lado, sustenta-se, ainda, que estudar o acesso dos idosos quilombolas aos serviços de saúde torna-se objeto de estudo relevante,
sobretudo em tempos de acirramento da liberalização da economia, uma vez que já se sabe que é justamente diante de crise financeira e de um discurso majoritário, no âmbito político, da necessidade de corte de gastos, que a saúde é sempre alvo de restrições
orçamentárias e de incentivo à iniciativa privada. Este objeto de estudo é de extrema e total relevância, porque é através de estudos como este que podemos refletir mais as situações de exclusão e do não acesso aos serviços de saúde das populações mais vulneráveis, e apontar possíveis soluções que podem ser adotadas pelo Estado, confirmando a afirmação de Faleiros (2000), que mostra que "[...] a partir do Estado é possível recentralizar as decisões, repensar a sociedade, [...]"(FALEIROS, 2000, p. 66). Mas, para o Estado tornar-se mais social, no sentido de efetivar mais proteção social, há necessidade de organização da sociedade civil, por meio de seus sindicatos, associações, conselhos de Políticas, fóruns, movimentos sociais, e outros, reivindicarem essa proteção
social estatal.

•Desenho do estudo

A presente pesquisa, no âmbito do mestrado acadêmico, pretende analisar e avaliar o acesso ao atendimento à saúde pública dos idosos negros quilombolas da comunidade de Paratibe, localizada no bairro de Valentina de Figueiredo, na cidade de João Pessoa – PB. Será uma pesquisa de campo, tratada na perspectiva histórico-dialética, com intuito de aproximar-se ao máximo possível da realidade da referida comunidade. Para tanto, contará com pesquisa bibliográfica e documental, referentes à temática abordada. No trabalho de campo, haverá a utilização de entrevistas semiestruturadas, a serem realizadas de março de 2022 até setembro de 2022, e, posteriormente, a sistematização e análise dos dados coletados por meio destas entrevistas, a partir de outubro de 2022 até dezembro do mesmo ano. A técnica utilizada para a análise dos dados será a análise de conteúdo. Desta forma, pretende-se trabalhar com um universo de 23 (vinte e três) idosos existentes na comunidade atualmente. Dentre estes, trabalhar-se-á com uma amostra de 10 (dez) idosos negros quilombolas, o que dará

em torno de 43% (quarenta e três por cento) do
universo.
•Hipóteses
Parte-se dá hipótese de que há uma grande dificuldade de acesso aos serviços de atendimento na saúde pública, dos idosos quilombolas da comunidade de Paratibe, na cidade de João Pessoa, e, isso se dá, devido à pouca atenção em termos de proteção social por parte dos poderes públicos, a estes idosos.
•Local de pesquisa
Comunidade quilombolas de Paratibe, localizada no bairro de Valentina Figueiredo, em João
Pessoa – PB.
•População do estudo/tamanho da amostra/tipo de amostra
O universo se dá em torno de 23 (vinte e três) idosos da comunidade quilombola de Paratibe (o que equivale aos 100% dos idosos). A amostra da pesquisa será de 10 (dez) idosos negros quilombolas da referida comunidade, o que dá em torno de 43% (quarenta e três por cento) do universo de 100% (Cem por cento).
•Critérios de inclusão:
Idosos negros que residam na Comunidade Quilombola de Paratibe.
Critérios de exclusão:
Idosos brancos;
Idosos negros da Comunidade Quilombola de Paratibe que não se disponham a colaborar com a pesquisa;
Idosos negros que não residam na Comunidade Quilombola em questão.
•Técnica de coleta/protocolos de coleta
Será realizado um levantamento bibliográfico e documental (dados secundários) sobre o tema. Na segunda etapa, serão levantados os dados empíricos, por meio de aplicação de questionários para realização de entrevistas semiestruturadas, após liberação do Comitê
de Ética. Os dados coletados por meio das referidas entrevistas semiestruturadas, envolverão questões subjetivas e objetivas, a fim de facilitar e trazer à tona informações sobre uma população pouco visibilizada. Os dados coletados serão sistematizados e analisados considerando-se a problematização da realidade investigada. Também serão coletados dados documentais (documentos sigilosos ou não) dos idosos negros quilombolas da comunidade em tela.

•Método de análise

Dentre as técnicas de análise, destaca-se a Análise de Conteúdo, uma vez que permite analisar, através de processos sistemáticos, o conteúdo das informações obtidas, descrevendo-as e interpretando-as para fins didáticos. A análise do material coletado segue um processo rigoroso frente às fases definidas por Bardin (2011), como: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados (DE SOUZA, et al., 2020, p. 1937). Na primeira etapa de sistematização dos dados, será realizado um levantamento bibliográfico e documental sobre o tema, por meio eletrônico e impresso, que serão organizados por temáticas e sempre interrelacionando os assuntos da realidade microssocial com a realidade macrossocial. Possíveis quadros, tabelas e gráficos também serão construídos para representarem as variadas realidades abordadas nesse estudo. Na segunda etapa, será levantados dados empíricos (dados primários), por meio de aplicação de questionários que promovam entrevistas aos sujeitos da pesquisa, sendo estas, de perfil semiestruturado, e que serão realizadas após autorização do Comitê de Ética. Tais dados também serão organizados e, em seguida, analisados. As questões do roteiro de entrevistas, por ter um perfil semiestruturado, serão subjetivas e objetivas, a fim de facilitar e trazer à tona informações sobre uma população ainda pouco visibilizada. Os dados coletados supramencionados, serão sistematizados e analisados considerando-se a problematização da realidade investigada. Para facilitar o apanhado fidedigno de informações e a abordagem para com todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, de forma ampla e detalhada, e para facilitar a análise posterior das falas, será utilizado um gravador portátil, a fim de registrar as respostas minuciosamente, que posteriormente serão transcritas. Em todas as etapas serão permeadas pela sistematização da observação cuidadosa. Portanto, como já se afirmou, os instrumentos de coleta de dados serão as entrevistas, por meio do seu questionário, e a observação sistemática. Os instrumentos de sistematização da pesquisa serão tabelas, gráficos, quadros e outros, e o levantamento das informações primárias será obtido in loco. Em síntese, após todo processo de coleta e sistematização, procede-se a análise dos dados e seus respectivos resultados. A revisão bibliográfica e documental (dados secundários) perdurará durante toda a pesquisa para fundamentar cientificamente o estudo.

•Vigência do Projeto

01/10/2021 a 31/05/2023

Objetivo da Pesquisa:

Os dados a seguir foram extraídos do documento postado na Plataforma Brasil (PB): PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1874251.pdf.

Objetivo Primário:

Analisar o acesso da população idosa quilombola da comunidade de Paratibe, no município de João Pessoa – PB, aos serviços de saúde pública, antes e durante o período da Pandemia da COVID-19, no lapso temporal de 2019 até final de 2021.

Objetivo Secundário:

• Analisar, por meio dos idosos quilombolas da comunidade de Paratibe, o acesso desta população aos serviços de saúde pública antes e durante o período da Pandemia da COVID-19;

• Identificar a percepção dos idosos sobre as facilidades e dificuldades do atendimento na saúde pública;

• Descrever as ferramentas utilizadas para a garantia e efetividade do acesso à saúde pública, e as dificuldades encontradas pela população idosa quilombola de Paratibe;

• Averiguar a presença ou ausência de indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas, e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário aos serviços públicos de saúde, disponibilizados à comunidade idosa quilombola de Paratibe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os dados a seguir foram extraídos do documento postado na Plataforma Brasil (PB): PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1874251.pdf.

Riscos:

Esta pesquisa estará tomando como base e referência as Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012 e 2016). Toda a pesquisa que envolve seres humanos apresenta riscos importantes. Informamos que esta pesquisa pode ter possíveis riscos, como: "Invasão de privacidade; - Responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; - Revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; - Discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; - Divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE). - Tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista. - Considerar riscos relacionados à divulgação de imagem, quando houver filmagens ou registros fotográficos" (Comitê de Ética e Pesquisa doInstituto Federal Catarinense).

Na preocupação com relação à diminuição desses riscos, informamos que todas as medidas de segurança serão tomadas para preveni-los e/ou minimizá-los, dentre elas: "- Garantir o acesso aos resultados individuais e coletivos. - Minimizar desconfortos, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. - Garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras). - Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. Garantir que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, consequente à mesma, não previsto no termo de consentimento" (Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Federal Catarinense) e dentre outras normas de segurança que se fizerem necessárias.

Benefícios:

O referido estudo resultará em vários benefícios no âmbito acadêmico e profissional. Especificamente, este Projeto de Pesquisa trará contribuições ao Serviço Social enquanto profissão que lida com a "questão social". Estudar as particularidades do acesso aos serviços de saúde pública de pessoas idosas negras da comunidade quilombola de Paratibe torna-se objeto de estudo relevante, sobretudo em tempos de acirramento da

liberalização da economia, momento em que a política de saúde pública brasileira vem sendo, cada vez mais, alvo de restrições orçamentárias. A atual conjuntura de governo age no sentido de diminuir o investimento em políticas públicas sociais, desmontando as estruturas que promovem direitos sociais, além de fomentar o incentivo à iniciativa privada. Nesse sentido, demonstrar um acesso escasso e deficitário desses grupos sociais

invisibilizados (como os que vivem nas comunidades quilombolas) aos serviços de saúde, pode nos levar a enfrentar, , através de propostas de inserção social e ferramentas objetivas de mudança, as injustiças sociais das quais são vítimas ao longo da história.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresenta tema de relevância científica para a comunidade participante da pesquisa e a sociedade em geral. Os objetivos gerais e específicos estão apresentados de forma clara e se encontram em acordo com a metodologia proposta. Em relação aos sujeitos da pesquisa, foi devidamente explicada a escolha da população do estudo composta por 23 idosos e uma

amostra aleatória simples de 10 participantes deste total. Na fase de execução do projeto, o pesquisador explicou com detalhes as etapas de coleta de dados e de análise do material obtido através das entrevistas semiestruturadas, e apresenta o
instrumento de coleta a ser utilizado.
Em relação ao risco-benefício, consideram-se os riscos inerentes a uma pesquisa com seres humanos, mas o pesquisador apresenta as formas de reduzi-los, bem como os benefícios da pesquisa para a comunidade científica e aos participantes, os quais se sobressaem aos riscos.
O Termo de Consentimento para os participantes apresenta objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, e encontra-se em acordo com a Resolução Nº 466/2012.
O pesquisador anexou os documentos obrigatórios necessários à pesquisa, o cronograma para execução está adequado e sua operacionalização está prevista para iniciar após aprovação do CEP/HULW.
Apresentou Carta resposta ao CEP, em atendimento às pendências apontadas para adequação, de modo que o protocolo de pesquisa está apto para execução, em conformidade com o que normatiza a Resolução Nº 466/2012, do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Os documentos de inclusão obrigatória na presente versão do protocolo de pesquisa foram apresentados, conforme recomendações contidas na Resolução CNS nº 466/2012 CNS/MS, a saber:
PB Informações básicas do projeto;
TCLE;
Carta de Anuência de líder da comunidade participante;
Folha de rosto (assinada);
Termos de compromisso e responsabilidade dos pesquisadores envolvidos;
Certidão de aprovação do programa acadêmico de origem;
Projeto detalhado;
Termo de compromisso financeiro;
Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:
Recomendamos manter a metodologia do projeto e iniciar a coleta de dados apenas após a

aprovação do CEP/HULW.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que o pesquisador atendeu as pendências apontadas pelo CEP explicitadas em Carta-resposta e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica, encontrando-se em consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 08 de março de 2018.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA OS PESQUISADORES

. O participante da pesquisa e/ou seu responsável legal deverá receber uma via do TCLE na íntegra, com assinatura do pesquisador responsável e do participante e/ou responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e com aposição de assinatura na última folha. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

. O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem-estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser apresentadas por meio de EMENDA ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deverá apresentar o Relatório PARCIAL E/OU FINAL ao CEP/HULW, por meio de NOTIFICAÇÃO online via Plataforma Brasil, para APRECIAÇÃO e OBTENÇÃO da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se corresponsável.

UFPB - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Continuação do Parecer: 5.287.082

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1874251.pdf	18/02/2022 15:27:20		Aceito
Outros	entrevistasemiestruturadaseparada.docx	18/02/2022 15:24:40	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleseparadoemodificadoemword.docx	18/02/2022 15:23:19	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Outros	projetocorrigidosolicitadopelocep3.docx	18/02/2022 15:21:18	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Outros	cartarespostaempdf.PDF	18/02/2022 15:19:52	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Outros	termodecompromissoderesponsabilidadedopesquisadororientadorecoorientador.pdf	06/01/2022 11:41:15	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Outros	termodecompromissofinanceiro.pdf	06/01/2022 11:37:09	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/01/2022 11:30:52	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoemPDF.pdf	09/12/2021 16:37:08	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Outros	declaracaodoppgss.pdf	09/12/2021 16:35:39	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Outros	cartadeanuenciadacomunidade.pdf	09/12/2021 16:33:44	Alexandre Miranda de Castro	Aceito
Outros	Entrevistaempdf.pdf	09/12/2021 16:31:26	Alexandre Miranda de Castro	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua Tabelião Stanislau Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br

JOAO PESSOA, 11 de Março de 2022

Assinado por:
LUCIANA PIMENTEL FERNANDES DE MELO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tabelião Stanislau Eloy, 585, 2º andar Castelo Branco
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.050-585
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3206-0704 **E-mail:** cep.hulw@ebserh.gov.br

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS
ORIENTADORA: Profa. Dra. Antônia Picornell Lucas
COORIENTADORA: Profa. Dra. Maria das Graças Miranda Ferreira da Silva
MESTRANDO: ALEXANDRE MIRANDA DE CASTRO

Título: "A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA DE IDOSOS NEGROS: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA."

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Sou pesquisador e estou realizando um estudo com o objetivo de analisar o acesso à saúde dos idosos negros quilombolas da comunidade de Paratibe, localizada na cidade de João Pessoa-PB. Esta pesquisa contribuirá para subsidiar o conhecimento na área da saúde no município referido. Nesse trabalho, será analisado o acesso à saúde púbica dos idosos negros quilombolas da grande João Pessoa-PB. A análise será realizada mediante aplicação de entrevistas com os idosos em suas residências, diretamente na comunidade. Esclarecemos que será garantido o sigilo do nome dos participantes da pesquisa. Informamos que a sua participação é voluntária e que não será prejudicado, de forma nenhuma, caso não queira participar do estudo, sendo também garantido ao participante o direito de desistir da pesquisa em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Informamos que esta pesquisa pode ter possíveis riscos, como: Risco de adentrar a privacidade da pessoa idosa; - "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados" (Resolução 466); - "Risco de discriminação e estigmatização" (Resolução Nº 510) - Pode-se ter o risco da exposição de informações reservadas; - Informamos dos riscos existentes de

contaminação aos idosos, com relação a Pandemia do COVID 19, nas entrevistas e visitas domiciliares que serão realizadas, mas que todas as medidas de segurança serão tomadas; - Existe a possibilidade de haver algum tipo de desconforto na realização das entrevistas e caso o idoso se sinta desconfortável ou incomodado em algum momento, pausaremos a entrevista e se dará continuidade a mesma, quando o idoso se sentir confortável para realizar a referida. Outrossim, ressaltamos que todas as medidas de segurança serão tomadas para prevenir e /ou minimizar quaisquer riscos, dentre algumas medidas temos: - Amenizar qualquer tipo de desconfortos aos idosos entrevistados, garantindo assim um local reservado e seguro; - Não haverá, nas entrevistas, nenhum tipo de desrespeito, violações, maculações ou ofensas, seja ela física, verbal ou documental; - "Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa, durante todas as fases da pesquisa" (Resolução Nº 466); – Caso seja notado algum perigo, ameaça ou danos à saúde do idoso, à entrevista, será interrompida de imediato; - "Garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma" (Resolução Nº 466); - "Garantia aos participantes do acesso aos resultados da pesquisa" (Resolução Nº 510) – "Terá a sua privacidade respeitada" (Resolução Nº 510) – "Terá garantida a confidencialidade das informações pessoais" (Resolução Nº 510)", além de outras normas de segurança que se fizerem necessárias. Para evitar os riscos de contaminação com relação a Pandemia do COVID 19 aos idosos que serão entrevistados, estarei realizando a distância adequada e segura durante as entrevistas, utilizando máscaras (N95) de proteção individual e disponibilizando máscaras aos idosos (cirúrgicas), bem como serão utilizados e disponibilizados o álcool em gel. Esclarecemos que será garantido o sigilo do nome dos participantes da pesquisa e o total respeito aos idosos entrevistados independente das respostas ou qualquer situação que venha a surgir durante a pesquisa. Solicitamos a sua colaboração para uma entrevista com um tempo médio de duração de 30 (trinta) minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e em publicações de revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Espero contar com o seu apoio, desde já agradecemos a sua colaboração.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, por favor ligar para o pesquisador: Alexandre Miranda de Castro. Telefone: (83) 98784-8925. End.: Rua: Desportista José de Farias. Nº 361. Residencial Jardins do Altiplano. Bairro: Altiplano Cabo Branco. CEP: 58046-410. E-mail: alexandremirandacastro@yahoo.com.br e alexandremirandacatro5@gmail.com

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley: Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW – 2 Andar. – Campus I – UFPB. BAIRRO: CIDADE UNIVERSITÁRIA. CEP: 58.059 – 900. UF: PB. MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA. PB. TELEFONE: (83) 3206- 0704. E-MAIL: cep.hulw@ebserh.gov.br

Atenciosamente,
A Coordenação da Pesquisa.

Autorização:
Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa "**A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA DE IDOSOS NEGROS: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA."**, AUTORIZO a realização da pesquisa.

(Assinatura do idoso participante da pesquisa)

(Impressão digital do idoso participante da pesquisa)

(Assinatura do pesquisador responsável)

Em, de de 2022.

APÊNDICE B – ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS

ORIENTADOR: Prof. Dr. Emanuel Luiz Pereira da Silva

COORIENTADORA: Profa. Dra. Maria das Graças M. Ferreira da Silva

MESTRANDO: ALEXANDRE MIRANDA DE CASTRO

Título: "A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA DE IDOSOS NEGROS: UM ESTUDO EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA."

I- Dados Pessoais:

1- Nome:
2- Idade: **3**- Sexo: **4**- Estado Civil: Solteiro ( ) Casado ( )
União estável ( ) Viúvo ( ) Separado/a ( ) **5-** Cor/Raça:

II- Dados da moradia:

5- Bairro onde reside:
6- Tipo: Casa ( ) Apartamento ( ) Outro ( )
7- Situação: Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Financiada ( ) Outro ( )
8- Nº de cômodos:
9- Tipo de construção: Tijolo ( ) Taipa ( ) Madeira ( )
10- Tipo de abastecimento de água: Pública ( ) Poço ( ) Carro Pipa ( ) Outro ( )
11- Tratamento de água: Filtrada ( ) Fervida ( ) Outro ( )
12- Escoamento Sanitário: Rede pública ( ) Fossa./Tipo ----------( ) Vala ( ) Céu Aberto ( ) Outro ( )
13- Destino do lixo: Coletado ( ) Queimado ( ) Enterrado ( ) Céu Aberto ( ) Outro ( )
14- Quantidade de pessoas no domicílio:
15- Nº de mulheres:
16- Nº de homens:
17- Nº de crianças:

III- Dados da escolaridade:

18- Grau de instrução: Analfabeto/a ( ) Ensino Fund. I Completo ( ) Incompleto ( )
Ensino Fund. II Completo ( ) Incompleto ( )

Ensino Médio: Completo ( ) Incompleto ( )
Superior Completo ( ) Incompleto ( ) Qual o curso?

IV- Inserção no mercado de trabalho:

19- Situação no mercado de trabalho do chefe da família: Ativo ( ) Desempregado ( ) Nunca trabalhou ( ) Autônomo ( ) Outro ( )
20- Quantas pessoas trabalham na sua casa?
21- Atividade de trabalho:
22- Qual a renda per capita mensal da família:
23- Se desempregado, há quanto tempo?
24- Se recebe ajuda, de quem?

V- Perguntas direcionadas a líder da Comunidade ou a própria comunidade em geral:

25- Quantos idosos existem na atualidade na Comunidade Quilombola de Paratibe?

26- Quantos idosos negros quilombolas existem na atualidade na Comunidade Quilombola de Paratibe?

VI- Dados específicos ao objeto de estudo:

27- Qual/s o nome de sua Unidade Básica de Saúde da Família?

28 – Que tipo de transporte o senhor/a usa para ir as consultas ou os procedimentos de saúde? O Poder Público (Prefeitura) disponibiliza o referido transporte para os procedimentos direcionados aos cuidados da saúde? E quem acompanha o senhor/a as consultas e aos hospitais da cidade de João Pessoa PB?

29 – Existe algum hospital de referência próximo de sua residência, que possa atender o senhor em caso de urgência, fora a sua Unidade de Saúde da Família?

30- O (a) senhor (a) é portador de alguma doença? Qual?

31- Faz uso de algum tipo de medicamento controlado?

32- Com que frequência costuma ser avaliado por profissional especializado na área de sua doença?

33- Antes da Pandemia da COVID-19 (de janeiro de 2019 até março de 2020), qual era a frequência de retorno às consultas de acompanhamento de sua doença?

34- Após o início da Pandemia da COVID-19 (no lapso temporal de março de 2020 até dezembro de 2021), qual passou a ser a frequência de retorno as consultas de acompanhamento de sua doença?

VI. 1 PERGUNTAS RELACIONADAS A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

35- Teve dificuldade de atendimento em sua unidade de saúde da família **antes** da Pandemia da COVID-19, de janeiro de 2019 até março de 2020? Se sim, quais?

36- Teve dificuldade de atendimento em sua unidade de saúde da família **durante** a Pandemia do COVID-19, no lapso temporal de março de 2020 até dezembro de 2021? Se sim, quais?

37- O (a) senhor (a) foi encaminhado (a) pela unidade básica de saúde para algum atendimento hospitalar da rede pública do município de João Pessoa-PB **antes** da Pandemia da COVID-19, durante o lapso temporal de janeiro de 2019 até março de 2020?

38- O (a) senhor (a) foi encaminhado (a) pela unidade básica de saúde para algum atendimento hospitalar da rede pública do município de João Pessoa-PB **durante** a Pandemia da COVID-19, de março de 2020 até dezembro de 2021?

39- Antes da Pandemia da COVID-19 (de janeiro de 2019 até março de 2020), o acesso a sua Unidade Básica de Saúde melhorou ou piorou?

40- Durante o período da Pandemia da COVID-19 (de março de 2020 até dezembro de 2021), o acesso a sua Unidade Básica de Saúde melhorou ou piorou?

41- Quais as principais dificuldades que o senhor/a enfrentava, para o acesso ao atendimento na unidade de saúde de sua região **antes** da Pandemia da COVID-19? (De janeiro de 2019 até março de 2020).

42- Quais as principais dificuldades que o senhor/a enfrentou, para o aceso ao atendimento na unidade de saúde de sua região **durante** a Pandemia da COVID-19? (De março de 2020 até dezembro de 2021).

43- Quais as principais facilidades encontradas para o acesso à saúde pública **antes** da Pandemia da COVID-19 (De janeiro de 2019 até março de 2020) na sua Unidade Básica de Saúde da Família?

44- Quais as principais facilidades encontradas para o acesso à saúde pública **durante** a Pandemia da COVID-19 (De março de 2020 até dezembro de 2021) na sua Unidade de Saúde da Família?

45- Existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde pública dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família **antes** da Pandemia da COVID-19? (De janeiro de 2019 até março de 2020).

46- Existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde pública dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde da Unidade Básica de Saúde da Família **durante** a Pandemia da COVID-19? (De março de 2020 até dezembro de 2021).

47- O senhor/a teve acesso a consulta ou algum procedimento, **antes** da PANDEMIA DO COVID 19, em sua Unidade de Saúde da Família, no lapso temporal de janeiro de 2019 até março de 2020?

48- O senhor/a teve acesso a consulta ou algum procedimento, **durante** a PANDEMIA DO COVID 19 em sua Unidade de Saúde da Família, no lapso temporal de março de 2020 até dezembro de 2021?

49- Quais ferramentas (Ex: -Visitas domiciliares; e dentre outras) poderiam ter sido utilizadas para garantir com efetividade a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de saúde **antes** do período da Pandemia da COVID-19 (de janeiro de 2019 até março de 2020) em sua Unidade de Saúde da Família?

50- Quais ferramentas (Ex: - Visitas Domiciliares e dentre outras) poderiam ter sido utilizadas para garantir com efetividade a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de saúde **durante** o período da Pandemia da COVID-19 (de março de 2020 até dezembro de 2021) em sua Unidade de Saúde da Família?

VI. 2 PERGUNTAS RELACIONADAS AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA PB

51- Antes da Pandemia da COVID-19 (de janeiro de 2019 até março de 2020), o acesso aos hospitais públicos e serviços de saúde pública da cidade de João Pessoa-PB eram melhores ou piores?

52- Durante o período da Pandemia da COVID-19 (de março de 2020 até dezembro de 2021), o acesso aos hospitais públicos e serviços de saúde pública da cidade de João Pessoa-PB melhorou ou piorou?

53- Quais ferramentas (exemplificarei algumas ferramentas durante a realização da pergunta) poderiam ter sido utilizadas para garantir com efetividade a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de saúde pública **antes** do período da Pandemia da COVID-19 (de janeiro de 2019 até março de 2020) na cidade de João Pessoa-PB?

54- Quais ferramentas (exemplificarei algumas ferramentas durante a realização da pergunta) poderiam ter sido utilizadas para garantir com efetividade a melhoria do acesso dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de saúde pública **durante** o período da Pandemia da COVID-19 (de março de 2020 até dezembro de 2021) na cidade de João Pessoa-PB?

55- Quais as facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa, **antes** da Pandemia da COVID-19? (De janeiro de 2019 até março de 2020).

56- Quais as facilidades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa, **durante** o período da Pandemia da COVID-19? (De março de 2020 até dezembro de 2021).

57- Quais as dificuldades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa, **antes** da Pandemia da COVID-19? (De janeiro de 2019 até março de 2020).

58- Quais as dificuldades encontradas para o acesso à saúde pública nos hospitais de referência da cidade de João Pessoa, **durante** o período da Pandemia da COVID-19? (De março de 2020 até dezembro de 2021).

59- Existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde pública dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde dos hospitais públicos da cidade de João Pessoa**, antes** da Pandemia da COVID-19? (Dejaneiro de 2019 até março de 2020).

60- Existem ou existiam indicadores, fluxos, normas técnicas, cartilhas e protocolos de orientações e determinações de acesso prioritário à saúde pública dos idosos negros quilombolas desta comunidade aos serviços de atendimento de saúde dos hospitais públicos da cidade de João Pessoa, **durante** a Pandemia da COVID-19? (De março de 2020 até dezembro de 2021).

61- O senhor/a teve acesso a consulta ou a algum procedimento hospitalar **antes** daPANDEMIA DO COVID 19 em algum hospital público de referência de atendimento ambulatorial ou qualquer outro procedimento, na cidade de João Pessoa, no lapso temporal de janeiro de 2019 até março de 2020?

62- O senhor/a teve acesso a consulta ou a algum procedimento hospitalar **durante** aPANDEMIA DO COVID 19 em algum hospital público de referência de atendimento ambulatorial ou qualquer outro procedimento, na cidade de João Pessoa, no lapso temporal de março de 2020 até dezembro de 2021?