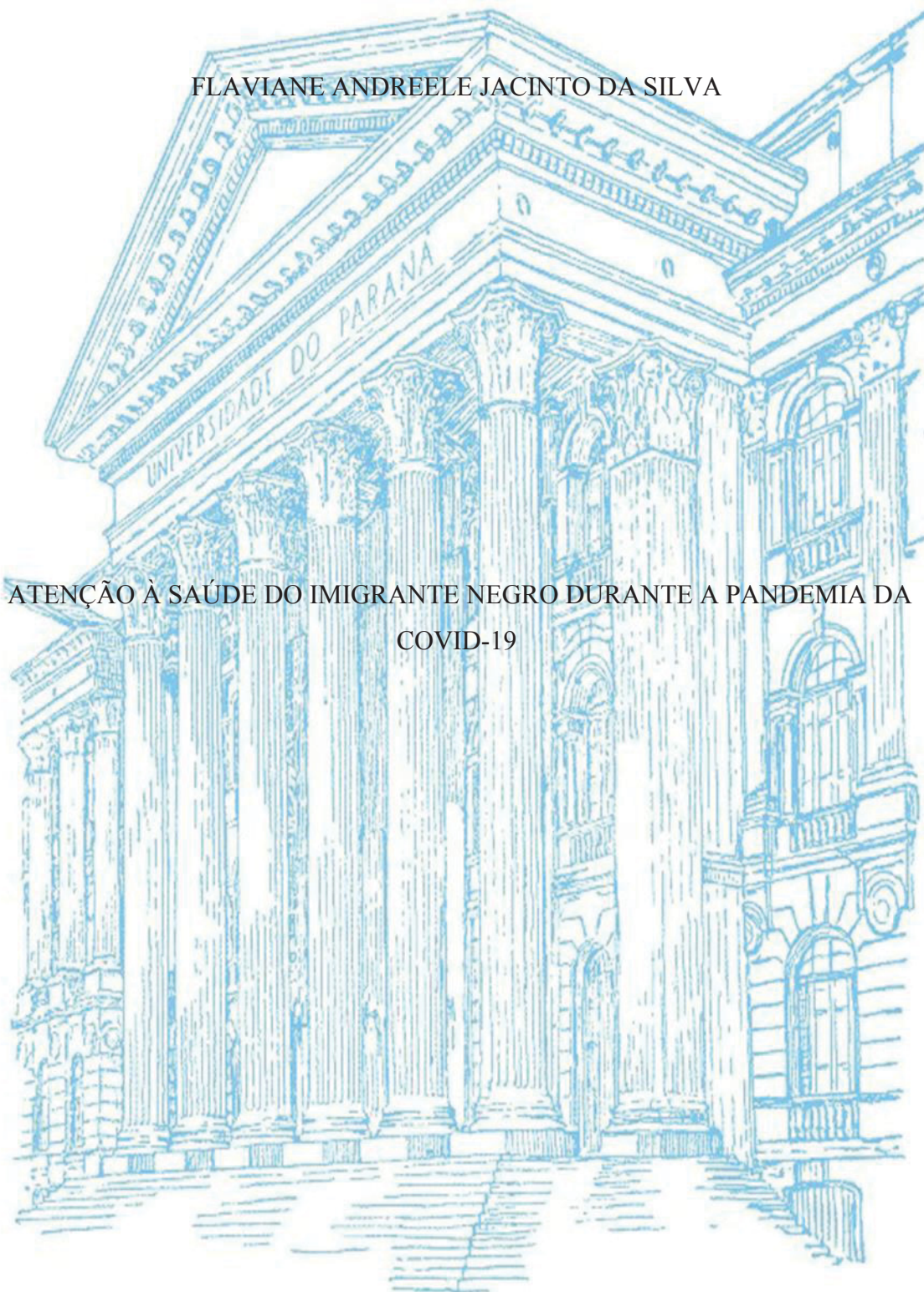


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FLAVIANE ANDREELE JACINTO DA SILVA

ATENÇÃO À SAÚDE DO IMIGRANTE NEGRO DURANTE A PANDEMIA DA
COVID-19



CURITIBA

2021

FLAVIANE ANDREELE JACINTO DA SILVA



ATENÇÃO À SAÚDE DO IMIGRANTE NEGRO DURANTE A PANDEMIA DA
COVID-19

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Aida Maris Peres
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rafaela Gessner Lourenço

CURITIBA

2021

Silva, Flaviane Andreele Jacinto da

Atenção à saúde do imigrante negro durante a pandemia da Covid-19 [recurso eletrônico] / Flaviane Andreele Jacinto da Silva – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Aida Maris Peres Coorientadora:
Profa. Dra. Rafaela Gessner Lourenço

1. Atenção à saúde. 2. Saúde das minorias étnicas. 3. Emigrantes e imigrantes.
4. Covid-19. 5. Gestão da saúde da população. I. Peres, Aida Maris.
II. Lourenço, Rafaela Gessner. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.734

Maria da Conceição Kury da Silva
CRB 9/1275

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **FLAVIANE ANDREELE JACINTO DA SILVA** intitulada: **ATENÇÃO À SAÚDE DO IMIGRANTE NEGRO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**, sob orientação da Profa. Dra. AIDA MARIS PERES, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 26 de Maio de 2021.

Assinatura Eletrônica

09/07/2021 15:19:19.0

AIDA MARIS PERES

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

29/06/2021 09:05:48.0

KARLA CROZETA FIGUEIREDO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

22/07/2021 16:25:19.0

CLIMENE LAURA DE CAMARGO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA)

Av. Pref. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 98036

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 98036

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação primeiramente a minha família, principalmente a minha mãe que me dedicou cuidados, educação, acolhimento, corrigiu os meus erros e, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas por ela, é sempre o meu porto seguro. A minha avó, que trabalhou como atendente de enfermagem até a aposentadoria e é um exemplo de mulher que lutou e estudou para atingir seus objetivos. A minha irmã, que é como uma segunda mãe, a qual sempre me espelho como exemplo de moral e um referencial de perseverança. Ao meu irmão, que desde a infância foi sempre meu protetor, meu espelho de foco e persistência em busca de sonhos. Ao meu pai, que mesmo distante, sente muito orgulho e me apoia na minha carreira.

Dedico esse trabalho a todas as pessoas pretas e a toda história do meu povo ancestral, a qual me atravessam, me dando fôlego para persistir e lutar por todos os espaços que meu corpo passa, me permitindo ser a transgressão e um número fora da estatística esperada socialmente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço por toda a paciência, orientação e incentivo das minhas orientadoras, Aida Maris Peres e Rafaela Gessner Lourenço, pois considero nessa oportunidade uma mudança em meu contexto social. Agradeço infinitamente toda a compreensão e apoio que me dispensaram, sem vocês esse trabalho não seria possível.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que desde a graduação, nos projetos de Iniciação Científica, me apoiam com a bolsa pelo incentivo à pesquisa, pois sem esse suporte financeiro não poderia dar continuidade a minha formação, tanto no bacharelado como no mestrado.

Agradeço a cada um dos meus amigos, que me apoiaram e sempre estiveram ao meu lado nos momentos de crise, de choro e de risadas, sem essa rede de afetos que possuo nada disso também seria possível, sou grata por ter os melhores apoios na vida.

“Libertei mil escravos. Poderia ter libertado outros
mil se eles soubessem que eram escravos.”
Harriet Tubman

RESUMO

Introdução: A perspectiva decolonial permite identificar como ocorreu o processo da escravidão (imigração forçada) da população negra e a imigração de povos brancos no ocidente. O resultado desse fenômeno, que repercute até hoje, é demonstrado pelo racismo estrutural. A população negra foi a mais atingida pela pandemia da Covid-19, tanto em incidência, como na letalidade da doença. Entretanto, existem lacunas de informações sobre a atenção à saúde aos imigrantes negros no Brasil nesse período, destacando o ineditismo dessa pesquisa. Objetivos: o objetivo geral foi descrever a atenção prestada ao imigrante negro durante a pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde, e os específicos visaram: compreender a situação de saúde dos imigrantes negros no mundo durante a pandemia da Covid-19, a partir de publicações científicas; verificar como o profissional de saúde reconhece, acolhe e atende o usuário imigrante negro durante a pandemia da Covid-19; identificar as estratégias que a equipe de saúde utiliza durante a pandemia da Covid-19 para realizar a atenção à saúde do imigrante negro. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, sustentada pela perspectiva do racismo estrutural. Na primeira etapa foi realizada uma *scoping review*, com coleta nas bases de dados *Web of Science*, *Cochrane*, *National Library of Medicine and National Institutes of Health* e *ScoPus*, com a estratégia de pesquisa: “Covid” ou “Infecções por Coronavirus” AND “Epidemiologia” ou “Prevalência” ou “Morbidade” ou “Mortalidade” AND “Emigrantes e Imigrantes”. Na segunda etapa foram realizadas 21 entrevistas com profissionais que realizam atendimento em serviços de Atenção Primária à Saúde de um município sul brasileiro, de outubro de 2020 a janeiro de 2021. A pesquisadora registrou suas percepções das entrevistas em um diário de campo e os dados das entrevistas foram gravados, transcritos na íntegra e submetidos à análise temática com apoio do software *MAXQDA*. Resultados: Na revisão sistemática foram incluídos 13 estudos que compuseram três categorias para análise: debate racial; acesso à saúde/ condições de vida; e, debate de saúde mental. A busca na literatura evidenciou que a população negra é mais propensa a desenvolver formas graves e óbito pela Covid-19, tendo como causa principal as condições da estrutura social que a vitimiza. Na segunda etapa desta pesquisa, a partir da análise temática emergiram duas categorias empíricas: racismo estrutural velado no discurso do profissional de saúde; e, atenção à saúde ao imigrante negro durante da pandemia da Covid-19. A segunda categoria foi composta por seis subcategorias intituladas: contexto que leva o imigrante à unidade de saúde; principais necessidades em saúde suscitadas no atendimento do imigrante negro; organização da Unidade de Saúde durante a pandemia; facilidades/potencialidades no atendimento à

população imigrante negra; dificuldades/limites no atendimento à população imigrante negra; e, material de apoio/estratégia/política para o atendimento da população imigrante negra. Os resultados indicam a existência do racismo estrutural velado no discurso dos participantes e que a população imigrante negra procura os serviços de saúde de maneira espontânea e apresenta como principais necessidades em saúde questões de ordem ginecológica/obstétrica, pediátricas, infecções sexualmente transmissíveis e doenças crônicas, como diabéticas e hipertensão. Uma barreira relatada pelos participantes no que diz respeito ao atendimento ao imigrante negro é a dificuldade de comunicação, devido aos imigrantes não conseguirem se comunicar no idioma português. Percebe-se que a organização das unidades de saúde durante a pandemia acontece de forma a promover a separação dos usuários assintomáticos e sintomáticos para Covid-19. Várias estratégias para otimizar o atendimento ao imigrante são adotadas, como uso de dicionários e *whatsapp*. Conclusão: A pesquisa possibilitou reconhecer a relação entre questões raciais e sociais, destacou-se que ambas concorrem como agravante para a condição de saúde da população imigrante negra. Esta pesquisa contribui para lançar luz sobre o fenômeno do racismo estrutural no campo científico. Além disso, aponta para a necessidade de os profissionais de saúde reconhecerem esse fenômeno como evento real que determina o acesso à saúde da população imigrante negra, contrapondo-se à banalização do tema e promovendo ações antirracistas.

Descritores: emigrantes e imigrantes; atenção à saúde; Covid-19; gestão da saúde da população; saúde das minorias étnicas.

ABSTRACT

Introduction: A decolonial perspective that allows us to identify how the process of slavery (forced immigration) of the black population and the immigration of white people in the West took place. The result of this phenomenon, which continues today, is characterized by structural racism. The black population was the most affected by the Covid-19 pandemic, both in effect and in the lethality of the disease. However, there are gaps of information about health care for black immigrants in Brazil during this period, highlighting the originality of this research.

Objectives: the general objective was described the care provided to black immigrants during the Covid-19 pandemic in Primary Health Care, and the specific ones aimed at: understanding the health situation of black immigrants in the world during the Covid-19 pandemic, to from scientific publications; verifying how the health professional knows, welcomes and serves the black immigrant user during a Covid-19 pandemic; identify how a health team used during a Covid-19 pandemic to provide health care to black immigrants.

Methodology: This is a qualitative, exploratory and descriptive research, supported by the perspective of structural racism. In the first stage, a scope analysis was carried out, with collection in the Web of Science, Cochrane, National Library of Medicine and National Institutes of Health and Scopus databases, with the search strategy: “Covid” or “Coronavirus Infections” AND “Epidemiology” or “Prevalence” or “Morbidity” or “Mortality” AND “Emigrants and Immigrants”. In the second stage, 21 outstanding professionals were chosen who perform care in Primary Health Care services in a southern Brazilian city, from October 2020 to January 2021. The researcher recorded her perceptions of those identified in a field diary and the data from reveal were recorded, transcribed in full and analyzed thematic with the support of the MAXQDA software.

Results: The systematic review included 13 studies that composed three categories for analysis: racial debate; access to health / living conditions; and, mental health debate. A search in the literature showed that a black population is more likely to develop serious forms and death by Covid-19, having as main cause the conditions of the social structure that victimizes them. In the second stage of this research, from the thematic analysis, two empirical categories emerged: structural racism veiled in the health professional's discourse; and, health care for black immigrants during the Covid-19 pandemic. The second category consisted of six subcategories entitled: context that takes the immigrant to the health unit; main health needs arising from the care of black immigrants; organization of the Health Unit during a pandemic; facilities / potential in serving the black immigrant population; difficulties / limits without serving the black immigrant population; and support material / strategy / policy for the care of the

immigrant black population. The results indicate the existence of structural racism veiled in the participants' discourse and that a black immigrant population spontaneously seeks health services and presents as their main health needs gynecological / obstetrical, pediatric, sexually transmitted diseases and chronic diseases, such as diabetics and hypertension. A barrier reported by the participants regarding the assistance to black immigrants is a difficulty in communication, due to immigrants not being able to communicate in the Portuguese language. It is noticed that the organization of health units during a pandemic happens in order to promote the separation of asymptomatic and symptomatic users for Covid-19. Several standardized ones to optimize the service to the immigrant are adopted, such as the use of specification and whatsapp. Conclusion: The research made it possible to recognize the relationship between racial and social issues, highlighting that both contribute to the health condition of the black immigrant population. This research contributes to shed light on the phenomenon of structural racism in the scientific field. Furthermore, they point to the need for health professionals to recognize this phenomenon as a real event that determines the access to health of the black immigrant population, opposing the trivialization of the theme and promoting anti-racist actions.

DESCRIPTORS: emigrants and immigrants; health care (public health); Covid-19; population health management; health of ethnic minorities.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| FIGURA 1- FLUXO REFERENTE AO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS DA SCOPING REVIEW..... | 49 |
| FIGURA 2 - NUVEM DE PALAVRAS PRODUZIDA A PARTIR DA FALA DOS PARTICIPANTES PELO SOFTWARE MAXQDA. CURITIBA, PR 2021..... | 58 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 – APRESENTAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE PALAVRAS, CURITIBA-PR, 2021..... | 60 |
| TABELA 2 - ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS PELAS ÁREAS TEMÁTICAS DE ANÁLISE, CURITIBA, PR, 2021..... | 61 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| QUADRO 1 – APARELHO DE ATENDIMENTO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR, 2021..... | 41 |
| QUADRO 2 - CATEGORIA DE DEBATE RACIAL, MATERIAL SELECIONADO PARA REVISÃO DE LITERATURA | 52 |
| QUADRO 3 – CATEGORIA DE ACESSO À SAÚDE/CONDIÇÕES DE VIDA, MATERIAL SELECIONADO PARA REVISÃO DE LITERATURA | 54 |
| QUADRO 4- CATEGORIA DE DEBATE SAÚDE MENTAL, MATERIAL SELECIONADO PARA REVISÃO DE LITERATURA | 56 |
| QUADRO 5 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL E TEMPO DE ATUAÇÃO NA UBS E NA APS. CURITIBA, PR, 2021 | 58 |

LISTA DE SIGLAS

| | | |
|----------|---|--|
| SUS | – | Sistema Único de Saúde |
| APS | – | Atenção Primária à Saúde |
| ACNUR | – | Alto Comissariado das Nações Unidas sobre Refugiados |
| CONARE | – | Comitê Nacional para Refugiados |
| SINCRE | – | Sistema Nacional de Cadastro e Registro de Estrangeiros |
| MINUSTAH | – | Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti |
| CSNU | – | Conselho de Segurança das Nações Unidas |
| MIF | – | Força Multinacional Interina |
| AIDS | – | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| CNIg | – | Conselho Nacional de Imigração |
| PP | – | Políticas Públicas |
| SEPPIR | – | Secretaria de Promoção da Igualdade Racial |
| PNSIPN | – | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| ESF | – | Estratégia Saúde da Família |
| UBS | – | Unidades Básicas de Saúde |
| LACEN | – | Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas |
| ONGs | – | Organizações Não Governamentais |
| OMS | - | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | – | Organização das Nações Unidas |
| UNESCO | – | Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura |
| OPAS | – | Organização Pan-Americana da Saúde |
| CNCD | – | Conselho Nacional de Combate à Discriminação |
| TIC | – | Técnica do Incidente Crítico |
| CAPS | – | Centro de Atenção Psicossocial |
| UPA | – | Unidades de Pronto Atendimento |
| TCLE | – | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| SISNEP | – | Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos |
| BAME | – | Black, Asian And Minority Ethnic |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 21 |
| 1.1 ATENDIMENTO À SAÚDE DOS IMIGRANTES NO BRASIL E O MITO DA DEMOCRACIA RACIAL | 23 |
| 1.2.1 Atendimento à Saúde dos Imigrantes durante a pandemia da Covid-19 | 25 |
| 1.2.2 A Atenção Primária à Saúde no atendimento da Covid-19 | 26 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 29 |
| 3 OBJETIVOS | 30 |
| 3.1 Objetivo Geral | 30 |
| 3.2 Objetivos específicos | 30 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO | 31 |
| 4.1 FLUXOS MIGRATÓRIOS OCIDENTAIS COMO MECANISMO DE SUPREMACIA RACIAL | 33 |
| 4.2 ASPECTOS NORMATIVOS DOS PROCESSOS DE MIGRAÇÃO OCIDENTAIS ENTRE 1914-1967 | 36 |
| 5 MATERIAL E MÉTODOS | 38 |
| 5.1 TIPO DE PESQUISA | 38 |
| 5.2 PRIMEIRA ETAPA: SCOPING REVIEW | 38 |
| 5.2.1 Identificação da pergunta de pesquisa e palavras chaves | 39 |
| 5.2.2 Critérios de inclusão e exclusão | 39 |
| 5.2.3 Identificação dos Artigos publicados relevantes | 39 |
| 5.2.4 Extração dos dados | 40 |
| 5.3 SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTAS | 40 |
| 5.3.1 Cenário da pesquisa | 40 |
| 5.3.1.1 Regional Matriz | 41 |
| 5.3.1.2 Regional Santa Felicidade | 42 |
| 5.3.1.3 Regional Portão | 43 |
| 5.3.1.4 Regional Tatuquara | 43 |
| 5.3.2 Participantes da pesquisa | 44 |
| 5.3.3 Critérios de inclusão e exclusão | 44 |
| 5.3.4 Instrumento de coleta de dados | 45 |
| 5.3.5 Processamento e análise dos dados | 45 |
| 5.3.6 Aspectos Éticos | 47 |
| 6 RESULTADOS | 48 |

| | |
|--|-----------|
| 6.1 RESULTADOS DA SCOPING REVIEW | 48 |
| 6.2 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTAS | 56 |
| 6.2.1 Percepção da pesquisadora no momento das entrevistas | 56 |
| 6.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS | 57 |
| 6.3 CATEGORIA I - RACISMO ESTRUTURAL VELADO NO DISCURSO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE | 61 |
| 6.4 CATEGORIA II- ATENÇÃO À SAÚDE AO IMIGRANTE NEGRO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 | 63 |
| 6.4.1 Contexto que leva o imigrante até a unidade segundo a equipe de saúde | 63 |
| 6.4.2 Principais necessidades em saúde suscitadas no atendimento do imigrante negro.. | 64 |
| 6.4.3 Organização da US durante a Pandemia | 65 |
| 6.4.4 Facilidades/Potencialidades no atendimento à população imigrante negra | 67 |
| 6.4.5 Dificuldades/Limites no atendimento à população imigrante negra | 68 |
| 6.4.6 Material de apoio/estratégia/política para o atendimento da população imigrante negra | 69 |
| 7 DISCUSSÃO | 72 |
| 7.1 DISCUSSÃO DA PRIMEIRA ETAPA: SCOPING REVIEW | 72 |
| 7.1.1 Categoria Debate Racial | 72 |
| 7.1.2 Categoria de Acesso à Saúde/Condições de vida | 73 |
| 7.1.3 Categoria de Debate Saúde Mental | 74 |
| 7.2 DISCUSSÃO DA SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTAS | 77 |
| 7.2.1 PERCEPÇÃO DA PESQUISADORA NO MOMENTO DAS ENTREVISTAS.... | 77 |
| 7.2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS | 78 |
| 7.3 CATEGORIA 1 - RACISMO ESTRUTURAL VELADO NO DISCURSO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE | 80 |
| 7.4 CATEGORIA - ATENÇÃO À SAÚDE AO IMIGRANTE NEGRO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA | 84 |
| 7.4.1 Como o imigrante negro chega até a unidade | 85 |
| 7.4.2 Principais necessidades em saúde suscitadas no atendimento do imigrante negro.. | 86 |
| 7.4.3 Organização da US durante a Pandemia | 89 |
| 7.4.4 Facilidades/Potencialidades no atendimento à população imigrante negra | 94 |
| 7.4.5 Dificuldades/Limites no atendimento à população imigrante negra | 95 |
| 7.4.6 Material de apoio/estratégia/política para o atendimento da população imigrante negra | 96 |

| | |
|---|------------|
| 7.4.7 Limitações do estudo | 98 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 99 |
| 9 REFERÊNCIAS | 101 |
| APÊNDICE 1 – ENTREVISTA | 110 |
| APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 111 |
| ANEXO 1 – CRITÉRIOS CONSOLIDADOS PARA RELATAR PESQUISA QUALITATIVA (COREQ) | 113 |
| ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP | 117 |

APRESENTAÇÃO

O contexto social brasileiro, com a vinda dos portugueses, instaurou uma estrutura completamente racista, o período da colonização é marcado pelo genocídio da população negra e indígena, histórico esse que é preponderante nas relações sociais que geram a condicionantes de ações e circunstâncias na vida da população negra. A motivação da realização deste trabalho vem desde os questionamentos individuais do meu contexto particular, assim com considerar a perspectiva da linha de pesquisa de Gerenciamento dos Serviços de Saúde, em uma busca para identificar em como os antecedentes sociais podem influenciar, ou não, a prática da assistência à saúde realizada pelos profissionais.

Os meus questionamentos surgiram por conta das caixas definidoras às quais pertenço. Logo que chego, já sou reconhecida por várias representações que carrego, por ser mulher, negra, nordestina (residindo no sul do país) condicionando para que a somatória da minha história não seja mais anunciada, pois em alguns espaços essas identificações são suficientes.

Vim para Curitiba com onze anos de idade, com minha mãe e irmã. Desde sempre, devido a privação de condições sociais, situações que não temos controle, até alcançarmos uma condição digna de vida, nosso contexto nunca foi fácil. Trabalhei desde muito cedo, já no ensino médio, e após, fiz o curso de técnico de enfermagem; nessa época nem imaginava ou até mesmo nem sonhava em entrar em uma universidade.

Dentro da Universidade Pública, procurava me esforçar ao extremo, pois entendia que a pessoa pobre e cotista tinha que fazer valer aquela vaga, sem condição de falha, pois o preço da cobrança sempre foi mais forte. Durante esse processo me engajei em vários movimentos sociais, ONGs e o movimento estudantil; envolvimento que possibilitaram a minha formação política e crítica, propiciando, inclusive, à ocupação inédita do prédio de Enfermagem e Terapia Ocupacional da UFPR, local onde aprendi muito e carrego amigos próximos até hoje.

Os questionamentos são desde que me dei conta que até os manequins onde temos aula práticas possuíam o tom de pele clara, olhos azuis e o cabelo pintado de loiro. Em alguns momentos escutei o dizer “A pele mais difícil de realizar a punção é na pele negra”, meus colegas de turma eram majoritariamente brancos, meus professores também. Porém quando adentrava no serviço para trabalhar notava que o mundo não era tão branco assim. Como saber identificar e atender uma pessoa negra se apenas somos treinados para perceber o branco? Esse questionamento foi algo motivador para me perceber como alguém e problematizar a prática profissional.

Dentre essas reflexões, que só aumentavam a cada novo livro ou texto que me era apresentado, comecei a indagar sobre com a situação dos imigrantes negros e como eles seriam percebidos ou reconhecidos dentro dos serviços de saúde. Enquanto não enxergamos os sujeitos e as suas necessidades, que são determinadas pelas estruturas raciais e sociais que vivemos, não conseguiremos ser antirracistas, perpetuando, dessa forma, a cultura do racismo.

Espero que essa dissertação contribua como suporte à reflexão e resistência para os próximos enfermeiros e/ou profissionais da saúde, buscando superar estatísticas e transformar o futuro em algo possível em que todos possam viver. Anelo que possamos refletir para romper com o modelo biomédico, que somente identifica números. Contudo esse numeral é composto por indivíduos, com suas subjetividades e necessidades.

Após uma breve apresentação da minha trajetória e relação com o objeto dessa pesquisa, segue o primeiro capítulo com a introdução e a revisão de literatura referente ao tema. A justificativa é sintetizada no segundo capítulo. O objetivo geral e os objetivos específicos, são apresentados no terceiro capítulo. No quarto capítulo, o referencial teórico adotado é explicitado. No quinto capítulo, intitulado Materiais e Métodos, está descrito o tipo de estudo adotado e os itens que foram seguidos nas primeira e segunda etapas da pesquisa. Nos sexto e sétimos capítulos, respectivamente, os resultados e a discussão dos dados são apresentados. No oitavo capítulo, o texto é finalizado com as considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

O problema dessa pesquisa está relacionado ao atendimento da população imigrante negra na Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia da Covid-19. A escolha pelo período da pandemia advém do reconhecimento que esse grupo populacional vivencia ainda mais dificuldades no que concerne à atenção à saúde, já saturada, durante o enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Este estudo inclinou-se na seleção de autores decoloniais como Silvio Almeida, Achille Mbembe e Frantz Omar Fanon; e de autores pós-coloniais, Michel Foucault e Hannah Arendt, pois, suas produções são indispensáveis para a desconstrução do pensamento colonialista, que foi hegemônico, por muito tempo, nas produções literárias sobre imigração. Dessa forma, serão mantidos alguns autores coloniais que debatem acerca de estruturas de poder.

O processo de migração pode ser definido como uma mudança permanente ou semipermanente de residência, independente do tempo que se percorre para acontecer, trata-se do movimento de um lugar de origem para um lugar de destino. (MOURA, 1980 apud LANZA; BARROS; RODRIGUES, 2017).

A organização da humanidade se fez na lógica da diferença, entre conquistadores e conquistados, essa conquista foi sistematizada a partir da concepção que povos criaram sobre raça, sendo esse o padrão utilizado para uma lógica de controle das organizações do que seriam os Estados e conservadorismo das suas instituições, convenientemente como instrumento na produção do conhecimento (QUIJANO, 2005). Os trajetos de imigração podem ser identificados como um evento social que sofre variações devido o modelo econômico vigente. Diante da lógica colonial, o corpo do colonizado é entendido como algo que não possui vontade ou subjetividade, ou seja, humanidade, matéria física que serve com o propósito de serventia e destituído de voz e alma, reduzidos à mão de obra (HOOKS, 1995).

A maneira como o mundo se organizou, na formação e produção de saberes, no mundo ocidental, a ciência apresentou um caráter exclusivo colonialista, impedindo a validação/ou reconhecimento de conceitos/história de outros povos, salvaguardando unicamente o legitimado do povo dominante. Assim se criou uma dicotomia pela lógica da negação/exclusão dos conhecimentos populares, leigos, plebeus, camponeses, indígenas ou de qualquer outra linha que não a seja a ótica colonial (SANTOS, 2007).

O pensamento colonial pousa enquanto uma marcação zero dentro das concepções de conhecimento e direito, silenciando e condenando milhões de seres humanos sustentando um

modo de como a sociedade civil surge, em uma visão eurocêntrica, sendo que estado nunca considerou outras organizações sociais com respeito ou civilidade, todavia incessantemente como pessoas selvagens, não possibilitando espaço para existência senão a sobrevivência (SANTOS, 2007).

O termo decolonial procura sistematizar conceitos e categorias com uma gama de pesquisadores, colocando uma prática de oposição e intervenção, posto isto, esse raciocínio traz a voz dos sujeitos socialmente marginalizados, conformando então o antagônico e paralelo do pensamento colonial, concebendo a história relatada pelo lado dos colonizados. Logo, se faz necessário pensar e agir por uma perspectiva considerada como subalterna em busca da construção de um pensamento contra hegemônico (BERNARDINO – COSTA; GROSGOUEL, 2016).

Esse processo aconteceu em decorrência do caráter de dominância da raça branca sobre a negra que analisa o processo normativo de migração ocorrido em períodos de grandes guerras mundiais. Nesses contextos grande parte da população migrante era da raça branca corroborando, desse modo, para que surgissem aspectos de manifestações mundiais acerca do tema imigração, como reflexões quanto aos direitos dos indivíduos migrantes (ARENDRT, 2003; FOUCAULT, 2005).

Por outro lado, sob a perspectiva da decolonialidade e pós-colonialidade, pode-se estudar como ocorreu o processo migratório da população negra na história de maneira mais realista, demonstrando a diferença da imigração branca para o Brasil com a imigração negra, tópicos esses a serem debatidos brevemente nesta dissertação, bem como os seus reflexos no comportamento social até os dias de hoje.

Se objetivarmos enxergar em como o pensamento colonialista estruturou a sociedade moderna para que esta vivencie a sua realidade de modo a suscitar a negação da humanidade negra, corpos criados pela identificação a partir da racialização, foi retirado do colonizado a possibilidade de ser visto e expresso enquanto gênero humano. Por conseguinte, o colonialismo inventa o negro nas místicas, de acordo com o que o branco o concebe, ou seja, idealizando o negro com base em seus valores; com esse raciocínio ocorreu o fundamento para a criação do poder pelo racismo. (FANON, 1983).

Racismo e raça são conceitos que o próprio Estado definiu, sempre o utilizando como maneira de controle, para manter uma normalização e condição dos processos de dominação praticados pelo mesmo (MBEMBE, 2014). Isto posto, o racismo estrutural é definido como algo exposto e condicionante de suas estruturas com a frequente manutenção do elemento raça, que

relega o corpo negro a condições subalternas. O elemento raça se constitui estruturante em todas as agências de poder social, seja pela violência estrutural (ausência de direitos), ora pela violência cultural (pressuposta pela incapacidade ou incivilidade) e ora por força institucional (controle policial). À vista disso, quando se fala em raça, a única construção do imaginário social é a negra, como uma omissão do termo raça, quando se fala de pessoas brancas. (ALMEIDA, 2020).

1.1 ATENDIMENTO À SAÚDE DOS IMIGRANTES NO BRASIL E O MITO DA DEMOCRACIA RACIAL

O conjunto de ações individuais e coletivas, sendo esses influenciados por fatores circunstanciais do contexto de ordem política, econômica, ambiental, cultural e social proporcionaria consequentemente a saúde de um sujeito. Logo relaciona-se que a saúde não parte apenas do indivíduo, assim como do contexto ao qual se está inserido, determinado pelos processos históricos e sociais que reproduz cada sociedade (BRASIL, 2006).

O direito dos imigrantes aos serviços de saúde no Brasil, estão garantidos pela Constituição Federal de 1988, no Artigo 5º, que garante que todo indivíduo dentro do território nacional tem direito do acesso aos serviços de saúde, porém existem inúmeros fatores estruturais que impedem que esse acesso realmente aconteça (SANTOS, 2016). O Sistema Único da Saúde (SUS), sobressaído após a constituição determinados pelas leis 8080 e 8142, é planejado pelos princípios doutrinários da Universalidade, Integralidade e Equidade; e princípios organizativos da Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único, por fim o da Participação Popular (BRASIL, 1990; BRASIL 1990).

A procura pelo Brasil como opção pelos imigrantes cresce anualmente, como evidenciado pelo observatório de Migrações Internacionais do Ministério da Justiça e Segurança Pública, demonstrou no seu Relatório Anual 2019, que foram registrados 774,2 mil imigrantes no período de 2011 a 2018 no Brasil. Ao todo 492,7 mil apresentam registro de longo termo (período de permanência no país superior a um ano) e 21,5% são representados por haitianos (106,1 mil). As nacionalidades dos imigrantes registradas durante o ano de 2018 foram de: venezuelanos (39%), haitianos (14,7%), colombianos (7,7%), bolivianos (6,8%) e uruguaios (6,7%) (BRASIL, 2019).

Considerando ao fato que 98% da população do Haiti é negra sendo essa sendo a população que mais imigrou para território brasileiro nos últimos anos (MEJIA, CAZAROTTO, 2017), elenca-se a necessidade do debate de como o imigrante negro acessa o sistema de saúde brasileiro.

Alguns imigrantes podem passar por condições de vulnerabilidade social e econômica, posto em trabalhos insalubres, salários baixos e condições de moradias precárias. Essas condições favorecem o aparecimento de subnutrição, doenças laborais, doenças infecciosas (tuberculose, hepatites, HIV, difterias), transtornos psicossociais decorrentes da atual situação, assim como o afastamento da família, levando ao desenvolvimento de depressão, uso de álcool e consumo de drogas. (SANTOS, 2016).

Em períodos de crise financeira e social, os imigrantes acabam por serem os mais prejudicados. No contexto de uma pandemia, mais especificamente durante a da Covid-19, o alto índice de desemprego gera condições de subemprego e na mesma proporção, intensifica a vulnerabilidade da população imigrante; a pandemia agrava a situação econômica dos imigrantes implicando na perda de condições de sustento (PLACIDE, 2020). Existe uma lacuna nas informações sobre a condição do imigrante dentro desse contexto, não é obrigatório o preenchimento da nacionalidade na ficha de notificação, como também faltam informações das condições a qual esses estão inseridos.

O acesso dos imigrantes na Atenção Primária à Saúde está garantido, assim como o acesso aos serviços hospitalares, porém uma das barreiras para o atendimento seria o obstáculo linguístico, assim como a xenofobia e racismo, principalmente no atendimento da população imigrante negra (MORAIS, 2020).

Como essa pesquisa busca entender como os profissionais da saúde acolhem os imigrantes negros, faz-se necessário o debate acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visto que essa população tem acesso aos serviços de saúde e conseguiriam um atendimento com maior efetividade da restauração da sua condição de saúde.

A reflexão sobre o passado histórico do Brasil, fundado em práticas racistas e sob a ótica do princípio da equidade garantiu o surgimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída somente em 2009 pelo Ministério da Saúde em concordância do Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão e Estratégia e Participativa no SUS (PNSIPN, 2017). Essa lei surge da necessidade da reflexão do compromisso que à saúde deve considerar a raça como um determinante de saúde.

Quando passado em como o Brasil foi constituído, sendo permitido em seu código legal a prática da condenação e desumanização das pessoas negras na ordenação dessa prática como condicionante da fonte de renda econômica do país durante os anos de 1530 até 1888, três séculos da história do país, sendo esse fato o determinante para a obliteração do conceito de que a democracia racial tenha existido. É improvável de que um território criado dentro de uma

ideologia da dominância de raças tenha essa democracia, sendo um mito que anula a trajetória e as injustiças históricas percorridas pela população negra, que impactam na realidade objetiva e subjetiva dos negros dentro do Brasil, assim como na sua saúde (SANTOS, ANDRADE, 2021). O princípio da equidade busca reduzir as desigualdades sociais, pois essas surgem para além das diferenças biológicas, sendo as diferenças no estado de saúde pelas suas características sociais como renda, educação, ocupação, raça e etnia e o ofício de trabalho. A formação racista em que o país foi construído fundamenta uma sociedade que afirma as desigualdades pelo espectro da raça que influencia em como é organizada a sociedade em todas as esferas, inclusive nas relações pessoais (BARATA 2016).

Mesmo que a sociedade tenha passado por inúmeras mudanças, desde a época de quando a escravidão era permitida legalmente, a população negra sofre até hoje pela violência e desigualdades que foram instituídas desde esse momento. Essas políticas indicam que o SUS reconhece as injustiças existentes dentro da sociedade, porém ainda não existe uma perspectiva específica para a realidade da saúde dos imigrantes negros, condicionando para uma insipiência da organização dos serviços de saúde.

1.2.1 Atendimento à Saúde dos Imigrantes durante a pandemia da Covid-19

A pandemia causada pela Covid-19, até o mês de maio de 2020, apresentou 3,950.931 casos, com 122.596 óbitos, com uma chance de letalidade de 3,1% e 58,3 de mortalidade no Brasil. O Paraná apresentou 133.574 casos confirmados com 3.345 óbitos; e na cidade de Curitiba houve a confirmação de 29072 casos e 997 óbitos confirmados, até o momento, a citar, dia 01 de setembro de 2020 (BRASIL, 2020).

Quando afunilamos os dados para a realidade da população negra, um estudo realizado pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, aponta que mais da metade dos negros que foram internados nos hospitais no Brasil morreram com a confirmação de Covid-19. No Rio de Janeiro o estudo aponta que dos 8.963 pacientes negros internados, 54,8% morreram em hospitais, enquanto 9.988 pacientes brancos, a taxa de letalidade foi de 37,9%. (SANTOS, 2020).

Na cidade de São Paulo, a taxa de mortalidade pela Covid-19 é de 172 mortes para cada 100 mil habitantes, sendo esse número 60% maior que a taxa de mortalidade para a população branca na cidade (SANTOS, 2020).

Os dados apontam para a existência de racismo estrutural de uma maneira numérica, ou científica, que perpassa a nossa realidade. O impacto da pandemia evidencia a situação da

população negra até os dias de hoje, considerando que a maioria da ainda recebe os menores salários, e possui as piores condições de trabalho e o menor índice educacional. Essas condições só acumularam e se inter-relacionaram durante a crise sanitária atual (SANTOS et al, 2020).

Na busca por dados de casos e letalidade da doença referente a população imigrante, não existe o apontamento desses dados, devido à ausência do preenchimento na ficha de notificação e da não divulgação para a população; compreendendo pouco ou quase nada da realidade da população imigrante negra durante a pandemia.

1.2.2 A Atenção Primária à Saúde no atendimento da Covid-19

A APS é definida por um conjunto de ações de saúde local, que deve atingir o individual e coletivo da população, possibilitando a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; proporcionando um impacto direto na saúde e autonomia dos sujeitos. A APS desenvolve ações à população conforme o seu território adscrito, com responsabilidade sanitária e levando em consideração as características da população a qual atende. O serviço é concebido pelo conhecimento teórico-prático de cuidado e gestão com o trabalho da equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

Durante a pandemia, a APS focou os atendimentos dentro do seu espaço físico entre usuários sintomáticos, os que procuravam o serviço por apresentarem sintomas leves, e pacientes assintomáticos. Essa organização física previa diminuir a disseminação do vírus, reduzindo assim a exposição das pessoas contaminadas e não contaminadas (WILLIAMS; TSILIGIANNI, 2020).

No contexto da pandemia de Covid-19 emergem desafios, trazendo a necessidade de reorganização dos serviços da APS dentro do seu território, visto que todo os serviços de saúde tiveram que se organizar para o atendimento da população. A APS ficou responsável principalmente com o acompanhamento dos casos leves e demais problemas de saúde, adequada proteção e condições de segurança para os profissionais, mudança organizacional que sejam compatíveis com a realidade local, educação continuada dos profissionais, fortalecimento das parcerias com as organizações comunitárias favorecendo o desenvolvimento de habilidades da população. (MEDINA et al, 2020).

É necessário um gerenciamento de riscos durante a crise sanitária, realizando notificação, detecção e acompanhamento dos casos, principalmente dos usuários que estejam em isolamento social, trabalhando sempre com a educação da população e evitando a disseminação de notícias falsas. A população vulnerável à doença requer uma ação estruturada dentro do

território, especialmente com as lideranças do bairro, visando a angariação de recursos para distribuição de cestas básicas, álcool e confecções de máscaras para o uso da população. (MEDINA et al., 2020). Dentre a população vulnerável, podemos apontar como característica os que se enquadram como idosos, mulheres em situação de violência, negros, imigrantes, doentes com comorbidades, moradores de rua e usuários de droga.

Poucos estudos apontam o acesso aos serviços de saúde pela população imigrante no Brasil, porém, mesmo sem a documentação necessária para a permanência no país, muitos possuem o cartão de acesso ao serviço de saúde. Com a condição de desemprego, ou da informalidade de trabalho, devido a estadia ilegal no país, essa população, em muitos casos, se encontra em situação de precariedade em condições de vida (PLACIDE, 2020).

Seguindo o princípio da descentralização do SUS, emergem novas responsabilidades e compromissos que ficam atribuídos ao âmbito local e às demandas específicas dos usuários. No que demanda a expansão física e funcional da rede, assim como a capacitação dos trabalhadores para melhoria da assistência a ser prestada, solicitando, dessa forma, a incumbência dos gerentes para a organização. (SANTOS, 2017). Os gerentes dos serviços de saúde são fundamentais, visto que são profissionais que possuem a competência para detectar as demandas e direcionar o sentido das ações que devem ser executadas. (SANTOS, 2017).

O processo de gestão é influenciado por questões da micropolítica, com participação de vários atores, como também por fatores macropolíticos que se caracterizam pelas condições econômicas, sociais e políticas. O gerente deve possuir um caráter transformador no processo de trabalho, sabendo identificar os condicionantes e os condicionados na prestação do serviço para modificar a ótica de produção dos serviços de saúde (SANTOS, 2017 apud FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004; FRANCO; MERHY, 2013).

A gestão toma um caráter de ‘prática social’, pois ela engloba, para a execução da sua prática, dilemas éticos e políticos que todo gestor irá encontrar para a organização dos serviços, sendo um trabalho suscetível a contradições e conflitos. Assim, a gestão enquanto prática social vai além do que uma técnica para alcançar a eficiência de dada organização, pois ela se entrelaça nas relações humanas inseridas no contexto histórico-cultural que está envolto por aspectos políticos que agem conforme as relações de poder (SANTOS, 2017).

Os gerentes se tornam peças essenciais na prática da condução dos modelos de gestão, pois visam à produção de saúde e a formação dos sujeitos que estão envolvidos no atendimento prestado, seguindo-se os princípios do SUS (SANTOS, 2017). Os gestores tornam-se os operadores dentro do âmbito político, porém outros atores do serviço também estão envolvidos

nesse processo, que permeiam pelo mesmo ambiente e agem na saúde da população, logo, se faz necessário a avaliação de como está a atenção à saúde, para existir a construção de normas e a reestruturação do ambiente. (SANTOS, 2017 apud MERHY, 2013).

O gestor deve propor a mudança na gestão pública, seja pela introdução de tecnologias organizacionais que promovam criatividade, flexibilidade, qualidade, multiplicidade; permitindo a horizontalização das estruturas administrativas, que incluem a participação popular. (SANTOS, 2017).

Esta pesquisa parte do pressuposto de que o racismo estrutural determina como os imigrantes negros são atendidos na APS. Diante do exposto essa pesquisa apresentou como questão norteadora: Como a percepção dos profissionais de saúde influencia no gerenciamento das ações realizadas na atenção primária à saúde para o imigrante negro durante a pandemia de Covid-19?

2 JUSTIFICATIVA

Nas informações que constam nos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde brasileiro não é possível identificar a nacionalidade das pessoas que contraíram ou tiveram óbito confirmado por Covid-19. A ausência deste item para análise reflete a não obrigatoriedade do preenchimento da nacionalidade nas fichas de notificação dos casos suspeitos ou confirmados da Covid-19 evidenciando, assim, uma lacuna na produção de dados epidemiológicos dos casos que atingem a população imigrante no Brasil. Além disso, a pesquisa em tela é inédita, pois são escassas as produções que abordem a saúde da população negra imigrante no Brasil durante a pandemia de Covid-19.

As pesquisas realizadas no Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) envolvem os aspectos do gerenciamento de enfermagem, mas também consideraram aqueles voltados às políticas de saúde e educação que influenciam a gestão em saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Educação Permanente em Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais. Destarte, esta pesquisa faz-se necessária para a identificação de como esse imigrante é recepcionado, na busca de melhorias organizacionais e da preparação da equipe de saúde para receber e acolher os imigrantes negros, com direcionamentos para uma atenção à saúde mais efetiva.

Visto que a população imigrante negra acessa os serviços de saúde, considerando a Universalidade do SUS, deve-se propor ações que foquem no desenvolvimento de melhorias no atendimento dos imigrantes negros. Destaca-se a necessidade de desenvolver novos estudos que alcancem um diagnóstico preciso sobre o atendimento do imigrante negro na saúde pública, inclusive, por parte de enfermeiros, a partir da aproximação com suas demandas, no intuito de propor ações na atenção à saúde.

A finalidade desta pesquisa é lançar luz sobre o objeto de pesquisa escolhido. Além disso, esta pesquisa guarda o potencial de construir conhecimento para ampliação das políticas públicas específicas para a realização do cuidado à população negra imigrante, seguindo a legislação do Sistema Único de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever como é realizada a atenção à saúde do imigrante negro durante a pandemia da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Descrever a situação de saúde dos imigrantes negros no mundo durante a pandemia da Covid-19, a partir de publicações científicas;
- 3.2.2 Verificar como o profissional de saúde reconhece, acolhe e atende o usuário Imigrante negro durante a pandemia da Covid-19;
- 3.2.3 Identificar as estratégias que a equipe de saúde utiliza durante a pandemia da Covid-19 para realizar a atenção à saúde do Imigrante negro.

7 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico adotado neste estudo é pautado na perspectiva do racismo estrutural, como principal autor destaca-se Almeida (2020) e sua abordagem para a construção social de raça e racismo. Norteando-se por esse respaldo teórico, busca-se entender como os processos de escravidão e colonialismo ainda impactam os setores sociais; situação que emerge reflexões sobre a possibilidade de alcançar uma luta antirracista almejando a liberdade e o direito à vida.

O material produzido sustenta-se, pois sem a noção dos conceitos de raça e racismo na sociedade contemporânea, torna-se impossível a compreensão das consequências do racismo e o que seus significados e práticas causam. O racismo é sempre estrutural, pois ele é o elemento que organiza a lógica econômica e política da sociedade. Assim, o racismo seria uma manifestação de expressão normal, pois fornece todo o subsídio para as maneiras desiguais das realidades, assim como permeia fundamentalmente as práticas de exclusão e violência (ALMEIDA, 2020).

O surgimento da ideologia do racismo, e suas interferências dentro da política, bem como sua ação no interior da estrutura legal e econômica. Existem definições e apontamentos que devem ser explanados brevemente. Segundo o teórico, as definições de raça e racismo são primordiais para a compreensão da visão que a pesquisadora adotou para a interpretação e discussão desta pesquisa (ALMEIDA, 2020)

O conceito de raça e racismo se modificou durante o caminhar na humanidade, raça nasce de uma concepção biológica, quando passou a se perceber o mundo de maneira positivista, determinado principalmente pelo discurso eugenista, que pensava a compreensão de corpos e a diversidade humana. Assim, para o determinismo biológico as condições climáticas e do espaço geográfico seriam capazes de especificar as variedades morais, psicológicas e intelectuais das diferentes raças (ALMEIDA, 2020).

Nessa concepção, a pele compreendida por não ser branca que existe em ambientes de clima tropical naturalmente apresentavam comportamentos imorais, libidinosos e violentos como determinantes na formação de indivíduos de pouca inteligência. Logo, a prática de “mistura de raças” era algo condenado, miscigenação, pois o fruto dessa mistura genética tendia em ser impuro. Para o pensamento eugenista no séc. XIX, a compreensão de corpo era uma interpretação de racismo científico (ALMEIDA, 2020).

Outra explicação foi realizada por Fanon (1983), ao definir como racismo cultural qualquer identidade associada à origem geográfica, à religião, à língua ou aos costumes, que faz

sofrer processos discriminatórios pelo seu registo étnico cultural. Almeida (2020), aponta a modificação do conceito de raça, inclusive entre a população caucasiana, trazendo a reflexão da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), onde o fato raça com uma expressão nacionalista imperou, com teoria fundamentada principalmente no discurso ainda eugenista, era um elemento incondicionalmente político, aqui se tem incontestavelmente um estado reconhecido como nacionalista (ALMEIDA, 2020).

Após a explicação do que seria raça, podemos atingir o que seria a compreensão do que é racismo. O racismo se expõe como uma prática de divisão espacial de raças, então Almeida (2020) fundamenta a sua teoria de racismo estrutural, mas antes explica as concepções que existiram posteriormente, como a do racismo científico e racismo institucional. As outras concepções anteriores seriam insatisfatórias para a explicação de uma maneira mais abrangente o fenômeno do racismo, pois esse surge de maneira estrutural.

Na concepção individualista o racismo é engendrado como uma doença ou anormalidade, como um fenômeno ético ou psicológico com caráter individual ou coletivo, sendo visto como o racismo irracional. Essa teoria acerca do racismo se torna enfraquecida, pois segundo essa lógica não existiriam sociedades ou instituições racistas, apenas indivíduos isoladamente racistas. Outra concepção que existia sobre racismo é a concepção institucional, que aponta que o racismo não é o resumo de comportamentos individuais, porém é mantido como o resultado do funcionamento das instituições sociais, conferindo indivíduos privilégios ou não baseado na raça. Por esse prisma, as instituições moldam o caráter e indivíduo para o encaminhamento de suas decisões e cálculo racional, inclusive indução de sentimentos e de preferência baseados em raça. Nessa definição pode-se alcançar a identificação do racismo como dominação, racionalizando o que é o “normal” e “natural” (ALMEIDA, 2020).

O racismo institucional consolida, nesse sentido, que as instituições ajam pela supremacia branca, onde o racismo é identificado como um projeto político que age sob o efeito da ação ou omissão dos poderes institucionais na prática de mecanismos discriminatórios (ALMEIDA, 2020).

A concepção de racismo estrutural surge por ser inerente a ordem social e ultrapassa o espaço de ação individual, chega na dimensão institucional por meio de imposições de regras e padrões em decorrência do modo “normal” que constitui e determina as relações políticas, econômicas, jurídicas e familiares. O racismo estrutural vai além de condições individuais ou processos institucionais, pois o racismo é uma regra e não uma exceção (ALMEIDA, 2020).

Desse modo, como produto de um processo histórico e político, o racismo permeia as esferas sociais que, por sua vez, agem de forma direta ou indireta em grupos que são identificados racialmente, corroborando, dessa forma, no processo final de discriminação sistemática. A terminologia estrutural, em certo sentido, condiciona o racismo a um estado incontornável e não nega que indivíduos que cometam esses atos de discriminação não devam ser responsabilizados (ALMEIDA, 2020).

Já a noção de nacionalismo é apontada como o espaço onde indivíduos e grupos humanos se identificam a partir de um território, de idealização de poder e de soberania. Um dos seus desdobramentos é o orgulho nacional, utilizado na lógica de dominação. O estabelecimento de controle de natalidade, normas de entrada e permanência no território são constantes ferramentas utilizadas como condições para os indivíduos reconhecidos como minorias, que podem ser indígenas, imigrantes e negros (ALMEIDA, 2020).

Fundado em um projeto da produção do discurso nacionalista, o Brasil foi tornando racional, emocional e aceitável a conquista e destruição de indivíduos não brancos, favorecendo, com isso, o racismo como elemento constitutivo da nacionalidade brasileira. Esse processo naturaliza a face de corpos que são determinados a morrer, se escolhe quem deve-se salvar, quem é bom e quem é ruim, somente pela maneira que esse corpo é reconhecido. Sendo a morte não o produto da retirada da vida, mas a naturalização da exposição ao risco de morrer, expulsão e rejeição (ALMEIDA, 2020).

Nessa mesma perspectiva, a Europa só pôde se industrializar e ter o acúmulo financeiro até hoje, em virtude da morte de milhões de africanos e africanas que foram expropriados, torturados, escravizados, assassinados e negados em sua humanidade. Nas palavras de Almeida (2020), o estado europeu seria o menos civilizado possível, pois a maneira que teve seu desenvolvimento foi com violência e genocídio. O colonialismo é inevitável para a formação do desenvolvimento capitalista, pois foi somente com essa maneira de exploração, por meio de parâmetros raciais e criação de tecnologias sociais que se naturalizam as condições de baixos salários; situações que constituem o racismo como elemento mantenedor do estado capitalista.

4.1 FLUXOS MIGRATÓRIOS OCIDENTAIS COMO MECANISMO DE SUPREMACIA RACIAL

Em busca da compreensão em como o processo histórico do impacto do colonialismo atinge a população negra, não apenas o imigrante negro, aqui será apontado sumariamente o contexto de como os negros migraram para outros continentes, não com sua humanidade

preservada, mas como mercadoria na ordenação da construção de uma sociedade baseada no racismo.

Na segunda metade do século XIX, as migrações internacionais estabeleciam fluxos migratórios que se iniciavam em países mais ricos em direção a países mais pobres (SILVA; MORAES, 2016; BRITO, 2011). O crescimento econômico intensificou e corroborou nos processos técnicos principalmente nos meios de transporte, para alguns historiadores, essa época é conhecida como a era do imperialismo (ARENDR, 2003).

As grandes potências europeias promoveram o novo colonialismo e seguiram em busca por estabelecimento do controle territorial. Os continentes da Ásia e África constantemente foram invadidos e transformaram-se em colônias, fundamentais para produzir o capital desses países (Inglaterra, França, Portugal, Espanha) baseados em produtos agrícolas e minerais (SILVA; MORAES, 2016; BRITO, 2011). Essas potências europeias estabeleciam um objetivo de dominação utilizando da subordinação e força para suas conquistas.

Esse momento da história ficou marcado pela soberania de uma raça ante a outra, ou da supremacia da raça branca perante os outros povos não brancos, estabelecendo a convivência com povos de outras etnias sob a égide das relações hierárquicas de poder, favorecendo a consolidação de políticas de doutrinas raciais, separando a sociedade entre raças dominantes e raças inferiores ou domináveis, tornando-se, dessa forma, ponto ideológico para muitos países, no que tange as orientações das políticas de Estado (FOUCAULT, 2005).

A origem desse pensamento racista se iniciou na França, antes das grandes migrações e da era imperialista, quando ocorreu uma guerra entre duas etnias que representavam nações diferentes após a queda do império romano¹ (ARENDR, 2003). O pensamento racista se unificou com o pensamento nacionalista, quando na Alemanha, na segunda metade do século XIX, se criou o mecanismo político de unificação nacional, com o objetivo de unificar o povo de origem étnica comum (ARENDR, 2003; FOUCAULT, 2005).

Já na Inglaterra, com a expansão imperialista, essa ideologia veio com a dominação do povo inglês, sendo a hereditariedade a identificação racial. O contato do europeu, principalmente com os povos do continente da África e Ásia, baseado na ideologia da supremacia racial e dominação política, teve como efeito a subordinação social e principalmente cultural desses povos que foram colonizados (SILVA; MORAES, 2016; BRITO, 2011).

¹ O território que hoje é conhecido como França era habitado pelos gauleses e havia sido dominado pela aristocracia germânica, que se legitimou a partir da conquista e exigiu obediência pela força.

O termo aqui utilizado como supremacia racial refere-se à noção de uma lógica de supremacia branca, que ainda existe por parte das pessoas brancas e reflete uma racionalidade de dominação em diversos âmbitos. A supremacia branca, então, é uma forma de hegemonia, que foi exercida pelo exercício da força de poder e por meio de consensos ideológicos (ALMEIDA, 2018).

A concepção de ideologia racial, que é a ideia de supremacia do homem branco para com qualquer outra etnia, já estava presente desde o Antigo Sistema Colonial, com as expansões marítimas do século XVI, que perduraram até o início do século XIX. Nesta época, no Brasil, os colonizadores tentaram catequizar os indígenas, os que não se submetiam aos dogmas religiosos eram escravizados ou mortos, ocasionando assim, o genocídio de culturas e pessoas. A catequização dos povos indígenas acontece, principalmente pela lógica de salvar a sua alma em nome de um deus verdadeiro, que era o deus católico das missões cristãs. Como a escravidão dos índios se tornou dificultosa devido ao fato de fuga para as matas sendo um dos maiores genocídios da população natural do território, assim iniciou-se a imigração do negro como mão de obra escrava; ação que, por envolver domínio e tráfico era excessivamente rentável para o sistema mercantil (SILVA; MORAES, 2016; BRITO, 2011).

Dessa forma, o indivíduo negro passou a ser considerado apenas como mercadoria e sujeito a condições sub-humanas. O tratamento e olhar que se dirigia ao escravo negro não estavam apenas atrelados ao seu valor de mercado, mas à visão reducionista e desumanizada que eram submetidos, pois esses corpos carregavam a marca da inferioridade, símbolo da pele (BRITO, 2011). Nesse sentido, essa dominação não se fundamentou apenas pela questão econômica, mas em função da concepção racista e colonialista que apoiava todo o movimento de organização social.

Essa imagem reducionista aparece nos livros de história com ilustrações da violência com que os povos negros eram tratados, com imagens de escravos em situações humilhantes, seminus, com posturas desengonçadas, cenas de agressividades, açoitamentos e de trabalhos forçados sob a vigilância de capataz armado. Tais imagens de subjugação do corpo negro podem ser absorvidas em representações negativas da descendência africana, perpetuando a construção desse imaginário inferiorizante do corpo negro. Essas retratações corroboram com a lógica de dominação colonial, pois reforçam no imaginário coletivo a idealização estereotipada do lugar do negro na sociedade; cumprem com a função originária de sempre ressaltar negros como um povo escravo não cedendo espaço para o pertencimento, negando até hoje a humanidade e cidadania por onde forem (SILVA; MARTINS, 2011).

4.2 ASPECTOS NORMATIVOS DOS PROCESSOS DE MIGRAÇÃO OCIDENTAIS ENTRE 1914-1967

Esse período foi selecionado para esse trabalho, por ser reconhecido por um marco na história da sociedade ocidental que ocorreu uma grande migração do povo que foi o colonizador e que foi criado tratados que preservassem os seus direitos humanos.

O processo de êxodo é um fenômeno que ocorre quando um povo sai à busca de outros ambientes e condições melhores de vida, sendo que um dos principais fatores que impulsiona esse fenômeno são as guerras. Porém o caráter mundial que foi dado a imigração da população europeia é diferente em inúmeros aspectos (BRITO, 2017).

Na década de 1920, com o fim da Primeira Guerra Mundial (1914 – 1918), ocorreu na Europa um grande número de migrações, ocasionando, com isso, o debate sobre a proteção dos refugiados. Por conseguinte, em 1951, foi estabelecido o Estatuto dos Refugiados das Nações Unidas, dispondo que só seriam aceitos refugiados oriundos de países europeus e consentindo na não obrigatoriedade de aceitar refugiados de outros continentes. Esse estatuto foi norteador para o estabelecimento de políticas migratórias em vários países do mundo, visto que a fronteira de alguns países apresentava restrições em receber os imigrantes, sendo uma tentativa de impedir o processo com as limitações no acolhimento dos refugiados (BRITO, 2017).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), surgiu outro grande marco no processo migratório mundial de indivíduos no mundo, a Declaração Universal de Direitos Humanos, onde determina que “Todo ser humano, vítima de perseguição, tem o direito a procurar e de gozar asilo em outros países” artigo 14 Declaração Universal de Direitos Humanos (BRITO, 2017). A Declaração sugere a liberdade de movimento da população, pois transpassa o direito à nacionalidade, defendendo assim o direito a essa mudança. Porém os imigrantes, quando cruzam as fronteiras acabam ficando à mercê da soberania exercida pelo país de destino e permanecem ~~iam~~ em ocupações vistas como subalternas na hierarquia social (SILVA; MORAES, 2016).

O termo refugiado tem a sua derivação do latim *refugere*, composto por *re* (acentuado) mais *fugere*, de fugir. Após todos esses processos citados acima, com a Convenção de Genebra de 1951, que, em consequência dos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951 e temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país. Na América Latina, foi elaborada a Declaração

de Cartagena de 1984, sendo utilizada por mais de 15 países, ela assinala a expansão do conceito sobre o refugiado, preconizando que são pessoas que fogem do país pela condição de vida, segurança ou liberdade, e que se encontram ameaçadas por condições de violência generalizada, conflitos internos ou até a violação dos direitos humanos (ALELUIA; MATTOS, 2017).

O contexto do refúgio entrou em vigência, no Brasil, com a Lei 9.474/97, que conseguiu abranger os princípios que foram debatidos na Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967, realizado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas sobre Refugiados (ACNUR), criando no Brasil o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), que se destina a sistematizar e proporcionar a efetividade do cumprimento legal baseado nas normas de Direito Internacional (ALELUIA; MATTOS, 2017).

Atualmente um dos grandes motivadores para imigrações são os fatores econômicos, em função disso, a necessidade de emprego provoca o deslocamento das pessoas para outros espaços; essa condição é omitida da discussão entre direitos humanos e soberania nacional, como é o caso das novas imigrações na atualidade. Contudo, mesmo com os avanços nas normas migratórias, durante o processo de migração, a soberania nacional acaba se sobrepondo aos direitos humanos das minorias, sendo esses indivíduos vistos como uma identidade subalterna, sem os direitos que a política lhe concede (ARENDRT, 2003).

5 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo são abordados, em duas etapas, o caminho que a pesquisa percorreu para que os objetivos fossem alcançados. Primeiramente, a descrição do tipo de pesquisa. Depois, o detalhamento metodológico sobre como foi realizada a *Scoping Review*. Na segunda etapa, apresenta-se a descrição sobre o cenário, participantes, roteiro de entrevista, como foi feita a coleta dos dados, a análise dos dados e os aspectos éticos adotados na pesquisa de campo.

5.1 TIPO DE PESQUISA

Ambas as etapas foram conformadas a partir de um desenho de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. As pesquisas de cunho qualitativo buscam captar, dos textos da primeira etapa e do ponto de vista do entrevistado na segunda etapa, os fenômenos e interpretar seus significados. O caráter exploratório e descritivo, com base no que foi colocado como problema a ser investigado, diz respeito às pesquisas que possuem o objetivo de descrever criteriosamente os fatos e fenômenos da realidade que será observada (LACERDA; COSTENARO, 2017). Como estratégia para alcançar o primeiro objetivo da pesquisa foi realizada uma *Scoping Review*, que é uma tipologia de revisão que busca encontrar lacunas sobre um respectivo tópico, utilizando, para isso, um banco de dados de literatura científica e literatura cinzenta.

A pesquisa de campo foi a estratégia utilizada na segunda etapa da pesquisa para responder ao segundo e ao terceiro objetivo que foram elencados e que serão detalhados no decorrer do capítulo.

5.2 PRIMEIRA ETAPA: SCOPING REVIEW

Para sustentar com evidências científicas a temática escolhida, foi realizada uma *scoping review*, seguindo o guia Internacional *PRISMA-ScR* (TRICCO et al., 2016) e no método proposto pelo *Joanna Briggs Institute, Reviewers Manual* (JBI, 2021). Esse tipo de revisão segue os seguintes passos: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise dos dados; e, 5) agrupamento, síntese e apresentação dos dados (PETERS et al., 2017; TRICCO et al., 2016).

5.2.1 Identificação da pergunta de pesquisa e palavras chaves

Para a formulação da questão de pesquisa, a estratégia utilizada foi a *Participants, Concept and Context* (JBI, 2021), o P (participantes) – Imigrantes negros, C (conceito) prevalência da COVID-19 e C (contexto) – mundo. Como resultado a questão de pesquisa formulada foi: “Quais são as informações sobre a saúde da população imigrante negra durante a pandemia da Covid-19?”

O próximo passo foi localizar palavras chaves que conseguissem responder a questão da pesquisa, a estratégia escolhida foi a busca pelos estudos utilizando os operadores booleanos: no idioma português (“Covid-19” ou “Infecções por Coronavirus”) AND (“Epidemiologia” ou “Prevalência” ou “Morbidade” ou “Mortalidade”) AND (“Emigrantes e Imigrantes”) e no idioma inglês (“Covid-19” OR “Coronavirus Infections”) AND (“Epidemiology” or “Prevalence” OR “Morbidity” OR “Mortality”) AND *Emigrants and Immigrants*. A estratégia foi adaptada conforme a especificidade de cada base utilizada com combinação similar dos descritores.

5.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: seleção de material completo, desde editoriais, artigos de comunicação científica, cartas, ensaios, narrativas de toda espécie, disponíveis online. A seleção desses elementos buscava a abordagem da saúde da população imigrante durante a pandemia da Covid-19 fora dos seus países de origem, nos idiomas português, espanhol e/ ou inglês, a partir de janeiro de 2020 até o dia 25 de julho de 2020.

Foram excluídos da busca os manuais, em virtude da extensão desses documentos, assim como materiais que não abordassem sobre a saúde da população negra imigrante. Essa busca aconteceu durante todo o mês de julho do ano de 2020, sendo selecionadas bases de dados e dois repositórios de leitura cinzenta que foram incluídos da mesma maneira que as outras bases de dados com a estratégia de pesquisa.

5.2.3 Identificação dos Artigos publicados relevantes

As bases de dados selecionadas foram: *Web of Science, Cochrane, National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed), Scopus*. Aponta-se que foi utilizado o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal do Nível Superior (CAPES),

por meio da Universidade Federal do Paraná, para a seleção e acesso das bases de dados. Como a *Scoping Review* permite a utilização de dados de literatura cinzenta, foi selecionada a *Lancet* e o Google Acadêmico, em busca de uma maior abrangência de material para otimizar o alcance do objetivo proposto pela questão de pesquisa.

5.2.4 Extração dos dados

Para a melhor visualização e organização do conteúdo, as autoras fizeram uso do aplicativo *Mendley*, que organizou e identificou textos duplicados. Os dados foram extraídos para uma planilha no programa *Excel Office 365* para organização e visualização dos textos encontrados. As informações carregadas nessa planilha foram alimentadas e checadas pelos autores que participam da pesquisa.

5.3 SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTAS

5.3.1 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no Município de Curitiba, que está dividido em dez distritos sanitários e 111 UBS; destas, 53 são de Estratégia de Saúde da Família, 13 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), duas Unidades de Saúde com especialidades, nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Os outros aparelhos de atendimento à saúde podem ser visualizados conforme Quadro 1.

QUADRO 1 – APARELHO DE ATENDIMENTO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR, 2021

| Aparelhos de atendimento à saúde | Quantidade |
|---|-------------------|
| Centro de especialidades odontológicas | 3 unidades |
| Clínicas Odontológicas | 108 unidades |
| Hospitais Municipais | 2 unidades |
| Laboratório de análises clínicas | 1 unidade |
| Central de Vacina | 1 unidade |
| Residências terapêuticas | 6 unidades |
| Centro de Zoonoses | 1 unidade |
| Espaço Saúde | 67 unidades |

| | |
|---|----------------|
| Clínicas especializadas | 55 unidades |
| Hospitais | 25 unidades |
| Policlínicas | 23 unidades |
| Serviços de apoio diagnósticos | 42 serviços |
| Leitos hospitalares | 4.929 unidades |
| Leitos de Unidade de Terapia Intensiva | 316 unidade |

FONTE: Adaptado de CURITIBA (2021).

Para a escolha de quais Unidades de Saúde comporiam os cenários de pesquisa deste estudo, entrou-se em contato com órgãos que estruturam relatórios dos atendimentos prestados pela Atenção Primária no município de Curitiba, porém o Município informou que não gera esse relatório pela especificidade da nacionalidade. Não sendo possível, desse modo, a localização das UBS que apresentavam maior número de atendimento dos imigrantes através da Secretária Municipal de Saúde. Logo, o caminho que se seguiu foi o contato com as Organizações não Governamentais (ONGs) de atendimento da população imigrante no município de Curitiba, após esses contatos foi possível o mapeamento dos locais de maior concentração da população imigrante na cidade de Curitiba. Assim, o presente estudo foi desenvolvido em 10 Unidades de Saúde, sendo elas: Unidade de Saúde Capanema, Unidade de Saúde Ouvidor Pardini, Mãe Curitibana (Distrito Sanitário Matriz); Unidade de Saúde Santa Felicidade, Unidade de Saúde Nova Órleans, Unidade de Saúde Campina do Siqueira (Distrito Sanitário Santa Felicidade); Unidade de Saúde Santa Quitéria; Unidade de Saúde Santa Amélia; Unidade de Saúde Estrela (Distrito Sanitário Portão); Unidade de Saúde São Miguel (Distrito Sanitário CIC).

Segundo o relato das ONGs a ocupação das regionais pelos imigrantes acontece devido ao fato da disposição de nesses espaços já existirem comunidades e assim como a disposição de emprego para os imigrantes. Adiante será realizada breve descrição das regionais em que se localizam os distritos sanitários que orientaram a realização das entrevistas.

5.3.1.1 Regional Matriz

A regional Matriz se localiza na região centro-norte da cidade de Curitiba, correspondendo a 8,26% do território de Curitiba, composta por dezoito bairros (Ahú, Alto da Glória, Alto da XV, Batel, Bigorriho, Bom Retiro, Cabral, Centro, Centro Cívico, Cristo Rei, Hugo Lange, Jardim Botânico, Jardim Social, Juvevê, Mercês, Prado Velho, Rebouças e São Francisco). A estimativa populacional foi de 208.674 habitantes, representando 11% total do município (IPPUC 2017).

A faixa etária de maior concentração é a de jovens adultos entre vinte e vinte nove anos de idade. Embora a regional apresente um decréscimo na proporção da população branca e parda, ainda é a que possui o percentual do município (branca 88%, amarela 3,1%). A proporção de habitantes representantes da cor negra e parda apresentam um acréscimo desde o ano de 2010. Os bairros que apresentam essa maior representatividade são o Centro, Jardim Botânico, Rebouças, São Francisco e Prado Velho. O último citado apresenta o maior percentual de Curitiba com habitantes negros (7%) e segundo de pardos (34%) (IPPUC 2017).

A regional apresenta números maiores do que das outras regionais na matrícula nos aparelhos de ensino, alfabetização e rendimento escolar, assim como melhor rendimento no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) (IPPUC 2017).

A respeito de dados da segurança, apresentou um acréscimo no número de crimes contra a pessoa, com concentração de 12% dos homicídios dolosos, sendo a quarta maior entre as regionais (IPPUC 2017).

5.3.1.2 Regional Santa Felicidade

A localização da regional está situada na porção noroeste de Curitiba, com divisa dos municípios da região metropolitana Campo Largo, Campo Magro e Almirante Tamandaré, corresponde a 14,31% do território do município. É integrada por 12 bairros (Butiatuvinha, Campina do Siqueira, Campo Comprido, Cascatinha, Lamenha Pequena, Mossunguê, Orleans, Santa Felicidade, Santo Inácio, São Braz, So João e Vista Alegre). A estimativa territorial foi de 166.252 habitantes, o que corresponde a 8,79% da população total da cidade (IPPUC 2017).

A regional está apresentando uma diminuição da população de crianças e jovens e com consequência um envelhecimento da população local, porém esse fenômeno é algo análogo a condição da cidade de Curitiba em geral. Apresentava uma maior concentração da população branca (85%), maior do que a do município (78,9%), porém quando verificamos a representatividade por bairros o Butiatuvinha, São João e o Campo Comprido apresentam uma proporção de negros e pardos é maior (IPPUC 2017).

Se classificou como quarta colocada no que diz respeito a população alfabetizada até os cinco anos, com uma análise mais aprofundada do recorte de gênero, existe uma desigualdade do acesso à educação das mulheres e homens na maior parte dos bairros que compõe a regional. Apresentou um crescimento no número a atingirem o escore do IDEB (IPPUC 2017).

Existiu um aumento no número de crimes contra a pessoa de 17%, sendo o oposto do que aconteceu no município que havia apresentado uma redução, os bairros que apresentam a maior

concentração são os Butiatuvinha, Santa Felicidade e São Braz, com a existência de bairros que não registraram nenhum caso de homicídio (Campina do Siqueira, Cascatinha, Lamenha Lins, Mossunguê, Santo Inácio, São João e Vista Alegre) (IPPUC 2017).

5.3.1.3 Regional Portão

A regional Portão fica localizada no centro-sudoeste de Curitiba, com divisa com as regionais Matriz, Santa Felicidade, CIC, Pinheirinho e Boqueirão. Condiz com 5,60% do território do município. Sua composição é pelos bairros Água Verde, Fazendinha, Guaíra, Parolin, Portão, Santa Quitéria, Seminário e Vila Izabel. A estimativa populacional foi de 184.437 habitantes, o que corresponde a 9,74% da população. Está apresentando uma diminuição na proporção de crianças e jovens e um envelhecimento da população (IPPUC 2017).

Quanto a identificação populacional no quesito raça/cor, apresenta uma maior concentração de pessoas brancas e amarelas, se comparada com as outras regionais. Os bairros que ganham mais relevância com a proporção de negros e pardos são os bairros Fazendinha e Parolin. Foi classificada em segundo lugar no ranking da população acima dos cinco anos alfabetizada (96,83%). As escolas também apresentaram um bom escore no IDEB (IPPUC 2017).

A regional apresentou um decréscimo no número de crimes contra pessoa, assim como de homicídios, com exceção do Bairro Parolin e Santa Quitéria que apresentaram uma manutenção das ocorrências dessa espécie (IPPUC 2017).

5.3.1.4 Regional Tatuquara

Essa Regional está localizada no sul do município, com divisas com a região metropolitana de Araucária e Fazenda Rio Grande, corresponde a 9,44% do território de Curitiba. É composta por três bairros (Campo de Santana, Caximba e Tatuquara). A estimativa da população foi de 112.873 habitantes, o que corresponde a 6% do município. Mesmo sendo classificada como a regional menos populosa, é a que encontra maior número de crescimento principalmente no bairro Tatuquara que entre 2010 comportava 53 mil habitantes e no ano de 2016 apresentou 67 mil habitantes (IPPUC 2017).

A regional apresenta um estreitamento nas faixas etárias mais avançadas e com uma representação considerável na proporção de pessoas de pessoas jovens. É a regional que apresenta um número superior de pessoas negras (4,2%) e pardas (65,5%) e com menor representantes de outras raças. Estava classificada em último lugar entre as regionais no que corresponde aos dados da população alfabetizada até os cinco anos, assim como a regional Santa

Felicidade também indica para um nível de desigualdade no acesso à educação entre homens e mulheres, sendo o bairro Tatuquara com maior percentual. As escolas atingiram a meta estabelecida pelo IDEB (IPPUC 2017).

A regional está classificada como a mais violenta, com os mesmos números que as regionais mais populosas do município, apresentou um decréscimo de 41% no número de crimes contra pessoa, todavia a taxa de homicídio supera em quase quatro vezes o valor considerado aceitável pela OMS (IPPUC 2017), sendo o bairro com maiores números o Tatuquara (IPPUC 2017).

5.3.2 Participantes da pesquisa

Como a pesquisa parte da perspectiva do olhar do gerenciamento dos serviços de saúde e por entender que o atendimento ao indivíduo na saúde é realizado pela equipe multiprofissional, definiu-se que toda a equipe de saúde (médico (a) da família, enfermeiro (a), técnico (a) ou auxiliar de enfermagem e odontologista) (PNAB, 2017), logo optou-se em realizar as entrevistas em um profissional de cada categoria da equipe de cada UBS selecionada

O recrutamento para a realização das entrevistas aconteceu após contato com as autoridades sanitárias de cada UBS selecionada, ao qual era direcionado para o profissional que estivesse disponível no momento ou era agendado para ser realizada posteriormente conforme a disponibilidade da agenda.

Ao todo foram realizadas 21 entrevistas, sendo identificadas de acordo com as categorias do vínculo profissional dos entrevistados com a Prefeitura de Curitiba. As entrevistas ocorreram nas próprias Unidades de Saúde, em uma sala em que permanecesse a pesquisadora e os entrevistados(as). Ao todo foram entrevistados três agentes comunitários (AC 01, AC 02, AC 03), duas auxiliares de enfermagem (AE 01, AE 02), dois auxiliares/técnicos de saúde bucal (AS 01, AS 02), três técnicas de enfermagem (TE 01, TE 02, TE 03), duas dentistas (DE 01, DE 02), cinco enfermeiros (EN 01, EN 02, EN 03, EN 04, EN 05), quadro médicos (ME 01, ME 02, ME 03, ME 04). Por serem poucos participantes não foi realizada uma árvore de decodificação não sendo possível um *feedback* deles. Nenhum participante se recusou em participar da pesquisa.

5.3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão foram definidos: profissionais em exercício da função na assistência à saúde na Atenção Primária a Saúde nas UBS do município de Curitiba, que atendam à população imigrante negra. Como critérios de exclusão definiu-se: os profissionais em gozo de férias ou licença, no período da coleta de dados.

5.3.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Anexo I) foi elaborado pela pesquisadora a partir dos objetivos da pesquisa, composto de seis questões semiestruturadas, que tratavam sobre como funciona o atendimento do imigrante negro dentro das UBS. O tempo de duração média foi de 10:30min, com variação máxima de 15:49 min e mínima de 4:48 min.

As entrevistas foram realizadas presencialmente pela própria pesquisadora na época mestranda de enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. De início, a pesquisadora se apresentava com essas identificações e questionava o entrevistado(a) quando este estava pronto para responder as questões do roteiro de entrevista, a partir disso a gravação era iniciada, terminando quando o entrevistado(a) desse como satisfatória a sua participação. Não necessário a repetições das entrevistas (Anexo II – COREQ).

A pesquisadora informava sua identificação, a qual grupos de pesquisa era participante, assim como a apresentação do TCLE e que todo relato e apontamento seriam de grande riqueza para a contribuição do trabalho; considerações que permitiram que a entrevista corresse de maneira mais espontânea.

As entrevistas foram gravadas por um gravador que a própria entrevistadora carregava com si e após transcritas para o *Word* para serem analisadas no *software* de suporte de análise. As transcrições das entrevistas não foram devolvidas para comentários dos participantes.

Visto que o referencial metodológico escolhido logra da possibilidade da utilização de um diário de campo, a pesquisadora assentou comentários e informações nas entrevistas que foram realizadas, a respeito do comportamento do qual os participantes apresentavam durante as entrevistas.

5.3.5 Processamento e análise dos dados

Todas as entrevistas foram transcritas integralmente no formato de arquivo *Word*. No Anexo 1 está o modelo do roteiro utilizado para a realização das entrevistas.

Após a transcrição dos dados, eles foram importados para o *software* MAXQDA. Essa ferramenta é um sistema operacional que auxilia a análise de dados qualitativos, utilizando-se de diferentes documentos com vários formatos, textos, imagens, grupos focais, áudio e vídeos, com objetivo de auxiliar o pesquisador na análise (MAXQDA, 2021).

A escolha por esse *software* aconteceu tanto pela inovação em evidenciar credibilidade dentro dessa tipologia de pesquisa, como por ser uma ferramenta em consonância com o a Análise Temática, permitindo liberdade para a pesquisadora selecionar as categorias de análise.

Por ser uma pesquisa que busca a identificação por meio da oralidade, o reconhecimento dos profissionais da saúde na identificação do imigrante negro na APS, optou-se pela análise de conteúdo temático proposta por Bardin. Esse conteúdo elabora um conjunto de técnicas de análise da comunicação, com processos sistemáticos da declaração do conteúdo exposto no discurso, conseguindo assim realizar a inferência nos discursos (BARDIN, 2016).

A análise temática busca identificar os centros de sentido expostos no material analisado, com assimilação da frequência de aparição, sendo significativo para o objetivo de análise do estudo. Assim, a análise temática parte da associação com o tema, convertendo-se a uma unidade de significação, com o comprimento variável, que corresponde a regra do recorte de sentido, dependendo do interesse da análise que será realizada (BARDIN, 2016).

Na utilização da análise temática proposta por Bardin, é necessário que se cumpram etapas de ordem cronológica, essas são definidas como: pré-análise; codificação do material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

Durante a fase da pré-análise são desenvolvidas e organizadas as operações para realizar a análise em si, ocorrendo, então, a definição do *corpus* da análise; por conseguinte, o material é organizado e as entrevistas são transcritas, conferidas e autorizadas. Após, ocorre a uma minuciosa leitura do material a fim de identificar os pontos que convergem e que são significantes para o tema (BARDIN, 2016).

Em seguida, é realizada a codificação e os dados brutos são transformados em conteúdo e separados por tema, com codificação das entrevistas. Essa é a fase mais longa, pois dedica-se a um inventário que isola, codifica e marca em todo o texto as unidades de registro, sendo o tema um segmento ou trecho do discurso (BARDIN, 2016).

Logo após, ocorre o processo de categorização, em que os textos que foram desmembrados conforme suas unidades, são alocados por temas, diferenciação, reagrupamento, gênero e com os critérios que o pesquisador previamente definiu. Os resultados se tornam bases para inferências, sendo assim, os achados temáticos são procedentes da análise que associados

com o material disponível na literatura, corroboram com os resultados presente na pesquisa (BARDIN, 2016).

O software ofereceu o suporte para a organização das categorias, visto que as entrevistas transcritas foram operadas por ele e as temáticas foram estruturadas pelo referencial metodológico de Bardin (2016).

5.3.6 Aspectos Éticos

A pesquisa respeitou os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais, conforme previsto na Resolução 580 de 22 de março de 2018 – Conselho Nacional de Saúde. O material das entrevistas será armazenado por um período de 5 anos após o término da pesquisa conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Com as devidas precauções, a pesquisa não ofereceu nenhum risco direto aos participantes e não envolveu grupos vulneráveis. As entrevistas foram gravadas com o material do próprio pesquisador que se comprometeu com o cuidado de reduzir qualquer tipo de constrangimento, garantindo sigilo, confidencialidade e a preservação do anonimato dos participantes.

Ressalta-se que às manifestações e os dados coletados serão utilizados somente para fins desta investigação; e que a referente pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética do Setor Saúde da UFPR sob número do CAAE: 33127920.3.0000.0102 e no Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura de Curitiba CAAE: 33127920.3.3001.0101.

A pesquisa seguiu os Critérios Consolidados para Divulgação de Estudos Qualitativos (COREQ), correspondendo aos 32 itens do *checklist*, apresentados em três domínios: Equipe de pesquisa e reflexividade, delineamento do estudo e análise dos resultados (SOUZA, et al, 2021). A ordenação do aparecimento da paginação com o aparecimento dos tópicos está disponível no Anexo 1 dessa pesquisa.

6 RESULTADOS

Na primeira parte deste capítulo serão apresentados os resultados da *scoping review* e, na segunda etapa, serão abordados os resultados que incluem a percepção da pesquisadora no decorrer das entrevistas e a caracterização das entrevistas seguidas das categorias que foram elencadas a partir dos discursos dos entrevistados.

6.1 RESULTADOS DA SCOPING REVIEW

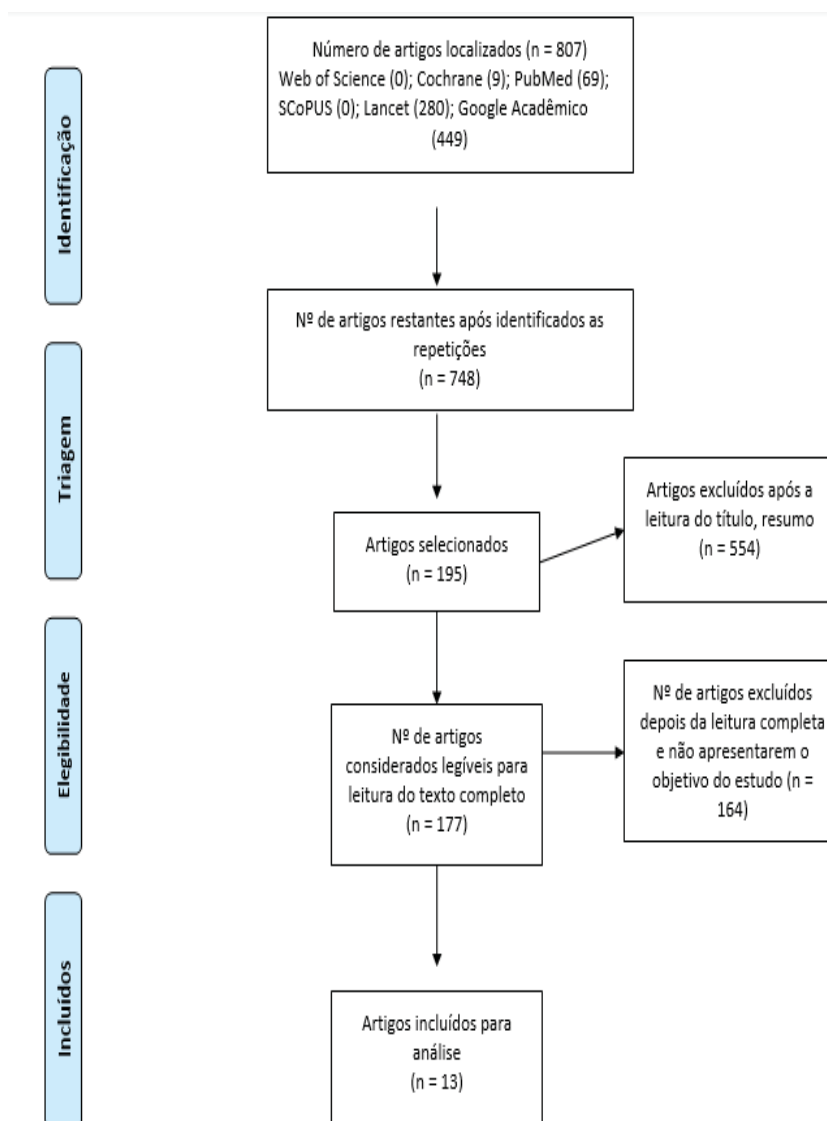
Durante a coleta de dados apareceram outros descritores, além dos selecionados para elaborar a estratégia de busca. Dentre os descritores que mais apareceram na pesquisa foram: *Health equity* (3), *Public Health* (2), *Inequity ou inequalities* (2), *Ethnicity* (2), *Migration* (2) e *Mental health* (2).

Primariamente foram encontrados 807 documentos, dentre eles havia petições, livros, manuais, relatórios, editoriais, carta ao editor e artigos. Posteriormente foi feita a exclusão de materiais repetidos entre as bases de dados, permanecendo 748. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão permaneceram 195. Em seguida, foi aplicado o critério de exclusão de material que não estivesse no idioma português, inglês e espanhol, sendo assim, foram excluídos os conteúdos no idioma italiano (1), ucraniano (2), alemão (1), francês (1), tcheco (1).

Após a exclusão dos materiais que não possuíam texto completo disponível e da leitura minuciosa do título e resumo, foram incluídos 13 materiais para compor a amostra final desta revisão, dentre eles: artigos (10); carta ao editor (1); editorial (1) e comentário (1).

O fluxo de inclusão dos artigos incluídos, após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão está apresentado na Figura 1.

FIGURA 1- FLUXO REFERENTE AO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS DA SCOPING REVIEW



FONTE: Adaptado de PRISMA-ScR. Curitiba (2020).

Foram encontrados estudos que apontaram dados dos Estados Unidos da América (3), Inglaterra (3), conteúdo de diversos países (3), Espanha (1), México (1) e um Artigo de Revisão de Literatura (1).

Os estudos foram organizados conforme a principal área temática debatida em cada artigo. Sendo assim, emergiram três categorias de análise dos grupos: Categoria de debate racial (6), estes foram identificados como R1 até o R6; Categoria de debate de Acesso à Saúde/Condições de vida (6), identificados como C1 até o C6; e a Categoria de debate de Saúde Mental com apenas um estudo, identificado como M1. Embora feita a categorização dos estudos para uma melhor organização da apresentação dos resultados, todas essas categorias estão

unificadas pelos determinantes da condição de vida nos aspectos raciais e sociais em saúde. Os artigos que compuseram a amostra deste estudo e as categorias a que pertencem são apresentados nos Quadros: 1 (Categoria de debate Racial), 2 (Categoria de debate Acesso à Saúde/Condições de vida) e 3 (Categoria de debate de Saúde Mental).

QUADRO 2 – CATEGORIA DE DEBATE RACIAL, MATERIAL SELECIONADO PARA REVISÃO DE LITERATURA

| Identificação | Autores | Tipo de Material | Revista | País de análise dos dados | Objetivo do Estudo | Conclusão |
|---------------|--|-----------------------------|--|---------------------------|--|--|
| R1 | Krouse, H. J. | Carta ao Editor | <i>American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery Foundation</i> | Estados Unidos da América | Mostrar como a Covid-19 evidenciou a desigualdade ao acesso à saúde e exposição de grupos minoritários à pandemia e suas consequências sociais relacionadas à saúde dessa população. | Após a pandemia será necessário que as comunidades se fortifiquem através de movimentos sociais, mudanças na economia, decisões políticas, para que os grupos minoritários possam melhorar sua saúde e reduzir a desigualdade em relação ao acesso de atendimento médico e na própria saúde das pessoas destes grupos. |
| R2 | Watson, M. F., Bacigalupe, G., Daneshpour, M., Han, W. J., & Parra-Cardona, R. | Artigo original de reflexão | <i>Family Process – Wiley Online Library</i> | Estados Unidos da América | Analisar as desigualdades raciais dos norte-americanos, principalmente pessoas negras, imigrantes e outras pessoas não-brancas e como a Covid-19 evidenciou o acesso à economia destes grupos, piorando a situação de saúde mental destes. | Além do agravante sobre os problemas mentais que existem e a falta de acesso à muitos tratamentos, o texto deixa a reflexão sobre como a saúde mental individual e coletiva destes grupos minoritários são agravados pela estrutura racista e econômica, negando a eles acesso a terapias e tratamentos neste período pandêmico. |
| R3 | Kapilashrami, A., Bhui, K. | Editorial | <i>The British Journal of Psychiatry</i> | Inglaterra | Este editorial estabelece o que pode estar por trás desses dois fenômenos (Covid-19 e Racismo), explicando como estruturas sociais e desvantagens geradas pelo racismo podem aumentar desigualdades em períodos de crise. | O vírus não é racista, mas nossas estruturas sociais e reações à crise refletem valores e estruturas de poder que continuam a discriminar e determinar resultados piores para alguns mais do que para outros. |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|--|--|--|
| R4 | Shadmi, E., et al. | Artigo original de Reflexão (Qualitativo) | <i>International Journal for Equity in Health</i> | Dados mundiais | Compilado de dados de 13 países que contemplou estudos de caso de várias regiões do mundo: China, Brasil, Tailândia, África Subsaariana, Nicarágua, Armênia, Índia, Guatemala, Estados Unidos da América, Israel, Austrália, Colômbia e Bélgica. | Incentiva os pesquisadores a continuar avançando o conhecimento global sobre questões relacionadas à equidade em saúde na Covid-19, através de rigorosa pesquisa e geração de uma forte base de evidências de novos estudos empíricos neste campo, principalmente aos alarmantes dados perante as mortes da população negra. |
| R5 | Glover, R. E., et al | Artigo de revisão em base de dados/Quantitativo | <i>Journal of Clinical Epidemiology</i> | Artigo de revisão em base de dados | Artigo de revisão em base de literatura para identificar e categorizar os efeitos adversos da Covid-19 nas medidas de <i>lockdown</i> . | As intervenções políticas em relação à Covid-19 podem gerar ou exacerbar danos patrimoniais interativos e multiplicativos, a população BAME acaba por sofrer mais nesse período de <i>lockdown</i> , seja por saúde mental, restrição de acesso a serviços básicos e condições de trabalho. |
| R6 | Treweek, S., Forouhi, N. G., Narayan, K. V., Khunti, K. | Comentário | <i>The Lancet</i> | Dados Mundiais – Organizados pela <i>Oxford Centre for Evidence-Based Medicine</i> | Reflexão sobre dados mundiais e como eles afetam a população rotulada como BAME ² . | Indivíduos BAME – geralmente super-representados da doença – deve ser parte integrante do esforço social em busca de práticas de equidades, principalmente a população negra. A omissão tem consequências, como pessoas perdendo a vida por essas desigualdades. |

FONTE: A autora (2021).

² *Black, Asian, and minority ethnic* – termo utilizado pelos ingleses nos estudos.

QUADRO 3 – CATEGORIA DE ACESSO À SAÚDE/CONDIÇÕES DE VIDA, MATERIAL SELECIONADO PARA REVISÃO DE LITERATURA

| Identificação | Autor | Tipo de Material | Revista | País de análise dos dados | Objetivo | Conclusão |
|---------------|--|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--|--|
| C1 | Desai, S.; Samari, G. | Artigo original de reflexão | <i>Perspect Sex Reprod Health</i> | Estados Unidos da América | Discutir sobre o acesso dos imigrantes aos “Serviços de saúde reprodutivas e sexuais” durante a pandemia da Covid-19, e como a exclusão dos imigrantes afeta as formas de lidar com a pandemia mostrando que é uma chave importante ao se combater o vírus e incluir os imigrantes dentro de programas de saúde e sociedade. | As soluções apresentadas em relação aos serviços de saúde pública devem apresentar serviços clínicos ligados a Covid-19, programas de pesquisa de vigilância e avaliação, políticas que abordem a saúde e necessidade dos imigrantes. Além de recursos que devem ser direcionados a este programa “Serviços de saúde reprodutivas e sexuais”. Métodos de inclusão política que reconhecem os imigrantes como parte da população. |
| C2 | Guijarro, C. et al. | Artigo Quantitativo | <i>medRxiv</i> | Espanha | Avaliar a incidência da Covid-19 entre migrantes de diferentes áreas da mundo em comparação com os espanhóis que vivem em Alcorcón. | Houve um aumento acentuado do risco da Covid-19 entre os migrantes de África saariana, Caribe e América Latina residentes em Espanha. As razões subjacentes a este maior risco e implicações sociais e de saúde merecem mais atenção. |
| C3 | Bojorquez, I.; Infante, C.; Vieitez, I.; Larrea, S.; Santoro, C. | Artigo Quantitativo | <i>medRxiv</i> | México | Descrever a epidemiologia de casos suspeitos da Covid-19 em migrantes em trânsito e requerentes de asilo no México e comparar as características da população não migrante. | Migrantes e requerentes de asilo no México correm maior risco para doenças respiratórias infecciosas e pode ser desproporcionalmente afetado pela Covid-19. |

| | | | | | | |
|----|-------------------------------|---------------------|---|------------|--|--|
| C4 | Aldridge, Robert W. et al. | Artigo Quantitativo | <i>Wellcome Open Research</i> | Inglaterra | Examinar o risco de morte por Covid-19, com comparativo entre os grupos BAME, buscando explicar as diferenças regionais na composição étnica da população | A análise aumenta a evidência de que as pessoas BAME estão têm maior risco de morte pela Covid-19, mesmo após o ajuste para região geográfica, porém foi limitada pela falta de dados sobre mortes fora das configurações e etnia do NHS (Serviço Nacional de Saúde). |
| C5 | Lassale, C. et al. | Artigo Quantitativo | <i>Elsevier (Brain, Behavior, and Immunity)</i> | Inglaterra | Examinar o papel de fatores socioeconômicos, de saúde mental e pró-inflamatórios em uma amostra comunitária. | Havia diferenças étnicas no risco de hospitalização pela Covid-19 e estas não parecem ser totalmente explicadas por fatores medidos. Se replicados, os resultados têm implicações para a política de saúde, incluindo o direcionamento dos conselhos de prevenção e cobertura vacinal. |
| C6 | Rose, T. C. et al. | Artigo Quantitativo | <i>medRxiv</i> | Inglaterra | Trata-se de uma análise ecológica transversal nas autoridades locais de nível superior da Inglaterra, em busca de investigar a relação entre as taxas de mortalidades altas e as minorias. | Este estudo fornece evidências de que tanto a privação de renda quanto a etnia são associadas a maior mortalidade pela Covid-19. |

FONTE: A autora (2021).

QUADRO 4- CATEGORIA DE DEBATE SAÚDE MENTAL, MATERIAL SELECIONADO PARA REVISÃO DE LITERATURA

| Identificação | Autor | Tipo de material | Revista | País | Objetivos | Conclusão |
|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------|------------------------------|---|---|
| M1 | McBride, O et al. | Artigo original quantitativo | <i>PsyArXiv</i> | Dados de diversos países. | Monitorar os impactos mentais da pandemia da Covid-19, em pacientes que sofreram sintomas graves respiratórios, aplicando o teste C19PRC+, em pacientes em <i>lockdown</i> . | O C19PRC permitiu fazer uma contribuição em busca da compreensão da saúde mental, nos pacientes que sofreram sintomas graves respiratórios causados pela Covid-19 para as comunidades de pesquisa e de saúde pública no Reino Unido. |

FONTE: A autora (2021).

6.2 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTAS

A organização dos resultados foi estruturada de maneira que ordenasse igualmente discussão nos tópicos: Percepção da pesquisadora no momento das entrevistas; Caracterização dos Entrevistados, Categoria I – Racismo estrutural velado no discurso do profissional de saúde e a Categoria II – Atenção à saúde ao imigrante negro durante a pandemia da Covid-19 que foi subdividida em outras seis subcategorias de análise: Contexto que leva o imigrante à unidade de saúde, Principais necessidades em saúde suscitadas no atendimento do imigrante negro, Organização da US durante a pandemia, Facilidades/Potencialidades no atendimento à população imigrante negra, Dificuldades/Limites no atendimento à população imigrante negra, Material de apoio/estratégia/política para o atendimento da população imigrante negra.

6.2.1 Percepção da pesquisadora no momento das entrevistas

A análise temática proposta por Bardin (2016), possibilita que o pesquisador descreva em um diário de campo a sua percepção sobre os entrevistados durante a abordagem nas entrevistas.

Esta pesquisa utilizou esse recurso e, ao consultar-se as anotações da pesquisadora em diário de campo foi possível revisitar esses momentos. Notou-se uma postura defensiva por parte dos entrevistados, visto que no momento que a expressão “imigrante negro” era pronunciada pela primeira vez, ou quando liam o nome da pesquisa presente no TCLE. Os entrevistados questionavam a necessidade da pesquisa, pois apontavam que todos os imigrantes sempre eram tratados iguais. Suas indagações eram reproduzidas pelas falas exemplificadas a seguir: “*Como assim negro? Isso não existe aqui no Brasil*”, havendo sempre a necessidade de uma insistência da entrevistadora para conseguir uma resposta, visto que de imediato alguns alegavam que não haviam atendido nenhum imigrante negro, porém as UBS foram selecionadas de maneira intencional por atenderem esse perfil da população.

Essa dificuldade foi superada ao deixar claro para o entrevistado que os relatos ou apontamentos que trazidos por eles durante a entrevista, seriam de grande riqueza para a construção do trabalho; considerações que permitiram que as entrevistas corresse de maneira mais espontânea.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Participaram da pesquisa 21 profissionais com ofícios no serviço de saúde da APS, sendo identificados de acordo com a sua categoria de exercício de função. Na caracterização dos participantes investigou-se a profissão, cargo, tempo de exercício de função na UBS atual e o tempo de atuação da função na APS.

A distribuição se deu de acordo com a categoria profissional dos participantes da pesquisa, do tempo de exercício na função (tempo máximo, mínimo e média), no atendimento na UBS atual e o tempo de atuação na função na Atenção Primária, que estão descritos no Quadro 5.

QUADRO 5 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL E TEMPO DE ATUAÇÃO NA UBS E NA APS. CURITIBA, PR, 2021.

| Categoria Profissional | Tempo de atuação UBS atual | | | Tempo de atuação APS | | |
|------------------------|----------------------------|------------|-------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| | Tempo Máx. | Tempo Min. | Média | Tempo Máx. | Tempo Min. | Média |
| Agente comunitário | 21 anos | 14 anos | 17 anos e 5 meses | 21 anos | 14 anos | 17 anos e 5 meses |
| Auxiliar de Dentista | 20 anos | 3 anos | 11 anos e 5 meses | 25 anos | 15 anos | 20 anos |
| Auxiliar de Enfermagem | 15 anos | 10 anos | 12 anos e 5 meses | 16 anos | 13 anos | 14 anos e 5 meses |
| Técnico de Enfermagem | 18 anos | 5 anos | 11 anos e 5 meses | 18 anos | 7 anos e 5 meses | 12 anos e 7 meses |
| Enfermeiro | 11 anos | 2 anos | 6 anos e 5 meses | 32 anos | 2 anos e 5 meses | 17 anos e dois meses |
| Dentista | 29 anos | 8 meses | 14 anos e 9 meses | 35 anos | 9 meses | 17 anos e 9 meses |
| Médico | 13 anos | 2 meses | 6 anos e 1 mês | 15 anos | 2 anos | 8 anos e 5 meses |

FONTE: A autora (2021).

usuário, assim como prevê o fluxo para o atendimento durante a pandemia da Covid-19 para a prática dos profissionais; “unidade” surge quando esses falam sobre a UBS. O contexto de utilização das palavras que compõem a nuvem de palavras é apresentado na Tabela 1.

TABELA 1 – APRESENTAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE PALAVRAS, CURITIBA-PR, 2021.

| Palavra | Contexto |
|--------------------|--|
| Não | <p>[...] “tava conversando com ela, ela não fala nada de português”. [AC 01]</p> <p>“[...] seja com qualquer etnia do paciente é igual, não existe algo diferente, só por ser negro.” [AE 02]</p> <p>“[...]tava muito tempo ... tava até com depressão porque ela não conseguia emprego [AC 02]</p> |
| Gente | <p>“fortaleza, eu acho então nesse serviço o vínculo pra gente é super importante, a empatia, a compaixão, isso aqui” [EM 05]</p> <p>“do marido, ela já tinha três filhos, então a gente consegue articular e consegue justificar e conversa com a” [TE 02]</p> <p>“muitas vezes não só a parte clínica, mas a gente percebe que é mais até a parte psicológica, nós” [TE 01]</p> |
| Muito | <p>“[...] são muito bem atendidos, eu acho que eles ficam muito gratos, eles ficam muito contente com o atendimento ...” [DE 02]</p> <p>“[...] que a gente atende não fala português, ou fala muito mal português, então é bem difícil a comunicação.” [EN 02]</p> <p>“[...] Em relação as crianças elas são muito bem cuidadas, pode ser pela cultura.” [EN 05]</p> |
| Atendimento | <p>“Olha assim eles têm um atendimento normal, indiferente de eles serem imigrantes [...]” [AU 03]</p> <p>“[...] sinal ou sintoma, suspeita de Covid, é encaminhado pra atendimento na área externa do posto né, que tem um [...] [AE 01]</p> <p>“[...] sempre vai manter a parte do Covid para o atendimento no geral, para todos os pacientes, sem nenhuma diferenciação... [AE 02]”</p> |
| Unidade | <p>“mas a abordagem inicial é fazer o cadastro na unidade” [EN 03]</p> |

“Mas assim em termos de organização da unidade, do distrito a gente não tem nada disso.”
[TE 02]

“...eles têm um vínculo muito bom com a unidade de saúde, eles sabem que podem contar conosco...” [ME 01]

FONTE: A autora (2021).

A partir dos discursos dos entrevistados foram elencadas duas categorias empíricas: “Categoria 1 – Racismo estrutural velado no discurso do profissional de saúde” e a “Categoria 2 – Atenção à Saúde ao imigrante negro durante a pandemia da Covid-19”. Nessa última surgiram sete subcategorias: “Contexto que leva o imigrante à unidade de saúde”; “Principais necessidades em Saúde/Atendimento ao imigrante negro”; “Organização da US durante a Pandemia”; “Expectativa para a organização da US após a pandemia”; “Facilidades/Potencialidades no atendimento ao imigrante negro”; “Dificuldades/Limites no atendimento ao imigrante negro” e “Material de apoio/estratégia/política”, conforme é possível visualizar na Tabela 2.

Em todos os trechos selecionados das falas dos participantes para aparecimento nas categorias, a pesquisadora selecionou as que apresentassem as palavras de maior frequência.

TABELA 2 – ORGANIZAÇÃO DAS CATEGORIAS PELAS ÁREAS TEMÁTICAS DE ANÁLISE, CURITIBA, PR, 2021.

| Categorias | Subcategorias |
|---|---|
| 1 Racismo estrutural velado no discurso do profissional de saúde; | |
| 2 Atenção à Saúde ao imigrante negro durante a pandemia da Covid-19; | <ul style="list-style-type: none"> • Contexto que leva o imigrante à unidade de saúde; • Principais necessidades em Saúde suscitadas no atendimento ao imigrante negro; • Organização da US durante a Pandemia; • Facilidades/Potencialidades no atendimento ao imigrante negro; • Dificuldades/Limites no atendimento ao imigrante negro; • Material de apoio/estratégia/política para o atendimento do imigrante negro. |

FONTE: A autora (2021).

6.3 CATEGORIA I – RACISMO ESTRUTURAL VELADO NO DISCURSO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nesta categoria são apresentadas as falas dos profissionais em que se verificou a estrutura velada no discurso do racismo estrutural, pois em vários momentos existiu uma manifestação negativa da necessidade de um atendimento direcionado a questão racial, por acreditar que as pessoas seriam todas iguais. Em algumas falas a palavra “normal” é referida ao se referenciar aos imigrantes negros. Percebe-se que essa palavra pode ser adotada em uma tentativa de banalizar a estrutura racial que vivemos, assim como a utilização de expressões de tratamento igual a todos os usuários do serviço.

“Olha assim eles têm um atendimento normal, indiferente de eles serem imigrantes, mas eles têm direitos ao SUS, ao atendimento da unidade em igualdade.” [AU3]

“as mães são bem cuidadosas e a gente faz um serviço como faz pra todos, um atendimento normal né? A gente ouve a queixa e atende como atende a todos. [DE 01]

“Não... Que eu saiba é atendido todos os tipos de raça que vem. Não é discriminado nem nada.” [AC 02]

“Do negro? É que assim ali, desde que começou o Covid eu to ali e não tem uma diferenciação no fato de ser um branco ou enfim ou pro negro, enfim o atendimento é igual, até porque eu sou negra, então assim sempre a gente aborda igual, o paciente chega a gente recepciona, faz avaliação, passa por consulta, fazemos um exame, desde o início até o final seja com qualquer etnia do paciente é igual, não existe algo diferente, só por ser negro. Eu sou contra isso né, essa diferenciação. Do fato de ser negro? [...] Porque eu imagino que talvez nem precisasse, porque como eu te digo eu não vejo um problema, aqui, pode ser que em outras unidades você até veja isso como um problema, mas aqui eu te digo que no [...] eu não vejo uma diferenciação da gente ter que ter uma sala para um atendimento de um imigrante, de uma pessoa negra porque tem que diferenciar, não porque como sempre são tratados como um todo.” [AE 02]

“Mas o atendimento é igual para todos mesmo, não teve diferenciação nenhuma sabe, para os imigrantes.” [AS 01]

“A gente não via eles como nem como negros e nem como imigrantes, eles são gente sabe? É... é difícil da gente tá falando assim, porque a gente atende eles igual a todo mundo, eu atendo eles igual a todo mundo, pra mim é indiferente se ele é branco, preto, amarelo, não tem muito assim ... a gente tem os que sempre tão aqui é” [EN 01].

“Não posso te dizer, não sei, porque eles acabam sendo abordados como todos os outros usuários né, na verdade não tem discriminação, pelo contrário às vezes eles até têm mais facilidades por ser de fora. Mas o tratamento ou um cuidado especial para eles venezuelano, haitiano é o mesmo né, é o mesmo direito que os brasileiros” [TE 03].

O discurso de um dos participantes se destacou por reconhecer o racismo estrutural entre os profissionais, pois aponta que os profissionais enxergam todos os imigrantes como haitianos, um país da América do Sul, enquanto, na realidade, o serviço também atende imigrantes de outros países, como Angola e Moçambique. Apresenta-se a seguir a fala do participante:

“...eu até acho engraçado que eles chamam todo mundo que é negro imigrante haitiano então assim, as vezes a pessoa é africana, mas fala português, vem de Angola, vem de Moçambique e tal...” [ME 02].

“... A gente tem assim, quando chega aqui que a gente já vê que é haitiano...” [AC 01].

Alguns outros participantes trouxeram a identificação sobre o local de origem dos imigrantes negros que atendem.

“...ela é latina e negra, é imigrante, ela veio da Colômbia ...” [TE 02].

“... inúmeros pacientes haitianos, angolanos ...” [TE 03].

“...Tem paciente da Angola, Guiné Bissau, República Dominicana...” [TE 01].

Certos discursos apontam para uma visão que segrega a noção de higiene dos imigrantes negros, esse fato é mencionado como um fato positivo no atendimento à saúde da população imigrante negra.

“[...] isso é uma coisa bem interessante que eles são muito cuidadosos com a saúde, eles procuram, trazem os filhos, as vezes vem os bebês todo arrumadinho assim, elas ... as mães são bem cuidadosas e a gente faz um serviço como faz pra todos...” [...] Eles...eles vêm muito limpos, muito bem vestidos, muito bem cuidados assim, a gente nota que eles cuidam bastante, eles...algum deles já falam até bem assim o português, então...” [DE 01]

Duas falas dos profissionais apontam para a percepção sobre a determinação de gênero existente nas relações afetivas dos imigrantes negros, com destaque para subjugação feminina.

“Hoje os homens têm um domínio maior da língua, as mulheres ainda não e os homens sempre estão presentes durante o atendimento das companheiras, as vezes é como intérprete, entre aspas já que você está gravando já que não dá pra fazer entre aspas porque não tá filmando, as vezes parece uma relação com um perfil diferente do que temos aqui no nosso país...” [EN 02]

“eu vejo principalmente quando elas tão acompanhadas pelos parceiros né, pelos maridos, aí é que elas ... elas vêm assim mais ... com ... uma ... uma tolerância menor às náuseas, às dores, a gente percebe assim que quando elas estão sozinhas, por exemplo, elas vêm mais fortalecidas, então tem uma relação quando com o parceiro diferente sabe? Se vitimizam mais mesmo assim daquela situação, talvez como uma forma de chamar atenção, a gente

ainda não consegue interpretar o porquê, a gente percebe essa situação, mas ainda é cedo ainda pra gente tentar lançar mão aí de uma explicação do porquê acontece né, na nossa realidade talvez poderia ser isso né, uma questão de chamar mais atenção do parceiro pra ... pra com ela, mas eu não sei se é isso realmente ou se é do costume mesmo deles né de que ... essas situações se intensifiquem aí na gestação. [ME 01]

6.4 CATEGORIA II- ATENÇÃO À SAÚDE AO IMIGRANTE NEGRO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Para a organização dessa categoria se fez necessário a criação de sete subcategorias. Justifica-se essa forma de categorização em virtude de que os temas elencados refletem os diferentes aspectos da atenção à saúde dos imigrantes nos serviços investigados.

6.4.1 Contexto que leva o imigrante até a unidade segundo a equipe de saúde

Os profissionais de saúde relataram que os imigrantes chegam ao Brasil com muitas dificuldades, sobretudo de caráter social. Logo, por residirem próximo ao local da UBS e como já possuem outros imigrantes que habitavam no Brasil, eles passam as informações entre si e acabam por buscar o serviço para receber atendimento à saúde.

“Eu tive um que veio, um casal haitiano, que veio do Haiti e eles chegaram aqui trazendo dificuldades que eles chegaram ... chegaram sem emprego, sem nada, daí eles vieram aqui pra ser atendido...” [AC 01].

“[...]ele precisava fazer exame, porque ele fez um teste rápido lá no COA (Centro de Orientação e Aconselhamento) e deu positivo daí ele queria fazer um exame de sangue né pra comprovar se ele era soro positivo mesmo...” [AE 01].

Os imigrantes chegam de várias formas ao serviço, tanto por busca direta, como por indicação de outros imigrantes que moram no território.

“Ela frequenta a unidade já com bastante tempo, ela vem com prioridade, já tem alguns anos que ela reside aqui.” [AU 03].

“Provavelmente, eu não conheço desde o início eles, porque quando eu entrei aqui eles já estavam aqui. Mas normalmente eles fazem a vinculação no posto, porque moram na região, então provavelmente informações, pedindo para atendimento e a gente faz a vinculação já que eles moram na região” [TE 03].

“A Unidade? Acho que chegam através de outros. Os próprios ... por exemplo, eles ... vem um já traz outro colega através né de informações entre eles lá sabe? Eles gostam do atendimento daí avisam para outro e assim vão se

comunicando entre eles sabe? Fazem o cadastro né, o agente comunitário vai na casa.” [AS 01].

Uma fala mostrou que existe o encaminhamento por outros setores do próprio território que os imigrantes habitam, e a UBS sempre oferece os serviços de vinculação e acolhimento desses.

“Era funcionária de uma escola de educação infantil e por essa por essa escola, então quando ela começou passando mal, hemorragia, dor é... ela trabalhava muito bem, então a dona da escola que é a pessoa que estava ajudando ela com os exames pra ela ...” [TE 02].

“...o que eu sei é que elas vêm muito por busca direta, então as pessoas sabem que tem o serviço de pré-natal e como elas já tão grávidas, elas acabam vindo né” [ME 02]

“Eles acabam trazendo o passaporte a gente acaba fazendo o cadastro e a gente faz a vinculação.” [AC 02]

6.4.2 Principais necessidades em saúde suscitadas no atendimento do imigrante negro

Para a organização desta subcategoria foram reunidas as falas contendo a principal demanda de saúde que leva os imigrantes a procurarem o atendimento. Os relatos concentram-se nos atendimentos de ordem ginecológica/obstétrica, pediátrica, infecções sexualmente transmissíveis e doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

“É, tivemos uma paciente gestante né? Que estava com dor de dente...” [AS 01]

“Os casos mais comuns que aparecem aqui são ou de sintomático respiratório, ou gestantes haitianas, seria mais ginecologia e pediatria” [EN 02]

“[...] que são pacientes assim com queixas de maior volume né e queixas muitas vezes um pouco inespecíficas e como o Covid sempre é um possível diagnóstico então muitas vezes no pré-natal” [ME 01]

“[...], mas ela tinha HIV e ela descobriu HIV na gestação ...” [ME 02]

“Ah eles trazem muita doença sexualmente transmissível, alguma coisa assim é ... eles têm muito problema, as mulheres principalmente têm muita queixa ginecológica sabe?” [AE 01]

“... elas engordam bastante assim? Daí as vezes elas fazem hipertensão, a gente pegou algumas diabéticas, é fornecido aparelho, a gente monitora, elas vêm, fazem controle de PA (Pressão Arterial) ...de tudo.” [EN 01]

“Inclusive tem um caso de uma família toda é diabética que fazem tratamento tanto do adulto, quanto da criança e do pré-adolescentes. Então a conduta é a mesma, eles têm o mesmo direito que os brasileiros, vão passar por consulta, acompanhamento e tudo mais. Continuam o acompanhamento com consulta de rotina e tudo mais.” [TE 03]

“mesmo do Covid assim, a gente tava fazendo um atendimento mais restrito, mas todos passavam pela triagem ...” [AE 01]

*“Até a unidade, penso que foi por causa do pré-natal” [DE 02]
 “ela é uma gestante de risco pela obesidade assim né, tinha um índice bem alto assim, mas ela não tinha outras complicações assim” [ME 02]*

6.4.3 Organização da US durante a Pandemia

Neste ponto, por desenvolver-se sobre como o profissional de saúde reconhece, acolhe e atende o usuário imigrante negro durante a pandemia, a subcategoria aqui abordada representa a parte central deste trabalho, pois contém a resposta do objetivo específico desta pesquisa.

A despeito da busca por compreender como se deu a organização do atendimento aos imigrantes negros durante a pandemia da Covid-19, os discursos dos entrevistados não versaram, exclusivamente, sobre o atendimento de casos confirmados ou suspeitos de Covid-19, ou sequer sobre afecções respiratórias. Porém, faz-se necessário ressaltar que toda a logística de organização do sistema de saúde no município investigado, voltou-se para o isolamento do atendimento de pacientes com sintomas respiratórios em um espaço físico das UBS e o atendimento geral em outro. Dessa forma, nas falas dos entrevistados, foi relatado que não houve uma organização para o atendimento específico para o imigrante negro.

Cabe considerar também que uma das UBS, cenário desta pesquisa, não realizava atendimento aos sintomáticos de Covid-19, pois na reestruturação dos serviços promovida pela SMS, a UBS em questão, passou a realizar apenas atendimentos ginecológicos e pediátricos. Essa seria uma organização de alocação de espaço físico para o atendimento de uma maneira mais segura para gestantes, que representam grupo vulnerável ao desenvolvimento da doença.

“Como nós, é não estamos atendendo diretamente Covid, nossa unidade tá atendendo mais vacinação, ecografia, tá atendendo especialidades. Da parte de básico, seria mais ginecologia e pediatria. Ela veio pela ginecologia, só a parte especificamente de Covid tá indo lá para (nome de outra unidade).” [AU 03].

“Específica? Não porque o atendimento foi no caso não foi específico para imigrante e tudo mais, no caso a unidade de saúde se preparou para atender a população de modo geral.” [TE 03].

“Só o espaço mesmo sabe? De um metro e meio né que teve, assim conforme pedia o protocolo né do Covid.” [AS 01].

“Essa gestão não organizou nada, só organizou ponto de vista epidemiológico, um fluxo pra seguir sintomático respiratório faz isso e não sintomático aquilo e atenção primária foi totalmente omissa, infelizmente na tríade entre assistência, gestão e epidemiologia quem acabou conduzindo as ações é a epidemia. Reconhecida, afinal de contas estava no meio de uma pandemia, mas a atenção primária não foi protagonista das ações, então as unidades de saúde fizeram à sua maneira. Você deve tá recolhendo esses dados em muitas unidades deve ter realidade totalmente distintas, mas não houve nenhum pensamento em população mais vulnerável ou não, era assim como é que vou separa fluxo de Covid do restante, principalmente com uma planta física inadequada como essa onde a gente não tem um espaço adequado de segregação dos respiratórios, digamos assim como tem no espaço saúde e em outros lugares. Mas não houve nada não.” [EN 02].

Alguns participantes informaram que não visualizam a possibilidade de que a organização da UBS, após a pandemia, concentre o atendimento da população imigrante negra, pois referenciam em suas falas que todos os usuários são abordados de maneira igual, não havendo a necessidade de um atendimento especial para a população imigrante negra.

“Não posso te dizer, não sei, porque eles acabam sendo abordados como todos os outros usuários né” [TE 03].

“Olha, não sei se vai mudar alguma coisa. Por causa ... por causa da pandemia? É. Eu acho que a gente vai ... vai ter os atendimentos alterados, quando ... quando diminuir né a pandemia, quando tiver a vacina, vai mudar o nosso sistema de atendimento, vai voltar o que era talvez e eles vão entrar nesse esquema, não vejo que a ... que vá ter mudança, porque nunca houve assim.” [DE 01]

“daí elas atende um paciente por vez, cada uma atende ... pra não ficar muito a sala lotada porque daí não pode e daí a dinâmica assim, a gente fica ali na frente, orienta as pessoas e daí dentro da unidade de saúde também não fica muita gente” [AC 01]

Ainda, para complementar essa subcategoria, foi realizada uma busca direta pelas palavras: “Covid”, “pandemia” e “Coronavírus”, juntamente com as palavras que apresentaram maior incidência nas entrevistas. No discurso dos dentistas e auxiliares/técnicos odontológicos a maior recorrência nos relatos das entrevistas foi sobre o impedimento do acompanhamento odontológico, devido ao alto risco de contaminação da Covid-19.

“mas daí começou a pandemia, a gente fez um atendimento só, de passar um produto para paralisar a cárie, daí até fiquei com o telefone dele, mas a gente não chamou mais, porque daí começou a pandemia, bandeira laranja e tal, parou né? [AS 02]

“hoje por exemplo tinha um, não sei se era haitiano mas que passou pelo COVID durante essa semana, consultou com a Dra. E no caso dele não se enquadrava porque já tava com 60 dias desse sintomas já não era mais suspeita de Covid...” [AE 02, Pos. 2]

“não teve durante a pandemia nenhum atendimento pra Covid muito embora o Covid é uma situação ainda muito nova pra gente né e então, alguns sintomas ainda não estão muito esclarecidos e o que a gente percebe...” [ME 01]

“Eu não to atendendo Covid né, então eu to ... não fiz atendimento de coronavírus fiz coisa de gestante né” [ME 02]

6.4.4 Facilidades/Potencialidades no atendimento à população imigrante negra

Como facilidades/Potencialidades no atendimento à população imigrante negra, os participantes relataram que os imigrantes negros são uma comunidade unida, pois percebem a dificuldade na comunicação, mas sempre andam com alguém que está a mais tempo no país e auxilie como intérprete no momento da consulta. Os entrevistados também trouxeram que a UBS é um local de acolhimento, o que evidencia a importância da criação do vínculo com a população para a efetividade do atendimento em saúde.

“...isso é o que mais chama atenção talvez de ter que ter um intérprete, um tradutor que entre junto e daí a gente tentar acalmar e a pessoa traduzindo isso, então isso é uma coisa que chamou atenção.” [DE 01]

“Eu acho que nós somos a casa mãe deles, eles necessitam da gente, eles buscam, muitas vezes não só a parte clínica, mas a gente percebe que é mais até a parte psicológica, nós somos a casa mãe pra eles. Isso, eles vêm buscar socorro.” [...] ...alguns a gente cria vínculo né, a gente consegue manter o vínculo e uma habilidade nossa é o acolhimento que a gente acolhe eles muito bem, eles ...” [TE 01]

“A facilidade, eu acho que aqui eles são muito bem atendidos, eu acho que eles ficam muito gratos, eles ficam muito contente com o atendimento que eles recebem.” [DE 02]

“mas eles têm direitos ao SUS, ao atendimento da unidade em igualdade. As vezes o que ajuda é quando vem uma pessoa amiga, algum conhecido, alguém que consiga falar um pouquinho mais que nos ajuda nesse entendimento, o vínculo que eles têm entre eles.” [AU 03]

Outros discursos apontaram um aspecto positivo no atendimento à população imigrante negra, pois consideram esses pacientes alegres, bem-humorados e amáveis, fato que facilita o atendimento. Uma fala que chama atenção é a percepção de que o Brasil é um país que receberia bem os imigrantes.

“Ponto positivo é que eles são muito simpáticos. É, eles são.” [TE 03]

“...mas assim são pessoas alegres também né, eles não vêm assim, não são que nem os outros usuários que a gente tem, são mais alegres quando você acaba conquistando eles né. Então assim, acho que tem que abraçar mesmo, conversar mesmo, tem que chamar, tem que se pensar um tempo as vezes maior pra conseguir conquistar eles pra que eles façam algum tratamento” [EN 03]

“Eu acho assim que eles são muito amáveis, eles recebem bem a gente na casa deles, sabe eles veem a gente assim com o caderninho, me mostram tudo o que é de casa. São muito amáveis” [...] “Geral, assim tudo igual, igualdade. Acho que o Brasil né, ele recebe bem o imigrante, se viu falar que nosso país não é falar bem, tem que falar bem porque ele é bem recebido o imigrante. Agora lá fora não acontece isso.” [AC 02]

6.5.5 Dificuldades/Limites no atendimento à população imigrante negra

Em relação as dificuldades nos atendimentos, os entrevistados retrataram que o principal obstáculo se refere as barreiras na comunicação, por eles falarem outro idioma. No entanto, como percebido em outros depoimentos, alguns usuários dos serviços investigados são imigrantes que se comunicam em português, por serem oriundos de países colonizados por Portugal, como é o caso de Moçambique e Angola.

“É, agora me recordo, tem um pouco de dificuldade na hora de alguns imigrantes que não entendem o português.” [EN 04].

“Desafio ... é a questão do ... é que eles não falam português, a maioria fala o crioulo ou então fala francês e nós não somos especializados nessas línguas, então assim, dificuldade é na ... comunicação ... comunicação mesmo com eles sabe? Essa eu acho que é uma grande dificuldade nossa, que as vezes eles vêm sozinho no primeiro atendimento aqui e não fala português”. [AE 01].

Alguns discursos apresentaram a percepção de um comportamento imediatista por parte dos imigrantes negros, denotando que seria pelo fato de pertencerem a um grupo vulnerável, condição que garantiria a prioridade no atendimento a eles. A fala ainda aponta que esse comportamento pode ser agravante pela falta de compreensão dos processos burocráticos, o que interfere no fluxo do atendimento.

“Na verdade assim, o ponto negativo, vou começar pelo ponto negativo, por mais que eu sempre procure usar o bom senso da melhor forma que der e as vezes correr atrás do recurso externo e tudo, existem situações que a gente percebe que aquela pode aguardar um pouquinho, que por mais que ela esteja de certa forma angustiada querendo resolver o problema dela, mas eu tenho ali na fila logo atrás dela eu estou vendo uma pessoa que precisa naquele momento mais do que ela, e não só, eu já tive situações assim, com pessoas negras, com gay, com HIV, então assim, todo mundo que representa alguma minoria, quando vê que não vai conseguir que o atendimento seja da forma como ele quer naquele momento, lógico que não todos, estou falando de alguns, alguns representantes né, então eles acabam usando a minoria que eles representam, como se a gente tivesse fazendo alguma discriminação. Eu

já fui acusada disso aqui, que a pessoa falou “A você não quer fazer isso pra mim porque eu sou X”, não senhor não é por isso é porque não tem, e porque o seu caso não é urgência, porque a gente pode agendar para daqui duas semanas, “não, não o quero e não sei o que” e daí acaba levando pra esse lado né, então existe a vontade de colaborar da minha parte, mas não é recebido da mesma forma por quem está recebendo o serviço.”. [TE 02]

“Tem alguns haitianos que eu acho assim, eles são muito imediatos, eles chegam, ele quer ser atendido na hora, e se eles têm ... eles as vezes não querem esperar...” [AC 01]

Além das dificuldades na comunicação, outro elemento limitador se refere a cultura diferente dos imigrantes, pois a acentuada valorização de alguns imigrantes por seus costumes, pode influenciar nas ações de prevenção e promoção à saúde.

“A dificuldade é a comunicação é quase uma é uma barreira difícil de se transpor, porque a gente tem uns dizeres muito nossos, que difícil de traduzir, veja eu quando vim do Rio de Janeiro, que o mesmo país eu sofri. A gente tem uns dizeres muito nossos e que pra gente que é de outro país, tem as tradições e os costumes é a cultura deles, então é muito diferente né. Então a cultura que a gente já ouviu falar na voz de alguém que morava no Amazônia que tinha essa coisa, que nem essa coisa de colocar no umbigo. Mas sei lá o que eles fazem? A gente não sabe, abordar as tradições e os costumes de uma maneira que não, que não afete a população negra, porque parece que aqui eles vivem em micro feudos, eles valorizam muito a língua deles, eles se falam pela língua, a comida deles adaptado com o que eles têm aqui, então eles valorizam muito isso. Tentar mostrar pra eles como é que pode fazer a prevenção e a promoção a saúde é um desafio.” [EN 05].

6.4.6 Material de apoio/estratégia/política para o atendimento da população imigrante negra

Esta subcategoria foi organizada a partir dos discursos dos entrevistados referentes as estratégias, tais como o recebimento de material de apoio e o conhecimento prévio de algumas Políticas Públicas no âmbito Municipal, Estadual ou Federal, voltados à população imigrante negra.

De acordo com os entrevistados, o uso de aplicativo de mensagens instantâneas (*whatsapp*) foi uma das estratégias utilizadas para uma melhor comunicação, além disso, a criação de grupos pelo aplicativo com os haitianos cadastrados na localidade da UBS, a criação de um dicionário com as palavras mais utilizadas nos idiomas dos imigrantes, também o uso do tradutor do celular e a carteirinha da gestante traduzida para o dialeto *creolé* e francês.

“E aí, a gente tava montando um grupo, eu até tenho aqui do haitiano ... daí eu tava fazendo ... Aham, um grupo de whatsapp só de haitiano pra gente ir conversando com eles” [AC 01]

“Tradução também da carteirinha ... É, é ... e também um glossário assim, um ... teve uma lista de palavras ... um dicionário ... um dicionário de algumas palavras? Isso, de algumas palavras mais usadas por nós e por eles. Certo, daí já ajuda né? Nossa ... É, daí foi bom, aham.” [DE 01].

“...daí o médico usa o tradutor do celular né, as vezes tem algum residente que até fala a língua mais ou menos, ajuda a traduzir um pouco, mas é mais complicado quando né ... pra atender eles.” [AE 01]

No que se refere a esfera das Políticas Públicas e as capacitações existentes sobre elas, foi possível averiguar pela percepção dos usuários, que essa responsabilidade deveria ser dos governantes e não existe material direcionado para o atendimento específico dessa população. Alguns entrevistados indicaram a própria política do SUS como motriz ao atendimento, enquanto outros apontaram que o investimento em cursos e capacitações são oriundas de recursos próprios. Somente um entrevistado mencionou sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

“Eu não posso afirmar isso entendeu, isso depende dos governos né, o governo é um todo, ministro, presidente da república, esses fazem né, lutam por quem vai determinar isso são eles. Nós vamos ajudando eles de alguma forma né, com o nosso trabalho o melhor possível.”. [AC 02]

Eu não recebi nenhum material, não ... não fiquei sabendo. Não, pro atendimento mais específico dessa população, não. Assim, de material não fiquei sabendo.” [DE 01]

“eles são umas pessoas que tão direto no posto, não se é porque eles tão fora do país deles ou eles tão um pouco solitário, então eles tão aqui direto aqui na unidade” [AC 01]

“Nenhuma, não por parte dos governos, não teve nada. Tem os grupos que eu sou engajada, então eu tive capacitações em grupo de autismo, eu tive capacitações em grupos de defesa feminina né, eu tive palestras do movimento da consciência negra, eu tive palestra do consulado da Colômbia, mas tudo online e tudo por procura minha. Sim, foi algo individual.” [TE 02]

“acho que precisaria ter mais, mas não recebi nada da prefeitura especificamente. É ... é um material que to falando que eu vejo produção da sociedade brasileira de questões de família que tem produzido, inclusive fizemos materiais sobre atendimento a Covid em populações periféricas [ME 02]

“Eu ajudei a informar a gestão do que tava acontecendo em termo pra apresentar prontamente as situações, de forma por meio das redes sociais que que tinham uma informação muito mais certa que a própria gestão. Muito pelo contrário a gente que apontava lá, ta acontecendo isso em tal lugar, vai acontecer a gente precisa se organizar porque vai acontecer isso aqui.” [EN 02]

“Acho que eles se enquadrariam na Política de Atenção a saúde da população negra...” [EN 05]

7 DISCUSSÃO

Nesse capítulo serão discutidos os resultados na mesma ordem em que foram apresentados no capítulo anterior, sobre a primeira e segunda etapa da pesquisa. No primeiro momento da segunda etapa, o debate se direciona sobre a percepção da pesquisadora no momento das entrevistas. Em seguida, serão apontados aspectos sobre a caracterização das entrevistas, para então adentrar nas categorias de análise temática criadas a partir do discurso dos entrevistados.

7.1 DISCUSSÃO DA PRIMEIRA ETAPA: SCOPING REVIEW

Os resultados que derivaram da *Scoping Review* foram organizados em temas e são discutidos separadamente pelas categorias elencadas: “Categoria Debate Racial”, “Categoria de Acesso a Saúde/Condições de Vida”, “Categoria Debate de Saúde mental”.

7.1.1 Categoria Debate Racial

Os materiais que compuseram esta categoria apresentaram a característica de Artigo original de reflexão (2), Carta ao Editor (1), Editorial (1) e um artigo de Revisão de Literatura (1), que apresentaram objetivos voltados para análise da relação da pandemia da COVID-19 e os impactos na vida da população rotulada como minoria; apenas um dos materiais teve seus resultados com base no debate da relação racial.

A análise das desigualdades raciais e iniquidades sociais que a pandemia evidenciou, pode ser vista como a expressão da relação intrínseca desses dois fenômenos (Racismo e Covid-19) que, nessa pesquisa, estão correlacionados. Nenhum material analisado nesta revisão tratou exclusivamente da população imigrante negra, o que evidencia a necessidade da realização de mais estudos que investiguem como a pandemia da Covid-19 se expressa nesse grupo populacional.

Dentre os materiais escolhidos, três estudos (R1, R2, R3) (KROUSE, 2020; WATSON et al., 2020; KAPILASHRAMI; BHUI, 2020) procuraram trazer a análise das desigualdades raciais, mostrando que a população negra é quem mais está sofrendo, tanto com número de casos e mortes pela Covid-19, quanto pelas desigualdades sociais se comparadas as demais populações, sejam estas imigrantes ou não. Um estudo (R2) (WATSON et al., 2020) dos Estados Unidos da América, teve como objetivo o debate

sobre a questão econômica das pessoas negras, imigrantes e não brancas, que foi agravada pela pandemia e trouxe impacto direto na saúde mental desses.

Outro estudo (R4) (SHADMI et al., 2020) organizou dados de 13 países, analisando o impacto entre a condição social, o alto índice de casos e a letalidade da doença na população negra. Os autores constataram que em diversos países, essas pessoas desenvolviam casos mais graves com necessidade de internamento e com maior chance de morrer. O outro material que trouxe uma reflexão de dados mundiais (R6) (GLOVER, et al, 2020) evidenciou que a população negra, assim como os imigrantes negros, é super-representada sempre com altas incidências de casos da doença.

Já o artigo de revisão (R5) (TREWEEK et al, 2020) apresentou um estudo da Inglaterra, apontando que a população rotulada como BAME é a população que mais sofre os impactos gerados pelo *lockdown*, principalmente afetando a saúde mental, decorrente da restrição de acesso aos serviços básicos e condições de trabalho.

7.1.2 Categoria de Acesso à Saúde/Condições de vida

Nessa categoria, o material selecionado apresentou artigos originais com abordagem quantitativa (5) e um artigo original de reflexão. Esses materiais procuraram discutir o acesso às condições básicas de vida e como a situação socioeconômica influenciou indivíduos acometidos pela Covid-19; apontando a realidade da população imigrante dos locais em que foram realizados os estudos.

Um dos estudos (C1) (DESAI; SAMARI, 2020), se referiu ao acesso dos imigrantes aos serviços de saúde reprodutivas e sexuais durante a pandemia. Nos Estados Unidos da América, os imigrantes não possuem acesso aos serviços de saúde pública, pois até mesmo para a população nacional, este serviço é privado. À vista disso, há uma exclusão dos serviços de saúde para a população imigrante, principalmente devido a estadia ilegal no país. Como alternativa a essa problemática, o artigo propõe a criação de políticas que abordem a saúde e também o direito ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva; preconizando que esses habitantes sejam reconhecidos como participantes da população e seus direitos sejam garantidos.

Outra pesquisa (C2) (GUIJARRO et al., 2020) identificou que os imigrantes da África Subsaariana que habitam a Espanha apresentaram altos índices de letalidade por Covid-19, seguidos dos imigrantes afro-caribenhos e latinos. Esses dados foram atribuídos à falta de acesso aos serviços de saúde pelas populações investigadas. Quando

foram organizados os dados sobre o *status* econômico, educacional e condições de saúde, os menores índices foram da população imigrante subsaariana, apresentando também maior taxa de mortalidade por Covid-19.

O artigo realizado no México (C3) (BOJORQUEZ et al., 2020) apontou que existem poucos dados sobre como a população imigrante está sendo afetada pela Covid-19. A população estudada foi a de imigrantes que vivem nas cidades de fronteiras, muitos vivendo em abrigos e em condições precárias. Os autores evidenciaram que a maior parte dos imigrantes foi quem mais necessitou de serviços de saúde e de intubação; dessa forma, apontaram para as questões sociais, as quais apresentam um alto impacto na vida dessa população, pois eles saem dos seus países de origem em busca de melhores condições de vida e acabam por passar por situações insalubres.

Os estudos realizados com dados da Inglaterra (C4, C5, C6) (ALDRIDGE et al., 2020; LASSALE et al., 2020, ROSE et al., 2020) procuraram identificar os fatores socioeconômicos e a relação entre as taxas de mortalidade na população rotulada por BAME. As pesquisas evidenciaram que a privação de renda está diretamente associada a maior mortalidade por Covid-19, assim como o não acesso de direitos aos serviços públicos, o que acarreta inclusive que as condições de vida geram relevantes consequências, influenciando a saúde mental da população.

7.1.3 Categoria de Debate Saúde Mental

Nessa categoria, o debate focalizou apenas em um material (M1) (MCBRIDE et al., 2020), que apresentou dados de diversos países. O estudo buscou identificar as possíveis alterações psicológicas dos indivíduos durante o isolamento social. Os dados foram coletados através do questionário C19PRC-UKW1, o qual aborda acerca dos domínios de identificação socioeconômico, característica de comorbidades e de ordem psicológicas.

O estudo (MCBRIDE et al., 2020), apontou que devem ser geradas políticas públicas efetivas que vislumbrem melhorar a qualidade de vida da população, pois surgiram dados de alteração de ordem psicológica e comportamental a partir das medidas de isolamento social e *lockdown*. Salientou também a relação da pandemia com o aumento de número de situações de violência doméstica no período do isolamento, bem como quais medidas devem ser tomadas a um nível de curto e longo prazo que busquem uma resolução para esse problema de saúde pública.

O uso do termo minorias, adotado por muitos dos materiais que compuseram o corpus de análise desta revisão, levanta o seguinte questionamento: esse termo surge para rotular indivíduos em uma mesma classificação e acaba sendo negligente ao encaixar vários subgrupos de diversas realidades (mulheres, negros, pobres, grupos religiosos e imigrantes), mas qual seria o significado real dessa denominação? Seria uma minoria no sentido quantitativo, ou de discriminação, ou de acesso ao poder? Segundo Viana (2016), a criação de um termo que tenta abranger inúmeros indivíduos, colocando em uma posição de debate perante o estado Nação, não faz jus com a realidade individual de nenhuma população.

Logo, nessa pesquisa não será utilizado o termo minorias para identificação das populações estudadas, mas sim como realmente é a sua característica de identificação. Quando se mostra o sujeito, surge a imagem de possibilidade de alteração da realidade a ser transformada. Essa pesquisa buscou identificar qual é realidade de saúde de imigrantes negros durante a pandemia da Covid-19, o que se pode observar é que não há nenhum material de debate que trate, especificamente, dessa população, uma vez que todos os materiais englobam todos os indivíduos, que são intitulados em um mesmo grupo de minorias.

O número de imigrantes negros espalhados pelo mundo é de difícil rastreamento, principalmente devido a sua irregularidade nos novos países de habitação. O indivíduo que migra se insere em um outro território, o qual já foi reterritorializado, seja pelo domínio de espécie ou de vegetais, movimento natural de todas as espécies que habitam o planeta. Então, o território pode ser reconhecido como a matéria do que é o mundo; local onde a sociedade faz de palco para sua vida, reprodução, formação da sua cultura e valores. Atualmente, a imagem do que é um território corresponde a representação das fronteiras do que se reconhece como estado nação. (SOUZA, 2019).

Todo migrante faz o movimento de desterritorialização e reterritorialização, carregando em si parte do seu território anterior, pois ele leva consigo traços, valores e cultura, ou identidade territorial, que já haviam sido construídos, muito antes dele. Sendo assim, a globalização é um sinônimo de desterritorialização (SOUZA, 2019).

Cada indivíduo, de acordo com a sua cultura e seu território anterior, tem em seus corpos percepções de identificação, podendo ser de herança genética de seus antepassados, como a identificação de asiáticos, caucasianos, indianos e negros. Diante disso, o que chama atenção é o que identifica o corpo negro, pois esse carrega consigo a história de uma imagem construída, historicamente, pelo tratamento do negro que ocorreu

desde a época do imperialismo, onde milhares de pessoas foram tiradas de seu território original e escravizadas em inúmeros outros territórios do globo, sem condição de tratamento humano. Até hoje o imigrante sofre em sua pele o contexto desse passado histórico, que marcou e marca a sociedade ocidental, ainda sendo negada a condição de migração espontânea, ascensão e reterritorialização.

Surge a necessidade do debate sobre a discriminação racial, pois designa hierarquias, desumaniza e expressa uma das estruturas de poder dentro da sociedade; ela também define o pertencimento de indivíduos a uma mesma classe por meio da cor e raça, os diferenciando de outros e prescrevendo as diferentes formas de desigualdade (SANTOS, 2018). Essa desigualdade reflete nos menores rankings da área educacional e de formação acadêmica, bem como ao menor acesso a saúde e condições dignas de trabalho vivenciados pela maioria da população negra. É necessário parar de naturalizar o pertencimento dessa população nesses locais, pois esse espaço está sendo ocupado devido ao racismo que fez com que a população negra fosse desumanizada, tornando um condicionante até hoje pela estrutura de poder do racismo estrutural.

A discriminação dos imigrantes, seja de espaços, acessos aos sistemas de saúde ou até mesmo condições mínimas de vida, já é por si uma das expressões de uma nova expressão de comportamento alinhada com a ótica do pensamento fascista, estruturando assim um novo-fascismo. Advindo o termo fascismo. A ideia de cessão de direitos a vida pelo estado nação, pode ser visto como pensamento nacionalista, já vem atrelada com a permissão do acesso somente para aqueles que nascem em seu território, ou seja, o direito é reservado apenas para aqueles considerados iguais, espectro da simbologia da soberania nacional. Essa exclusão de indivíduos expressa a ideia de negar aquilo que vem de fora, que é potencializada quando somada aos indivíduos negros.

A Covid-19 evidenciou que as pessoas mais propensas a desenvolverem formas graves da doença e maior letalidade é a população negra, em decorrência das condições da estrutura social que desumaniza os negros até hoje, razões essas já explicadas acima. As categorias que foram organizadas apontam que as publicações sobre os imigrantes negros giram em torno de raça, acesso à saúde/condições de vida e saúde mental. Embora nos estudos apresentados, essas categorias encontram-se juntas e expressam sobre a condição de determinantes sociais de saúde de modo geral, nessa pesquisa, o foco de análise são os imigrantes negros.

Mesmo com a criação de uma vacina eficaz que proteja a população mundial, ainda haverá ressonâncias da crise causada pela pandemia da Covid-19. É necessária uma

maneira sistemática de controle do vírus para todos, por isso devem ser criadas políticas públicas, assim como assistência de saúde, a política de renda mínima para todos e garantia de acesso aos serviços públicos para todos; para tanto, é crucial a participação popular durante esse processo (COSTELLO, 2020).

A superação da estrutura de poder racista vem primeiramente do reconhecimento dela, juntamente com práticas de sociabilidade e de diálogo dos antagonistas sociais, em busca da compreensão e da construção de práticas antirracistas para a superação e transformação social (ALMEIDA, 2017).

A limitação desta pesquisa deve-se à pouca quantidade de estudos que trazem um debate racial com uma abordagem sobre os agravantes históricos e seus impactos na vida do indivíduo e que também abordem a saúde da população imigrante negra até a atualidade. Outro fator seria que ainda está presente o momento da pandemia e o agravante da ausência de palavras-chave ou descritores específicos, provavelmente em razão do silêncio da comunidade científica para estudar os reais fatores que afetam a saúde dessa população

7.2 DISCUSSÃO DA SEGUNDA ETAPA: ENTREVISTAS

7.2.1 PERCEPÇÃO DA PESQUISADORA NO MOMENTO DAS ENTREVISTAS

Durante a realização das entrevistas, a pesquisadora sentiu relutância por parte dos participantes quando o termo “negro” era dito, havendo a necessidade da criação de uma frase de conforto para que o entrevistado se sentisse à vontade para participar da entrevista.

A resistência ou ausência de debate sobre raça indica como o racismo é um processo civilizatório e político, que perpetua e subordina a prática de maneira estrutural (ALMEIDA, 2020). Essa situação aponta para a necessidade de construir espaços onde se possa falar sobre raça.

Um artigo estadunidense, produzido pela liga dos acadêmicos de medicina, discute que se faz necessário o debate de raça e racismo nas instituições de saúde, em busca de reparar as iniquidades em saúde³. Além disso, apontam que o corpo docente

³ Segundo Breilh (2006), o conceito de iniquidades é uma desigualdade injusta no acesso aos bens e serviços dentro da sociedade, sendo uma desproporção que infere diretamente qualidade de vida e saúde,

precisa reconhecer o preconceito e a discriminação, e instrumentalizar os profissionais e alunos com ferramentas para serem utilizadas quando testemunharem alguma atitude que seja necessária a reflexão. (ACOSTA; ACKERMAN-BARGER, 2017).

Nesse estudo, os autores propõem a criação de espaços de treinamento para os professores e profissionais da saúde, onde sejam debatidos, de maneira sensível, com a proposta de autorreflexão sobre os seus privilégios, buscando reconhecer, com isso, o mecanismo de como se estrutura os processos discriminatórios de modo que impacte a realidade dos professores, funcionários, alunos e pacientes dentro das instituições de saúde. (ACOSTA; ACKERMAN-BARGER, 2017).

Os indivíduos são constantemente identificados como sujeitos, de acordo com suas características pelas construções sociais que foram definidas pelo imaginário com caráter simbólico, pois é comum quando se identifica socialmente as ideias de corpos, sendo o corpo o palco da identidade social. (SILVA; FURLAN, 2020). Assim sendo, o racismo se perpetua de maneira prática na identificação dos sujeitos, pois não existe a reflexão real da influência desse fenômeno na vida da população negra.

A proposta decolonial permite que se criem estruturas que sustentem a elaboração de ações e práticas para a condução de debates em todos os espaços sociais, até que essa temática deixe de ser um tabu, e conseqüentemente, possibilite a sua superação. (ALMEIDA, 2020).

7.2.2 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

A partir da caracterização dos participantes foi possível visualizar a categoria que tem a maior média de tempo de atuação na APS, a de agente comunitário. Porém, os participantes informaram que exercem essa função por 21 anos, embora a atenção primária em Curitiba exista há 20 anos. Possivelmente, este dado seria um arredondamento do tempo de serviço em decorrência do ano ser 2021. Embora o em 1991 tenha surgido o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que realizava a vigilância em saúde como estratégia para assistir o atendimento à saúde dos usuários da rede básica em saúde, sendo essa estratégia implantada após no PSF, sendo Curitiba um dos municípios pioneiros no Brasil nessa inserção (SANTOS, FRANCO, SOUZA, 2020).

como a desigualdade nos salários entre classes sociais e entre gêneros ou a diferença no acesso aos serviços de saúde entre pobres e ricos.

A categoria de maior tempo na APS foi a dos Agentes Comunitários (ACS), sendo esses profissionais fundamentais na assistência à saúde, pois são o elo entre a população e a equipe de saúde, principalmente por residirem na mesma localidade, desse modo, estabelecem relações firmadas e reforçadas entre a comunidade e a UBS. Ou seja, os ACS são fundamentais na ligação entre a unidade e os usuários imigrantes, pois fortalece o vínculo e favorece que essa população procure e consiga a assistência à saúde. (LOSCO; GEMMA, 2019).

Algo a ser debatido, que foi visível nos dados dessa pesquisa, é sobre o perfil da categoria profissional com menor tempo de serviço, que foi a categoria médica, cuja média foi de 6 anos e 1 mês na UBS atual e 8 anos e 5 meses de atuação na APS. Diferentemente do que se encontra na literatura, visto que a categoria do vínculo da categoria médica é considerada como adequada para criação de vínculo com a comunidade nesta pesquisa. O não vínculo da classe médica é um dificultador para uma ação de qualidade da assistência à saúde, pois é necessário a consistência de um vínculo da população com o serviço. (TRINDADE; BATISTA, 2016).

Um estudo realizado em Salvador (Bahia) buscou identificar a realidade dos médicos que trabalham na APS. Os dados apontaram que existe um déficit na formação e falta de incentivo para a atuação na atenção primária, pois os participantes relataram que o currículo da graduação não os prepara para o atendimento da necessidade de saúde⁴ da população do sistema público de saúde. Outro ponto de debate é a motivação dos médicos a buscarem o serviço para exercerem a função no início e no fim da carreira, pois encaram o serviço na ESF simples e flexível, no entanto, temporário; pois visam alcançar no futuro outras especialidades de maior prestígio social. (TRINDADE; BATISTA, 2016).

Em outra pesquisa realizada com 51 médicos de cinco regiões do Brasil, identificou-se que uma estratégia para a atração e retenção de médicos na APS, principalmente em áreas remotas seria o aumento do salário. Porém, teria que existir mais incentivos financeiros e condições de flexibilidade e folga no trabalho, melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, dentro outros fatores. (STRALEN et al., 2017).

A enfermagem se mostrou como uma categoria com bom tempo de trabalho, tanto na mesma UBS como na APS, fato esse importante para a criação de vínculo e

⁴ Breilh (2006), define que as necessidades em saúde vão além das necessidades biológicas, não são apenas individuais e isoladas, sendo consideradas como observadas como heterogêneas que expressão da dialética entre o sujeito e a sua expressão dentro da sociedade.

confiança com a comunidade atendida. A ação do enfermeiro dentro da APS com seu conhecimento consegue atender os usuários do sistema de saúde em uma perspectiva integral, por todo o ciclo de vida do ser humano. (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

A equipe de saúde reconhece o enfermeiro como um líder de equipe, como agentes primordiais entre a comunidade e a equipe, reconhecidos por suas competências gerenciais, por participarem na tomada de decisão, no compromisso e favorecimento na troca de informações. Assim sendo, o enfermeiro é uma profissão essencial para o atendimento na APS e ESF. (PERUZZO et al., 2018).

7.3 CATEGORIA 1 – RACISMO ESTRUTURAL VELADO NO DISCURSO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Para a discussão dessa categoria serão utilizados autores decoloniais, que debatem sobre a temática de racismo estrutural no contexto social e outros autores que discutem sobre a temática racial no âmbito da saúde.

O discurso normalizador produzido nos relatos dos entrevistados ao se referirem a equidade no atendimento, nas afirmações que o atendimento é normal ou igual para todos os usuários do sistema de saúde, está atrelado a capacidade que as instituições têm de absorver ou normalizar a ação do racismo estrutural em todos os indivíduos, conforme cita Almeida (2020). Dessa forma, as identidades corporais existem e trazem marcas dos seus significados de classificação, por conseguinte, o discurso de que somos todos iguais ou que o atendimento é normal para todos, exposto na fala dos participantes, revela um sentido como se o corpo negro não existisse, porém, a identificação do ser negro sempre vai existir, carregando com si toda a representação de si. (ALVES-BRITO et al., 2020).

Partindo desse pressuposto, existe um alinhamento no modelo de orientação, rotinização e coordenação dos comportamentos sociais, com efeito, ocorre uma solidificação aos sistemas sociais que são determinantes no modo em que os corpos são identificados, que sugere um pensamento estruturante. (HIRSCH, 2007). Exemplificado pela fala dos participantes da entrevista, nota-se que a questão racial ainda não é reconhecida em vários espaços da saúde, como um determinante social que interfere na saúde de um país que possui a história como a nossa.

Assim sendo, a desigualdade social provocada pela construção da injustiça racial faz com que esse olhar falso da homogeneização impeça que a sociedade enxergue o quanto ainda existe o racismo, perpetuando a negação da existência dessa problemática.

Pois a classe dominante no Brasil, embora sempre em menor quantidade, como discutido anteriormente, impôs normas, padrões que naturalizam e até romantizam o processo histórico, produzindo um consenso sobre o aspecto da dominação. (ALMEIDA, 2020).

Esses conceitos são fundamentais para a consolidação da supremacia branca até hoje, porém não se pode deixar de pontuar que o racismo está na sociedade dentro das relações, não apenas na saúde, mas nas relações políticas (ausência de políticos negros), econômicas (população negra ainda é a que possui menor poder aquisitivo), jurídicas (a população carcerária é em sua maioria negra), o que é basal e estruturante da conformação social. (ALMEIDA, 2020). Portanto, o Brasil sempre foi fundamentado e construído numa lógica racista, e o que se vive hoje é o resultado desse processo.

Um dos discursos analisados neste estudo trouxe a identificação de uma das expressões do racismo estrutural, ao apontar que seus colegas de trabalho identificam todo imigrante negro como haitiano, corroborando com a questão que a identificação da raça vai além da nacionalidade em si. Pois o racismo acontece independente da nacionalidade dos imigrantes, podem ser do Haiti, Angola, Guiné-Bissau, etc, pois o corpo carrega a marca negra e não a nação.

Como aponta Almeida (2020), o racismo não tem com critério o corpo ser imigrante ou não, pois esse é expresso sempre pela identificação que se faz das marcas que o corpo negro transporta. Assim que foi construída a sociedade, pautada no reconhecimento de estereótipos de como o corpo negro é representado desde os livros de história; a população negra carrega essa representação até hoje.

A presença no Brasil dos imigrantes reconhecidos como negros retintos, os quais não podem ser embranquecidos por carregar os traços negros mais acentuados, fez ressurgir o racismo que antes estava encoberto, pois com o processo de embranquecimento da nossa população se negava que o negro brasileiro pudesse permanecer ainda com traços retintos (SAGLIO-YATZIMIRSKY; GEBRIM, 2017), esse processo migratório trouxe uma outra faceta do racismo estrutural. A presença dos imigrantes negros no território brasileiro trouxe, como consequência, mais uma vez, a interrupção do projeto do embranquecimento no Brasil. A percepção de que todos os imigrantes negros são oriundos do Haiti pode ter relação ao fato de que os haitianos são a maioria dos imigrantes negros atualmente no Brasil. Esse grupo representa 106,1 mil (21,5%) do total de 492,7 mil (BRASIL, 2019), sendo a construção de um imaginário que nega a existência de imigrantes de outros locais, ou seja, outras culturas negras, tornando essa mais uma esfera do racismo estrutural.

O discurso que prega “somos todos iguais” não é considerado um discurso honesto, pois foi ele que permitiu a escravidão, conforme a diferença da identificação de estereótipos diferentes do branco, tais contrastes são justificados no discurso eugenista na formulação de conceitos de indivíduos que não são brancos, que seriam sempre caracterizados como desaculturados, selvagens, com comportamentos imorais e lascivos ou até mesmo com pouca inteligência. (ALMEIDA, 2020). Enquanto existir o tabu sobre o debate de raça, a superação da estrutura não irá acontecer e não se poderá pensar em uma perspectiva antirracista.

O conceito “estrutural”, como afirma Almeida (2020) não significa que o pensamento que foi estruturante da sociedade não possa ser rompido, pois podem existir ações de ordem institucionais antirracistas, todavia, o autor concebe que os indivíduos que são identificados como negros, sofrem discriminação de forma sistemática pela condição do discurso normalizador. O reconhecimento da estrutura é, portanto, o caminho possível para a superação.

Um estudo realizado em um hospital da Austrália, discutiu como as instituições e políticas nacionais são construídas para privilegiar os interesses dos grupos dominantes. A proposta dos autores foi voltada para uma educação cultural e treinamento antirracista na realidade dos funcionários, para que os profissionais de saúde possam reconhecer, dentro dos sistemas de saúde e socialmente, a complexidade e o prejuízo que o racismo provoca nas condições de vida, e que interfere na saúde da população que sofre por essa discriminação. (BOURKE; MARRIE; MARRIE, 2019).

Uma pesquisa realizada com profissionais da saúde da Suécia, Alemanha e Portugal discutiu como é difícil realizar uma exploração teórica sobre o racismo dentro dos espaços de saúde, essa temática é pouco pontuada e conceituada nos cuidados de saúde, sendo algo escasso nos encontros de saúde. O mesmo estudo destacou que o racismo é atuado de maneira sutil, invisível e normalizador nas rotinas médicas, que induz a limitação ou negação de acesso às necessidades humanas básicas e a uma qualidade de vida digna (HAMED, 2020).

Algumas falas dos entrevistados trazem que os imigrantes negros apresentam boa condição de higiene, assim como os seus filhos, aspecto visto como positivo na assistência à saúde. Quando busca reconhecer, por uma perspectiva do debate de raça, a visualização de tal comportamento ser reconhecido como positivo para a saúde da população negra, advém como se tal comportamento seja inesperado por parte do negro. Que uma boa condição de higiene é positiva para a saúde é inegável, porém esse aspecto

é apresentado, nessa categoria, em decorrência da visão de que o corpo negro é condenado a um espaço de ausência de limpeza.

O assunto debatido por Kilomba (2020) reflete como a construção do imaginário social do negro é direcionada para locais de isolamento racial, segregados em condições não apenas sociais, mas também espaciais, como locais marginais dentro dos territórios da cidade. Nesses espaços, a estética é vista como suja, fator preponderante na construção da fala dos entrevistados, como aspecto de surpresa pelo fato dos imigrantes apresentarem boa higiene.

Uma pesquisa realizada pela *American Heart Association*, apresentada por Churchwell (2020) demonstra como as condições provocadas pelo racismo estrutural vão desde trauma de infância, discriminação, disparidades em saúde, inequidades em saúde, preconceito, trauma racial, determinantes sociais em saúde e a posição econômica. Tais fatores favorecem ao aparecimento de doenças cardíacas, desse modo, os profissionais de saúde devem ser capacitados, desde sua formação, para conseguir desenvolver um olhar mais sensível ao debate de raça.

Para que exista a superação de como o contexto de tais comportamentos estão enraizados e naturalizados na objetificação de estereótipos físicos, a estrutura do racismo deve ser tratada de maneira basal e não apenas como um recorte. O intuito da reflexão dessa categoria foi evidenciar como o discurso da normalização é sumariamente racista, impedindo que a sociedade confrontar de maneira mais enfática essa ordenação poder.

Existiram falas que apontaram que os homens têm mais domínio da língua portuguesa do que as mulheres, esse fato pode ser decorrente da maior inserção ao mercado de trabalho dos homens em razão das oportunidades serem maiores para os homens imigrantes negros. A existência da divisão sexual no trabalho traz consequências na organização social dos imigrantes, principalmente no desenvolvimento do domínio do idioma. (SEGATO, 2018).

A inserção do homem no mercado de trabalho ser mais efetiva trata-se de um processo histórico em transição na humanidade, a relação de emprego que os imigrantes negros conseguem, em sua maioria, de serviços braçais, sendo o espaço onde muitos conseguem a sua renda familiar (SEGATO, 2018).

As mulheres imigrantes negras sofrem por dificuldades de inserção no mercado por sofrerem maior vulnerabilidade, invisibilidade, racismo e xenofobia, não só pelo fato de não dominarem o idioma, mas também como essas ficam mais expostas a situações de

abusos, exploração e violência, fatores que são menores quando comparados em relação aos homens. (RODRIGUES; BURGEILE, 2021).

Uma pesquisa realizada no Amazonas com mulheres imigrantes haitianas, aponta que elas carregam com si fatores identitários, sociais, culturais e históricos e que essas buscam a imigração como maneira de prover as necessidades dos familiares que permaneceram no país de origem. Algumas, apesar das dificuldades, conseguiram se inserir no mercado de trabalho, assim como atingir um domínio razoável da língua portuguesa. Também foi constatado que elas ajudam mutuamente nas despesas do lar e acolhem compatriotas em seus lares estabelecendo uma rede de apoio. (RODRIGUES; BURGEILE, 2021).

Levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que no Brasil, até o ano de 2019, o percentual de mulheres de 15 anos ou mais que integravam a força de trabalho era de 54,5% das mulheres, enquanto entre os homens era de 73,7%. Esse percentual inclui pessoas que procuram empregos e que estão empregadas. Indicadores apontam que mulheres apresentam uma maior dificuldade em conseguir emprego, na faixa etária de 25 e 49 anos, devido a presença de filhos e ao menor nível de escolaridade em decorrência da relação de serem mães. Quando comparadas com mulheres negras o percentual foi de 50% enquanto de mulheres brancas 62,6% (BRASIL, 2020). O Brasil já exclui por si só as mulheres negras do mercado de trabalho, o fato de serem imigrantes acaba sendo um fator a mais para essa condição.

Fatores como o estado conjugal e a composição familiar influenciam na condição da composição da força de trabalho. As políticas públicas devem ser promulgadas com a relação à presença das creches, locais onde essas mulheres podem deixar os filhos enquanto realizam seu ofício, pois assim essas poderiam aprimorar seu grau educacional, assim como exercer uma atividade empregatícia, possibilitando com que essas consigam oportunidade de renda e maior grau de independência (BARBOSA, COSTA, 2017).

Assim sendo, uma das hipóteses do discurso que estava presente na fala dos participantes induz que a prática do machismo por parte dos imigrantes negros seria até natural da sua cultura, porém essa situação acontece de maneira similar na realidade brasileira, não sendo um fato isolado por serem imigrantes.

7.4 CATEGORIA – ATENÇÃO À SAÚDE AO IMIGRANTE NEGRO DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A discussão desta categoria acompanha a apresentação dos seus resultados e, por isso, está organizada em sete subcategorias, com vistas a aprofundar a compreensão de como o serviço de saúde atende o imigrante negro durante a pandemia da Covid-19.

7.4.1 Como o imigrante negro chega até a unidade

Essa subcategoria indicou que os imigrantes negros que procuram os serviços de saúde apresentam muitas vulnerabilidades sociais, além disso, já possuem algum conhecido residente na região de atendimento da UBS e a procura acontece de maneira espontânea.

Os imigrantes fazem parte de um dos grupos que mais utilizam os serviços de saúde, porém esses passam por diversas dificuldades ocasionadas por fatores estruturais. Os princípios que garantem o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde são os princípios do Sistema Único de Saúde, a saber: Universalidade, Integralidade e Equidade. Com essa garantia legal, existe a procura de maneira espontânea por parte dos imigrantes no serviço de saúde. (TÔNDOLO, 2018).

Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul por Granada e Detoni (2017), relata que os imigrantes haitianos sofrem pela negação de direitos mínimos à vida como alimentação, moradia e acesso a emprego. Essa dificuldade de acesso a direitos sociais gera fragilidades consideráveis, pois refletem na condição de moradia, e conseqüentemente, a saúde. Esse estudo preconiza a construção de condições de acesso para os imigrantes aos direitos sociais de forma mais abrangente.

Em outra pesquisa que buscou identificar como os imigrantes são acolhidos na APS, demonstrou que pelas leis brasileiras existe uma facilidade para a vida do imigrante no país, decorrente da própria constituição que garante o acesso à saúde a todos que estão dentro do território nacional. Sendo assim, muitos imigrantes deixaram de optar por países na Europa por medo do preconceito e da rejeição que sempre é televisionado, principalmente com o movimento de fechar as portas para os refugiados. (NASCIMENTO et al., 2020).

Uma pesquisa de revisão bibliográfica sobre o acesso a saúde dos imigrantes na APS em 11 regiões do mundo (Estados Unidos, Brasil, Austrália, Equador, Irã, Japão, Malásia, Nova Zelândia, Países Bálticos e Suriname), mostra que cada país possui o seu modelo de atenção à saúde. Os autores indicam que as diferenças étnico-raciais e econômicas são as principais fontes das iniquidades sociais das populações imigrantes,

ponderando como situações que interferem na saúde dos sujeitos (FIGUEIRA et al., 2018).

A APS se faz necessária na vida da população imigrante, porém a equipe de saúde precisa superar certos obstáculos como falta de capacitação para lidar com algumas situações, tais como o não domínio do idioma e a necessidade de melhores condições de trabalho. Ela ainda oferece assistência à saúde, principalmente para grupos populacionais e em situação de vulnerabilidade como é a realidade de alguns imigrantes (FIGUEIRA et al., 2018).

A permanência do direito de que toda pessoa, sendo imigrante ou não, que busca cuidado ser acolhida pela APS no Brasil deve persistir, em decorrência dos cortes de investimento e desmonte do SUS, pois o sistema com suas estratégias de atendimento à saúde deve ser defendido não só por se apresentar como lei, mas também como necessário e inerente à vida da população.

7.4.2 Principais necessidades em saúde suscitadas no atendimento do imigrante negro

Segundo o relato dos participantes, os imigrantes procuram as UBS para tratamento bucal, sintomas respiratórios, atendimento ginecológico, obstétrico/pré-natal, atendimento pediátrico e IST's. É importante levar em consideração que uma das unidades estava com atendimento restrito a mulheres e crianças, havendo também o relato que os imigrantes apresentam quadro de doenças crônicas como obesidade, diabetes e hipertensão.

As necessidades em saúde são produtos da construção social e histórica, se situam pelo local espacial e pela cultura de um povo, porém não dizem respeito somente a função de conservação da vida, pois não devem ser vistas como apenas necessidades médicas (como problemas de saúde), uma vez que se relacionam com carência ou vulnerabilidades. Para se ter saúde é necessário condições de desfrute e satisfação da vida de modo integral (SOUZA ÁQUILAS et al., 2019).

Um estudo de revisão integrativa que buscou compreender a saúde bucal de imigrantes localizou 21 publicações que analisaram populações imigrantes de vários países localizados nos continentes Americano (Haiti e Venezuela), Africano (Senegal, Angola, Nigéria, Congo, Gana) e Asiático (Síria, Bangladesh, Líbano). A pesquisa identificou que as principais necessidades relacionadas à saúde bucal são cáries e doenças periodontais, cujos tratamentos no Brasil, são garantidos pelo SUS. A pesquisa relacionou

que o contato com uma nova cultura e hábitos dietéticos que favorecem o consumo aumentado de carboidratos fermentáveis propicia, na população imigrante, casos de doenças semelhantes aos nativos brasileiros (BORGES; FAUSTINO-SILVA, 2019).

O mesmo estudo discute o termo “imigrante saudável”, pois muitas vezes o estado de saúde bucal do imigrante ao chegar no país é melhor do que os nativos do país, mas com o aumento do tempo de permanência a sua situação de saúde passa a se assemelhar aos dos nativos, pelo processo de aculturação. Outro fator que foi levantado é que como muitos imigrantes vêm em busca de emprego, deveriam ser ofertado políticas sociais de inclusão da população ao mercado de trabalho, visto que a condição de renda é essencial para a sustentabilidade e melhor qualidade de vida (BORGES; FAUSTINO-SILVA, 2019).

Com relação a sintomas respiratórios, um estudo que procurou identificar a condição de saúde dos haitianos no sul do Brasil, relata que existem altos índices de patologias, como a tuberculose, devido as condições precárias de vida e de trabalho que reduzem o estado imunológico em comparação com a população local (GRANADA; DETONI, 2017). Segundo o relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as populações imigrantes e refugiadas no Brasil possuem maiores casos de HIV/AIDS, tuberculose, leishmaniose e desnutrição, situações associadas a má condição de moradia e emprego (LIMA; GARCIA; FECHINE, 2020).

Os discursos dos participantes orientam que as mulheres em sua maioria apresentam necessidades de atendimento ginecológico, pré-natal e a continuidade do atendimento em saúde para seus filhos. Essa realidade é confirmada pela demonstração da condição em vários estudos que mostram essa prática como comum das mulheres haitianas em diferentes estados do Brasil e em países europeus (WALKER et al., 2020).

As mulheres possuem maior procura aos serviços de saúde do que os homens, essa busca geralmente acontece nas mesmas situações das mulheres imigrantes, nas quais a busca pelo atendimento, geralmente, ocorre na área ginecológica/obstétrica e atenção à saúde de seus filhos (TELES, 2019). Em um artigo de revisão bibliográfica sobre a condição de saúde das mulheres imigrantes haitianas, os dados apontam que elas percebem seu estado de saúde com o aparecimento de sintomas relacionados a condições de higiene, iniciação sexual, uso de contraceptivo, orientações sobre planejamento familiar, assim como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos (FAQUETI; GRISOTTI; RISSON, 2019).

Como a busca ao atendimento de saúde pelas mulheres possui em geral, razões ginecológicas e de pré-natal, há maior rastreio da condição de saúde sexual dos imigrantes, demonstrando incidência de IST's nesse tipo de atendimento (CUCOLOTTO et al., 2017). Um ponto a ser tratado é que o maior número de casos ocorre pela condição de busca por exames específicos para IST's. Porém, cabe ressaltar que algumas literaturas indicam que pode ser uma condição posta a todos os imigrantes, como se eles trouxessem essas doenças para o país. De todo modo, a condição de saúde da mulher brasileira é similar, pois nesse acompanhamento periódico é que elas também descobrem se contraíram ou não doenças venéreas. (QUENTAL et al., 2017).

Essa condição se igualou a de outro estudo que identificou que as mulheres imigrantes passam por situações de maior vulnerabilidade, tanto riscos sociais como de saúde, principal fator motivador da busca pela APS, e ainda, elas relatam que se sentem bem acolhidas e satisfeitas pela oferta dos serviços de saúde (TEIXEIRA; ROLLO; ROCHA, 2021).

Alguns dos participantes da entrevista trouxeram nas falas a identificação da cronificação de aspectos na saúde dos imigrantes, como o diagnóstico de obesidade, hipertensão e diabetes. Em um estudo realizado em Portugal, buscou comparar o perfil dos pacientes hipertensos nativos com os imigrantes africanos; foi constatado que os imigrantes recorrem aos serviços de emergências, ou seja, há quadros mais graves de doenças cardíacas e diabetes por não realizarem o acompanhamento adequado (PINHEIRO et al., 2018).

Outro estudo realizado nos Estados Unidos buscou comparar os determinantes sociais para o aparecimento de hipertensão, diabetes e obesidade nos indivíduos afro-americanos, imigrantes africanos e afro-caribenhos. A pesquisa identificou que a população negra, em geral, apresenta uma maior incidência dessas doenças e da cronificação desses agravos. Os fatores determinantes para essa situação são as condições sociais, pois não existe comprovação de que tais patologias tenham relação genética com a população negra. Isto é, condições como renda, baixo nível de escolaridade e condições de trabalho são os fatores que mais contribuem para o aparecimento dessas doenças (COMMODORE-MENSAH, 2018).

Em um estudo realizado pela escola de enfermagem e medicina de Johns Hopkins, aponta que o aparecimento de doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e colesterol alto nos imigrantes negros está associado a uma dieta pobre, hábitos como tabagismo e a sua condição financeira. Um fator relevante, desse mesmo estudo, é que os

imigrantes apresentam quadros de sofrimento mental por conta da discriminação e de situações estressantes que experienciam, atrelado a isso, tem o fato de estarem longe do seu país de origem, o que denota maior necessidade dos profissionais de saúde conhecerem os indicadores que influenciam os fatores estressantes. O racismo deve ser tratado como um determinante social de saúde, com necessidade de classificação de prioridade na clínica, pois assim se poderá desenvolver políticas, legislações e intervenções que causem mudanças efetivas na realidade dessa população (TURKSON-OCRAN, 2020).

7.4.3 Organização da US durante a Pandemia

Essa é a subcategoria considerada central desta pesquisa, pois revelou como aconteceu o acolhimento do usuário imigrante negro durante a pandemia da Covid-19. Essa situação organizacional da APS como ocorreu no Brasil foi similar a organização internacional encontrada na literatura. Também buscou trazer dados epidemiológicos e direcionar como as implicações do processo histórico da discriminação racial implicou na vida da população negra durante essa crise sanitária.

Como foi possível averiguar nas falas dos participantes, as US possuem como logística de organização, a divisão do atendimento em um espaço físico da UBS específico para aqueles indivíduos que precisam permanecer em isolamento com sintomas respiratórios; daqueles indivíduos que vão passar por um atendimento geral. O atendimento ficou situado na classificação de comorbidades gerais, ou seja, o fluxo de atendimento para pacientes com sintomas de Covid-19 e atendimento geral. Porém, com a leitura de material publicado tanto nacionalmente como internacional, que serão apresentados ao longo dessa categoria, notou-se uma ausência de organização dos serviços em um contexto geral para o atendimento das populações vulneráveis, exceto a gestantes e crianças.

A vigilância em saúde dos territórios durante a pandemia deve criar maneiras que bloqueiem ou reduzam o risco de expansão do vírus. A APS é responsável por notificar, detectar e acompanhar os casos positivos, fortalecendo a ideia do isolamento social para os casos de quarentena. A organização dentro da própria UBS do fluxo dos pacientes sintomáticos e não sintomáticos é uma medida preventiva de propagação do vírus. (MEDINA et al., 2020).

Uma maneira que se buscou para o enfrentamento da Covid-19 foi a criação de protocolos de triagem para casos leves, moderados e graves e as mudanças dos fluxos dos atendimentos de pacientes sintomáticos e não sintomáticos. Este modo de organização foi a principal maneira de evitar o contágio dentro das UBS, visto que por corte de financiamento e falta de recursos humanos, as UBS já se encontravam em situação insuficiente para prestar atendimento para toda a população a um nível nacional. O fator do investimento para à saúde pública tem que ser levado em questão, pois o impacto desse no SUS é o demonstrativo de como o sistema consegue atender o país durante uma crise sanitária (DAUMAS et al., 2020).

Fato que não deve ser deixado de ser apresentado é que em decorrência da crise sanitária e os impactos da mudança do financiamento⁵ gerou uma maior sobrecarga, sendo necessário a defesa da APS para que essa consiga realizar uma atenção mais efetiva à saúde, pois com medidas de criação de material com medidas de prevenção, combate a *fake 90eco*, essa consiga a redução das interações decorrente do coronavírus. Esse engajamento deve ser em todos os níveis e envolvendo todos os agentes, a população, gestores, serviços, níveis de atenção e profissional de saúde (CABRAL, 2020).

O atendimento das populações vulneráveis ficou em segundo plano pela logística dos gestores, pois o sistema de saúde conseguiu comportar o atendimento de triagem, o atendimento presencial e domiciliar, o acompanhamento de casos suspeitos de Covid-19 e o encaminhamento para os outros níveis da atenção à saúde. O suporte aos grupos vulneráveis aconteceu por meio do estabelecimento de contato com as lideranças locais, equipamentos e instituições locais, que se articularam com outras iniciativas comunitárias, sendo o Brasil local de forte engajamento comunitário. (MEDINA et al., 2020).

Ressalta-se que existiu ausência de uma organização que direcionasse o atendimento e o olhar à saúde da população imigrante negra no Brasil durante a pandemia da Covid-19.

Um estudo internacional indicou que a APS, em vários países, procurou organizar o espaço físico a partir da divisão de pacientes sintomáticos e assintomáticos, seguindo os protocolos das Organização Mundial de Saúde (OMS). A atenção primária

⁵ Um grande marco da mudança do financiamento foi a EC 95, que congelou o orçamento por 20 anos, sem considerar as necessidades da população, o crescimento populacional e envelhecimento da população. Assim o corte do programa Mais Médicos que atendiam cerca de 30 milhões de brasileiros (MENEZES; MORRETI; REIS; 2020). Um cálculo da relação do corte do financiamento foi entre o ano de 2018 até 2020, que após a EC 95 em vigor tirou R\$ 22,5 bilhões do SUS. (DWECK; MORRETI; CARDOSO, 2021)

bem-organizada e gerenciada deve conseguir fornecer condições seguras para o atendimento, principalmente de pessoas que estão em situações de maior vulnerabilidade e que seria necessário o investimento nos serviços de saúde devido o impacto a longo prazo para cuidados respiratórios. (WILLIAMS; TSILIGIANNI, 2020).

A OMS publicou sobre a importância da Declaração da Alma-Ata de 1978, a qual dispõe sobre os cuidados primários em saúde, assegurando a saúde como direito fundamental e enfatizando os esforços dessa assistência no serviço da APS, ofertada durante a pandemia da Covid-19, pois a APS está na linha de frente, e por meio dela, que se estabelece políticas de organização para atendimento à população. Na medida em que a APS é essencial para conter o agravamento da crise sanitária sendo imprescindível o estabelecimento de políticas e financiamentos para o desenvolvimento da melhoria das APS (RASANATHAN; EVANS, 2020).

A organização da separação do espaço físico para o atendimento de gestantes durante o pré-natal de pacientes sintomáticos é uma medida essencial, pois mulheres grávidas apresentam uma maior vulnerabilidade para manifestações mais agressivas da Covid-19, pelo seu sistema se encontrar fisiologicamente alterado pela própria fisiologia gravídica (MARQUES et al., 2020). A atenção primária se organizou para ofertar a atenção à saúde as mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, como está previsto na Rede Cegonha. Durante a pandemia os serviços buscaram proteger e garantir que o cuidado fosse continuado de maneira efetiva, conforme as tecnologias disponíveis (MISQUITA et al., 2020).

No discurso dos entrevistados, que estavam alocados como dentistas ou auxiliares de dentistas, existiu o relato de que o atendimento dentário não estava ocorrendo em decorrência do alto risco de infecção por Covid-19. Para evitar que esse atendimento fosse interrompido foram definidas com base em relatórios, redefinições de urgências e emergências, bem como informações sobre uso individual dos equipamentos de proteção, a identificação de sinais e sintomas para a contaminação do coronavírus e o uso de enxaguantes bucais antes do atendimento (FRANCO; DE CAMARGO, 2020).

Quando se lançou luz sobre a utilização em uma mesma frase das palavras “Covid”, “pandemia” e “Coronavírus” no discurso dos entrevistados, foi possível perceber o discurso de não ser necessário uma organização específica para a população imigrante negra, assim como o comentário de uma ausência de atendimentos de pacientes sintomáticos para Covid-19.

As declarações de óbito e as Autorizações de Internação Hospitalar não compõem como dados obrigatórios o preenchimento da nacionalidade, dessa forma, o Brasil se torna um país que não sabe quantos imigrantes morreram por Covid-19, sendo os imigrantes negros, principalmente as mulheres, as mais vulneráveis em decorrência da situação de emprego e de condições de vida (SOUZA, 2020). Essa é uma lacuna que deve ser reconhecida para a realização de mais estudos de gênero que busquem reconhecer o impacto da Covid-19 para as mulheres imigrantes negras.

Em um estudo realizado na Inglaterra que procurou identificar o impacto da pandemia, os dados indicaram que a população BAME apresentou uma taxa muito maior de cuidados intensivos do que a população em geral, além disso, os indivíduos de etnia negra apresentaram 3,5 vezes maior morte por Covid-19. O estudo reconhece que a privação socioeconômica, condição de emprego, posse de carro, casa própria e viver em situação de superlotação foram fatores relacionados com a doença, logo os pacientes que vivem em situação de privação material tem forte relação com a presença da doença e do seu agravamento (RAISI-ESTABRAGH et al., 2020).

Outra pesquisa realizada no Canadá indicou que os dados apresentados pelo governo ignoram a condição social e a raça, o que torna difícil a identificação das condições dos imigrantes negros no país. Porém, direciona que a cidade de Montreal pode ter se tornado um epicentro por ser o local onde tem a maior concentração de canadenses negros e imigrantes negros, o que demonstra a necessidade da apresentação desses dados para conseguir traçar um perfil dos casos, pois essas são as populações que maior apresentam vulnerabilidade (CHOI, et al., 2020). Situação similar à que ocorre no Brasil pela ausência do preenchimento da nacionalidade na ficha de notificação.

Nos Estados Unidos, a população negra e de imigrantes, principalmente os que estão ilegais, foram marginalizados e não procuram aos serviços de saúde por não possuírem renda para pagar a conta hospitalar, também pelo medo da deportação. O estudo apresenta que essa população, em sua maioria, vive em condição de baixa renda, pouca disponibilidade de emprego e vivem em situação de moradia de superlotação. (LOPEZ; HART; KATZ, 2021).

Porquanto a ausência de dados sobre a população imigrante negra, tanto nacional como internacional, serão apresentados dados que expõem a realidade de como a Covid-19 atingiu a população negra.

Dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) demonstraram que raça e etnia são marcadores para risco, juntamente com a associação do status

socioeconômico. As admissões hospitalares são pelo menos 2,8 vezes maiores do que a população branca, assim como a chance de morte é 1,9 vezes maior para população negra por Covid-19. (CDC, 2020). A *American Public Media Research Laboratory* estimou uma taxa de mortalidade de 61,6 / 100.000 habitantes para afro-americanos, sendo 2,3 vezes maior do que para brancos e asiáticos americanos (APMRL, 2020).

Um estudo americano coloca em evidência a situação da população negra ser de fato a mais vulnerável, em especial por conta dos efeitos do racismo estrutural, pois a condição do negro atualmente na sociedade ainda está em movimento para uma ascensão social, da qual foi negado, desde o período da escravidão, sendo este o fator principal para a incidência de maior letalidade na população negra pela Covid-19. (RAZAI, 2021).

Uma pesquisa realizada pela Escola de Medicina de Harvard, que além de calcular a taxa de transmissão da Covid-19, também considerou os efeitos estruturais dos pagamentos monetários indenizatórios para os descendentes afro-americanos das pessoas escravizadas da cidade de Louisiana. O estudo mostrou que as taxas de transmissões entre negros e brancos seriam mais iguais, pois as taxas de mortalidade são de até 7 vezes maiores do que a da população branca. A condição dessa reparação diminuiria as taxas de transmissão em qualquer lugar de 31% a 68% para cada pessoa no estado (RICHARDSON et al., 2021).

Outro estudo que buscou dados nacionais de mortalidade por Covid-19 entre os brasileiros, comparou a taxa de mortalidade entre os brasileiros brancos e negros. O resultado da pesquisa constatou que a taxa de incidência da doença era maior entre brancos, embora no Brasil, exista a situação da subnotificação e da autodeclaração de raça. Desse modo, foi apontado que em todas as regiões, o risco de morte por Covid-19 foi maior para a população negra, de até 1,5 vezes mais. O estudo apontou a dificuldade em conseguir os dados pelos boletins do Ministério da Saúde, pois limita uma análise profunda do perfil dos indivíduos (MARTINS-FILHO, 2021).

De uma maneira positivista e sob a ótica epidemiológica, outra pesquisa que buscou uma compreensão desse fenômeno no Brasil, as variáveis do estudo foram raça, idade, sexo, comorbidade, zona de moradia, escolaridade, internação na UTI e o uso de suporte ventilatório.

Como resultados, foi evidenciado que as regiões mais afetadas por óbitos foram o Sudeste, seguida pela região nordeste, em terceiro lugar a região Norte, em quarto lugar o Sul e a região menos afetada, a Centro-Oeste (FRANÇA et al., 2021). A mesma pesquisa apontou que 59,71% das mortes eram de pessoas negras, e ainda, ressaltou que

os dados do Ministério da Saúde não apresentam detalhamentos sobre a condição de habitação, alimentação ou de higiene sanitária dos pacientes. Quanto a dados sobre a mortalidade de pacientes negros na UTI, o dado que foi apresentando é que 71,10% dos pacientes eram negros. Com a exemplificação desses dados, um fator redutor de risco de morte é o fato do indivíduo ser branco, pois o indivíduo de raça negra apresenta 77,36% mais chance de óbito (FRANÇA et al., 2021).

Dentro da perspectiva decolonial, o filósofo e teórico político Achille Mbembe, destaca como o Estado se constrói a partir de políticas de exclusão e da identificação de corpos que são úteis e corpos que são descartáveis. Ele apresenta o termo necropolítica, que significa a divisão dos segmentos sociais regularizados pelas instituições de poder, que condiciona o direito à vida. Em outras palavras, o Estado define quem tem o direito de viver e determina quem deve morrer para garantir o funcionalismo do capitalismo. Como muitas sociedades foram fundadas em uma estrutura racista, o modelo político de dominação se adequou com formas contemporâneas de subjugar a vida e o poder de morte. (MBEMBE, 2014).

O racismo acontece em uma estrutura associada a um conjunto de fatores, quais sejam: históricos, sociais, políticos, ideológicos, hierárquicos, que organizam as posições dos sujeitos dentro da sociedade e direcionam em qual espaço esses corpos estão posicionados. O direito a vida para a população negra ainda não é assegurado em decorrência do processo histórico e devido a conjuntura política sociopolítica racista (VASCONCELOS, 2020).

7.4.4 Facilidades/Potencialidades no atendimento à população imigrante negra

Na categoria sobre as facilidades/potencialidades no atendimento à população imigrante negra, os participantes trouxeram nos seus discursos o aspecto de que a comunidade imigrante negra é bastante unida, enxergam a UBS como um local de acolhimento para a população e como o vínculo com essa população se torna um fator essencial para a assistência à saúde ser efetiva. Outro fator apreendido pela fala dos participantes foi a atribuição dada ao Brasil de ser um país que recebe bem os imigrantes.

A população imigrante se configura com algumas características, dentre elas, a união entre eles e por serem fechados entre si. O que se pode entender deste fato é que muitos imigrantes negros passam situações em comum, como a dificuldade no domínio do idioma, a maneira como eles são acolhidos em um país diferente, a relação de trabalho

que conseguem, muitas vezes mal remunerados, habitações precárias, exposição a condições de violências, preconceito e por se sentirem mais vulneráveis que as populações locais. Sendo esse hábito uma maneira de união entre eles e até como um traço da sua resistência e/ou sobrevivência, nesse novo espaço territorial em que vivem (GRANADA; DETONI, 2017).

O estabelecimento do vínculo com o imigrante para o atendimento à saúde é essencial para que exista uma aproximação e confiança entre o usuário e a equipe de saúde. Somente com o vínculo se garante a continuidade do tratamento, o profissional de saúde conseguiria reconhecer de maneira efetiva a necessidade em saúde, agindo de maneira eficaz e resolutiva. A necessidade de se conseguir estabelecer essa relação entre a equipe de saúde e o usuário imigrante é indispensável, pois assim o usuário deixaria de procurar os serviços de saúde somente em casos agudos de doença, independente de todas as dificuldades, principalmente a de comunicação (ZANATTA et al., 2020).

7.4.5 Dificuldades/Limites no atendimento à população imigrante negra

Os entrevistados relataram nos seus discursos que as dificuldades/limites no atendimento da população imigrante negra foram as barreiras de comunicação. Ressaltaram que existem imigrantes que se comunicam em português, pois são naturais de países que foram colônia de Portugal. Outro apontamento levantando nos discursos é que esse grupo apresenta um comportamento imediatista, sendo essa conduta compreendida pelos entrevistados como se os imigrantes se enxergassem como prioritários no atendimento, o que interfere para que eles compreendam os fluxos burocráticos do sistema de saúde.

A dificuldade da comunicação é um dos principais enfrentamentos que os profissionais da saúde retratam durante o atendimento da população imigrante, pois sem uma comunicação efetiva existe a barreira do usuário compreender sobre seu estado de saúde, sobre a prescrição de medicamento ou cuidados, não compreendendo os fluxos de encaminhamentos, podendo acarretar erros na dosagem dos medicamentos, e principalmente, na dificuldade da criação do vínculo com o usuário (AGUIAR et al., 2020). Essa situação se torna o principal fator que dificulta o relacionamento, pois passa existir uma lacuna entre o que se espera da assistência à saúde da APS e ao que realmente acontece na prática. Sendo assim, o atendimento tem que acontecer várias vezes até que possa ser um atendimento efetivo, na qual o imigrante compreenda a razão do

atendimento e a necessidade da realização dos exames que são solicitados (CARVALHO et al., 2021).

Outra situação que foi exposta no discurso dos entrevistados refere-se a supervalorização da cultura por parte imigrantes, tal indicador se mostrou como um fator negativo no atendimento. Como já exposto nessa pesquisa, o comportamento dos imigrantes de se manterem como uma comunidade unida, pode ser entendido como um mecanismo de proteção contra possíveis agressões em um país diferente do seu. A ligação simbólica com o país de origem deve ser reconhecida como um símbolo de resistência a sua cultura, principalmente para os imigrantes negros (SOUZA, 2020). Esse isolamento não pode ser levado como caráter único do comportamento dos imigrantes, mas também deve ser levado em consideração a relação intergrupual dos imigrantes e dos brasileiros, que muitas vezes, podem não criar vínculos em decorrência do preconceito social xenofóbico e racista (GOMES, 2017).

Dentro desse contexto, pode existir uma incompetência cultural no atendimento à saúde, gerada por diversos fatores, sob a condição no qual os imigrantes negros estão expostos. Diante disso, deveriam existir programas, cursos de capacitação profissional, atividades de educação permanente que conseguissem superar não apenas a limitação causada pelo idioma, mas também conhecer como é a cultura desses imigrantes, e assim, subsidiando e qualificando os profissionais de saúde para o atendimento dessa população que está aumentando no Brasil (ZANATTA et al., 2020).

7.4.6 Material de apoio/estratégia/política para o atendimento da população imigrante negra

Na construção dessa subcategoria, pode-se observar no relato dos entrevistados que as estratégias utilizadas para o atendimento da população imigrante negra acontecem, essencialmente, através do uso da ferramenta do *whatsapp*, criação de um dicionário com as principais palavras utilizadas no idioma dos imigrantes e a tradução da carteirinha da gestante para o idioma *creolé* e francês. Quanto a produção de material direcionado para o atendimento específico para essa população, durante a pandemia da Covid-19, os entrevistados alegaram não receber nenhum material da esfera Federal, Estadual ou Municipal. Em certos casos, alguns profissionais buscaram por conta própria a formação continuada, visando maior capacitação através de cursos, a fim de facilitar o manejo no

atendimento das populações vulneráveis; além disso, apenas um dos participantes da entrevista, se referiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Em uma pesquisa que procurou identificar o uso da ferramenta do *whatsapp* em uma unidade de saúde, identificou que este meio além de ser um canal de comunicação, pode ser também um local estratégico para realizar a educação em saúde, e com isso, facilitar a aproximação do usuário com o serviço de saúde, principalmente durante a pandemia da Covid-19. A ferramenta possibilita compartilhamento, suporte e surge como uma alternativa para intervir no processo de saúde e doença (SOUZA ALENCAR; SOUZA, 2021).

A tradução da carteira da gestante, realizada por uma parceria da Universidade Federal do Paraná e a Prefeitura de Curitiba, para o idioma *creolé* e francês buscou romper barreiras no atendimento e realizar um atendimento pré-natal eficiente, na qual as mulheres imigrantes pudessem compreender melhor sobre o processo gestacional. Dessa forma, se caracterizou como uma ferramenta facilitadora na comunicação entre profissionais de saúde e usuárias imigrantes (CURITIBA, 2018). A construção de instrumentos e ferramentas como dicionários, que visam garantir a comunicação entre os profissionais da saúde e a população imigrante é necessária, assim, existe a garantia de uma atenção à saúde efetuada de maneira mais assertiva na prevenção e promoção de saúde. (ZANATTA et al., 2020).

A não criação de políticas ou de material específico para o atendimento da população imigrante negra já foi debatida em outra categoria. A busca individual de profissionais na capacitação no atendimento de populações vulneráveis ainda se encontra como um debate escasso nas literaturas científicas, demonstrando como nas esferas municipais, estaduais e federal deve-se promover a capacitação dos agentes de saúde para o desenvolvimento de um olhar mais apurado no atendimento à população que vive em situação de vulnerabilidade.

No que diz respeito a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, deve-se apontar que o objetivo da criação dessa política é o de promover equidade na efetivação do direito humano à saúde, pois ela visa ser uma estratégia que garanta a atenção integral e promoção de igualdade racial em saúde, assim como corrigir as iniquidades decorrentes da discriminação histórica vivenciada pela população negra (SANTOS et al., 2013).

O mito da democracia racial, descrito por Florestan Fernandes (1972), é explicado como se no Brasil tivesse existido uma condição de igualdade entre brancos e

negros, porém essa concepção só mostra uma banalização na normalidade das formas de desigualdades raciais do contexto brasileiro (SANTOS; ANDRADE, 2021). O diálogo entre a existência da PNSIPN e o mito da democracia racial deve ser explorado, pois os dados apresentados da situação de saúde do negro no Brasil, durante a pandemia, evidenciam como não se pode mais negar que exista racismo no Brasil.

O estudo que investigue a saúde em uma perspectiva racial e as iniquidades em saúde se faz emergente e necessário, pois a construção da sociedade brasileira apresenta marcas identitárias que causa injustiças raciais diariamente. Diante disso, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam a PNSIPN e compreendam os processos de dor e sofrimento que agravam a condição de saúde da população negra. (SANTOS; ANDRADE, 2021).

7.4.7 Limitações do estudo

Como limitação se apresenta que não foi possível encontrar os dados por via da SMS de maior cadastramento da população imigrante negra, dificultando na seleção das UBS, sendo necessário recorrer em ONGs que fazem o atendimento da população imigrante em quais bairros estariam localizados. O período de pandemia interrompeu o fluxo da realização das entrevistas, com a pesquisadora contraindo Covid-19, não sendo possível ir em todos os locais que estavam aprovados pelo comitê de ética.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa atingiu os objetivos propostos. Foi possível descrever a situação dos imigrantes negros no mundo por meio da realização de uma *scoping review*, a qual evidenciou que, em muitos países, o rastreamento do número de imigrantes vítimas de Covid-19 não existiu. Esta população esteve, na maioria dos territórios, inexistente dos dados e estatísticas oficiais. A lacuna dos dados, assim como a ausência de um direcionamento dos estudos podem ser consideradas mais alguns dos mecanismos de funcionamento do racismo estrutural, levando ao apagamento da população e suas necessidades.

O objetivo relacionado a verificar como o profissional de saúde reconhece, acolhe e atende o usuário imigrante negro foi, também, alcançado, uma vez que a pesquisa permitiu constatar que, embora o atendimento e acolhimento dessa população ocorra, ainda existem barreiras a serem atravessadas para a desconstrução do racismo estrutural entre os profissionais de saúde da APS.

As estratégias utilizadas apontadas pelos entrevistados para a atenção à saúde da população negra imigrante se mostram eficientes, porém ainda se faz necessária a capacitação para o desenvolvimento de competências, especialmente, na compreensão da cultura de outros povos, que apresentem uma identificação de novos horizontes no atendimento à saúde dessa população.

Antes de caracterizar o racismo como parte do movimento de construção da nossa sociedade e principalmente como estrutura mantenedora do sistema econômico, torna-se importante primeiramente reconhecer-lo, para então, criar estratégias de superação e práticas antirracistas.

Como contribuição, evidenciou-se que o processo saúde e doença é também determinado por questões raciais, uma vez que essas são históricas e identitárias. Espera-se que o racismo tenha sua existência reconhecida para que os profissionais da saúde e pesquisadores, compreendam a dimensão da estrutura racial, ofertando pesquisas e serviços que causem um impacto positivo na saúde da população negra.

Este estudo permite refletir que o fenômeno do racismo estrutural acontece em todas as esferas de organização da sociedade. Logo, a criação de novas políticas e formas de educar a população com a construção de práticas antirracistas, devem ser aplicadas em busca de construir um futuro em que a população negra tenha o direito de existir, e não

apenas coexistir com a população branca, pois o produto final do racismo é a morte da população negra.

A escravidão deixou marcas e cicatrizes profundas na maneira de organização da sociedade, gerando assim, toda a diferença entre as condições da vida de negros e brancos no Brasil que permanecem até hoje. A branquitude tem uma dívida com a população negra, sendo necessário o reconhecimento do processo histórico de maneira mais realista. Enquanto parte da estrutura acadêmica, o compromisso com a qualidade dos serviços de saúde prestados para a população, de modo a impulsionar produção de material de aprimoramento intelectual com perspectiva ética e moral. Sugere-se a criação de espaços que possibilitem a conscientização e o debate sobre a estrutura racial de maneira franca e aberta.

As consequências decorrentes da pandemia da Covid-19, que ainda está em curso, vão além dos dados expressos quantitativamente, pois a compreensão das circunstâncias dos agravos advém da observação do funcionamento das estruturas de poder que regulam as esferas sociais. As conjunturas sociais tais como renda, acesso a educação, condição de vida e de trabalho, são formadores das desigualdades existentes em saúde e se tornaram mais evidentes durante a crise sanitária.

A pesquisa se apresenta como arcabouço teórico para a compreensão dos efeitos do processo histórico na ordenação da conjuntura que conduzem ao fenômeno de condições sociais. As estratégias se projetaram para a contenção do vírus, sendo necessário assim que sejam formuladas estratégias gerenciais e políticas de mitigação que resultem uma atenção à saúde mais humanizada e congruente aos diversos grupos que formam a sociedade.

9 REFERÊNCIAS

ACOSTA, David; ACKERMAN-BARGER, Kupiri. Breaking the silence: time to talk about race and racism. **Academic medicine**, v. 92, n. 3, p. 285-288, 2017.

AGUIAR, Tatiane Lima et al. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190622, 2020.

ALDRIDGE, Robert W. et al. Black, Asian and Minority Ethnic groups in England are at increased risk of death from COVID-19: indirect standardisation of NHS mortality data. **Wellcome open research**, v. 5, 2020.

ALELUIA, Lumena; MATTOS, Amana. MULHERES CONGOLESAS REFUGIADAS NO RIO DE JANEIRO: OS DESAFIOS DE UMA HISTÓRIA ÚNICA. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Capitalismo e Crise: O que o racismo tem a ver com isso?** In: OLIVEIRA, Dennis de (orgs.). *A luta contra o racismo no Brasil*. 1ª.ed. São Paulo: Edições Forum, 2017.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2020.

ALVES-BRITO, Alan et al. Histórias (in) visíveis nas ciências. I. Cheikh Anta Diop: um corpo negro na Física. **Revista da ABPN**. Goiânia, V. 12, n. 31, p. 290-318, 2020.

ARENDDT, Hannah. **La nature du totalitarisme**. Editions Payot, Paris, 2003.

AZEVEDO, Celia Maria Marinho de. A recusa da "raça": anti-racismo e cidadania no Brasil dos anos 1830. **Horizontes antropológicos**, v. 11, n. 24, p. 297-320, 2005.

BARATA, R.B. *Como e Por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. 2ª reimpressão. Editora Fiocruz, 2016.

BARBOSA, Ana Luiza Neves de Holanda; COSTA, Joana Simões de Melo. *Oferta de creche e participação das mulheres no mercado de trabalho no Brasil*. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERNARDINO-COSTA, Joaze; GROSGOUEL, Ramón. Decolonialidade e perspectiva negra. **Soc. Estado.**, Brasília, v. 30, n. 1, p.15-24, 2016.

BOJORQUEZ, Ietza et al. Migrants in transit and asylum seekers in Mexico: an epidemiological analysis of the COVID-19 pandemic. **MedRxiv**, 2020.

BORGES, Paolla Zellya; UNFER, Beatriz; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio. Saúde bucal de refugiados no século XXI: revisão integrativa. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. ág. 123-137, 2019.

BOURKE, Christopher John; MARRIE, Henrietta; MARRIE, Adrian. Transforming institutional racism at an Australian hospital. **Australian Health Review**, v. 43, n. 6, p. 611-618, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Censo Demográfico 2020**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; set 20.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; dez 31.

BRASIL. **Lei nº 13.445**, de 24 de maio de 2017. Brasil, 2017.

BRASIL. **Lei nº 6.815**, de 19 de Agosto de 1980. Brasil, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRITO, Fausto. A politização das migrações internacionais: direitos humanos e soberania nacional. **Biblioteca da Face/ufmg**, Minas Gerais, v. 1, n. 5, p.01-35, 2011.

CABRAL, Elizabeth Regina de Melo et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of medicine and health**, v. 3, p. 1-12, 2020.

CARVALHO, Ana Clara Borges et al. Experiências vivenciadas em atendimentos de medicina e enfermagem do SUS: reflexões sobre acesso e atenção à saúde de migrantes internacionais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, 2021.

CDC - Centros DE Controle e Prevenção de Doenças. Hospitalização e óbito por COVID-19 por raça / etnia, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html>. Acesso em 10 de novembro de 2020.

CHOI, Kate et al. Studying the social determinants of COVID-19 in a data vacuum. **UCLA CCPR Population Working Papers**, 2020.

CHURCHWELL, Keith et al. Call to action: structural racism as a fundamental driver of health disparities: a presidential advisory from the American Heart Association. **Circulation**, v. 142, n. 24, p. e454-e468, 2020.

COMMODORE-MENSAH, Yvonne et al. African Americans, African Immigrants, and Afro-Caribbeans differ in social determinants of hypertension and diabetes: Evidence from the National Health Interview Survey. **Journal of racial and ethnic health disparities**, v. 5, n. 5, p. 995-1002, 2018.

COSTELLO, Anthony et al. Independent SAGE Report of 12th May 2020. 2020.

CURITIBA. Gestantes haitianas ganham cartilha nos idiomas créole e francês. Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/gestantes-haitianas-ganham-cartilha-nos-idiommas-creole-e-frances/46623>. Acesso em 10 de dezembro de 2020.

DAUMAS, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00104120, 2020.

DE SOUSA ALENCAR, Samuel; DE SOUZA, Fernando Henrique Aires. Uso do WhatsApp por uma equipe de Saúde da Família como estratégia para lidar com demandas administrativas. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 2, n. 9, p. 169-182, 2021.

DESAI, Sheila; SAMARI, Goleen. COVID-19 and immigrants' access to sexual and reproductive health services in the United States. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, 2020.

DOS SANTOS, Sidnei Gomes; FRANCO, Damiana Solange da Cunha Silva; SOUZA, Ladyane Fernandes Deolino. A importância da enfermeira na educação permanente do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 98517-98533, 2020.

DWECK, Esther; MORETTI, Bruno; CARDOSO, Maria Fernanda G. Melo de. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas⁴. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Rio de Janeiro: Editora Fator, 1983.

FAQUETI, Amanda; GRISOTTI, Marcia; RISSON, Ana Paula. Saúde de imigrantes haitianos: revisão de estudos empíricos qualitativos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2019.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 704-709, 2018.

FIGUEIRA, Maura Cristiane et al. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1178-1188, 2018.

FIGUEREDO, Luiz Orencio; ZANELATTO, João Henrique. Legislação e políticas públicas voltadas à imigração no Brasil. **Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.252-274, 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**, Rio de Janeiro, Editora Graal, 2005.

FRANÇA, Jairo Fernando Taufick. A cor da pandemia—um estudo sobre a mortalidade por covid-19 entre brancos e negros no brasil the color of pandemic-a study of covid-19's mortality rate among white and black people in Brazil.

FRANCO, J.B.; CAMARGO, A. R.; MPSM, PERES. Cuidados Odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 74, n. 1, p. 18-21, 2020.

GLOVER, Rebecca E. et al. A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. **Journal of clinical epidemiology**, v. 128, p. 35-48, 2020.

GOMES, Marcela Andrade. Os impactos subjetivos dos fluxos migratórios: os haitianos em Florianópolis (SC). **Psicologia & Sociedade**, v. 29, 2017.

GRANADA, Daniel; DETONI, Priscila Pavan. Corpos fora do lugar: saúde e migração no caso de haitianos no sul do Brasil. **Temáticas**, v. 25, n. 49/50, 2017.

GUIJARRO, Carlos et al. Risk for COVID-19 among Migrants from different areas of the world in Spain: A population-based cohort study in a country with universal health coverage. **MedRxiv**, 2020.

HAMED, Sarah et al. Racism in European health care: structural violence and beyond. **Qualitative health research**, v. 30, n. 11, p. 1662-1673, 2020.

HIRSCH, Joachim. Forma política, instituições políticas e Estado – I. Crítica Marxista , n. 24, 2007.

HOOKS, Bell. Intelectuais negras. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, 1995.

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – IPPUC. Curitiba em dados [online]. Curitiba: IPPUC; 2017. Disponível em: <https://ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=496&idioma=1&liar=n%E3o> INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. Key migration terms [internet]. Switzerland: IOM; 2020. Disponível em: <https://www.iom.int/key-migration-terms>. Acessado em 20 de janeiro de 2021.

KAPILASHRAMI, Anuj; BHUI, Kamaldeep. Mental health and COVID-19: is the virus racist? **The British Journal of Psychiatry**, v. 217, n. 2, p. 405-407, 2020.

KROUSE, Helene J. COVID-19 and the widening gap in health inequity. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 163, n. 1, p. 65-66, 2020.

LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moria, 2017.

LANZA, Líria Maria Bettiol; BARROS, Amanda Santos de; RODRIGUES, Júlia Ramalho. Imigração, território e as políticas de seguridade social. **Argumentum**, v. 8, n. 3, p. 54-66, 2017.

LASSALE, Camille et al. Ethnic disparities in hospitalisation for COVID-19 in England: The role of socioeconomic factors, mental health, and inflammatory and pro-inflammatory factors in a community-based cohort study. **Brain, behavior, and immunity**, v. 88, p. 44-49, 2020.

LIMA, João Brígido Bezerra; GARCIA, Ana Luiza Jardim de Carvalho Rochael; FECHINE, Valéria Maria Rodrigues. Fluxos migratórios no Brasil: haitianos, sírios e venezuelanos. In: LOPEZ, Leo; HART, Louis H.; KATZ, Mitchell H. Racial and ethnic health disparities related to COVID-19. **JAMA**, v. 325, n. 8, p. 719-720, 2021.

LOSCO, Luiza Nogueira; GEMMA, Sandra Francisca Bezerra. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180589, 2019.

MALACHIAS, Antonio Carlos. **Geografia e relações raciais: desigualdades sócio-espaciais em preto e branco**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MARQUES, Rakely Fernandes Araújo et al. Atendimento pré-natal na Atenção Primária à Saúde durante o período de pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 83-87, 2020.

MBEMBE, Achille. **A crítica da Razão Negra**. Tradução de Marta Lança. Lisboa: Antígona, 3. ed, 2014.

MCBRIDE, Orla et al. Monitoring the psychological impact of the COVID-19 pandemic in the general population: an overview of the context, design and conduct of the COVID-19 Psychological Research Consortium (C19PRC) Study. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, 2020.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00149720, 2020.

MEJÍA, Margarita Rosa Gaviria; CAZAROTTO, Rosmari Terezinha. O papel das mulheres imigrantes na família transnacional que mobiliza a migração haitiana no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, v. 14, n. 27, p. 171-190, 2017.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 58-70, 2020.

Mediatização do refúgio no Brasil (2010-2018). IPEA: Rio de Janeiro, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

MORAIS, Karla Vanessa Rodrigues et al. As doenças emergentes e reemergentes e seus determinantes. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 11227-11241, 2020.

NASCIMENTO, Luiz Claudio Sobrinho et al. O acolhimento do imigrante como marco de solidariedade no contexto de graduação em Saúde. **Revista Pistis Praxis**, v. 12, n. 1, 2020.

PERUZZO, Hellen Emília et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.

PETERS, M. D. J. et al. 11: Scoping Reviews In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. **The Joanna Briggs Institute**, 2017.

PINHEIRO, Bernardete et al. Utilização de cuidados médicos associados com a tensão arterial em doentes hipertensos: uma análise longitudinal comparando nativos e imigrantes africanos. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 34, n. 4, p. 189-99, 2018.

PLACIDE, Joseph Enock. OS IMIGRANTES HAITIANOS NO BRASIL FRENTE A COVID-19. **Migrações Internacionais e a Pandemia da Covid-19**, p. 506, 2020.

PRUDENTE, Eunice Aparecida. O negro na ordem jurídica brasileira. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v. 83, p. 135-149, 1998.

QUENTAL, Líbna Laquis Capistrano et al. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 5370-5381, 2017.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

RAISI-ESTABRAGH, Zahra et al. Greater risk of severe COVID-19 in Black, Asian and Minority Ethnic populations is not explained by cardiometabolic, socioeconomic or

behavioural factors, or by 25 (OH)-vitamin D status: study of 1326 cases from the UK Biobank. *Journal of Public Health*, v. 42, n. 3, p. 451-460, 2020.

RASANATHAN, Kumanan; EVANS, Tim G. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 98, n. 11, p. 801, 2020.

RAZAI, Mohammad S. et al. Mitigating ethnic disparities in covid-19 and beyond. *bmj*, v. 372, 2021.

RICHARDSON, Eugene T. et al. Reparations for Black American descendants of persons enslaved in the US and their potential impact on SARS-CoV-2 transmission. *Social Science & Medicine*, p. 113741, 2021.

RODRIGUES, Neusa Pivotto; BURGEILE, Odete. Imigração de mulheres haitianas em Porto Velho. *Revista de História e Estudos Culturais*, v. 17, n.2, 2021.

ROSE, Tanith C. et al. Inequalities in COVID19 mortality related to ethnicity and socioeconomic deprivation. *MedRxiv*, 2020.

SAGLIO-YATZIMIRSKY, Marie-Caroline; GEBRIM, Ana. “Novas migrações” no Brasil: das representações de recepção às formas contemporâneas de racismo. *Brasil (es). Humanidades e Ciências Sociais*, n. 12, 2017.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista crítica de ciências sociais*, n. 78, p. 3-46, 2007.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016.

SANTOS, Gislene Aparecida dos. Raça e Gênero: contribuições para pesquisas nas ciências sociais e jurídicas. *Interfaces Brasil/Canadá*, v. 18, n. 3, p. 42-77, 2018.

SANTOS, José Gomes. A primeira fase pandêmica da sars-cov-2 no brasil; apontamentos para uma análise integrada de desigualdades territoriais associadas aos padrões e ritmos de propagação da doença e seus impactes na população brasileira. *Preprints*, 2020.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020.

SANTOS, Sheila Souza dos; ANDRADE, Letícia. Política Nacional de Saúde integral da população negra: uma reflexão para paliativistas. *Revista Longeviver*, 2021.

SHADMI, Efrat et al. Health equity and COVID-19: global perspectives. *International journal for equity in health*, v. 19, n. 1, p. 1-16, 2020.

SILVA, César Augusto S. da; MORAES, Thays de Mello. A política migratória brasileira para refugiados e a imigração haitiana. *Revista do Direito*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 50, p.98-117, Dez, 2016.

SILVA, HFP da; MARTINS, Eduardo. As imagens do negro no livro didático de história. **Revista Pitágoras**. v 1, n 1, 2011.

SILVA, Mauricio; FURLAN, Reinaldo. Corpo, utopia e limite no pensamento de Michel Foucault. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 111-118, 2019.

SOUZA ÁQUILAS, Isabel Figueiredo Pereira de et al. História política e pensamento epidemiológico: Breilh e a economia política da saúde. **Revista Guillermo de Ockham**, v. 17, n. 1, p. 77-85, 2019.

SOUZA, Adicleia Nascimento. Os territórios simbólicos no processo de territorialização e desterritorialização cultural, na perspectiva de rogerio haesbaert. **Jamaxi**, v. 3, n. 2, 2019.

SOUZA, Jeane Barros de et al. Determinantes sociais da saúde de mulheres imigrantes haitianas: repercussões no enfrentamento da COVID-19. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

STRALEN, A.C.S.V. et al. Percepção de médicos sobre os fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rota da escassez. **Physis**, 2017.

TEIXEIRA, Ivana dos Santos; ROLLO, Rosane Machado; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Um diálogo pluricultural sobre o acesso à saúde com mulheres imigrantes. **Reflexão e Ação**, v. 29, n. 1, p. 84-97, 2021.

TELES, Ericles Jardel de Souza et al. **Barreiras de acesso e acessibilidade enfrentadas pela população masculina nos serviços de atenção primária à saúde**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Católica de Salvador. Salvador, 2019.

TÔNDOLO, Cássio Eduardo da Silveira. **Imigrasus: o acesso dos imigrantes Haitianos a uma unidade de saúde da atenção primária no município de Porto Alegre/RS**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

TREWEEK, Shaun et al. COVID-19 and ethnicity: who will research results apply to? **The Lancet**, v. 395, n. 10242, p. 1955-1957, 2020.

TRICCO, Andrea C. et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC medical research methodology**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

TRINDADE, Thiago Gomes; BATISTA, Sandro Rodrigues. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2667-2669, 2016.

TURKSON-OCRAN, Ruth-Alma N. et al. Discrimination Is Associated with Elevated Cardiovascular Disease Risk among African Immigrants in the African Immigrant Health Study. **Ethnicity & Disease**, v. 30, n. 4, p. 651, 2020.

VASCONCELOS, Windson Pinho. " NÃO FALAREI DE AMOR", DO POEMA ÀS MÍDIAS: CORPOS NEGROS NÃO TÊM DIREITO À VIDA?. **Revista Encantar-Educação, Cultura e Sociedade**, v. 2, p. 01-18, 2020.

VIANA, Nildo. "O Que São Minorias?" **Revista Posição 3.9**, p.27-32, 2016.

VIANA, Rego. **A mediação do refúgio no Brasil (2010-2018)**. Rio de Janeiro: IPEA, 2020.

WALKER, Fernanda et al. Reflexões sobre saúde com imigrantes haitianos pelo Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020.

WATSON, Marlene F. et al. COVID-19 interconnectedness: Health inequity, the climate crisis, and collective trauma. **Family process**, v. 59, n. 3, p. 832-846, 2020.

WILLIAMS, Siân; TSILIGIANNI, Ioanna. COVID-19 poses novel challenges for global primary care. **Nature**, 2020.

ZANATTA, Elisangela Argenta et al. Consulta de enfermagem em puericultura à criança haitiana: dificuldades e possibilidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

APÊNDICE 1 – ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

| | |
|--|--|
| Código da entrevista | |
| Profissão | |
| Cargo | |
| Tempo de exercício de função na UBS atual | |
| Tempo de atuação da função na Atenção Primária | |

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 – Descreva, com o máximo de detalhes que se lembrar, um caso que tenha atendido ou tomado conhecimento, prestado a um imigrante negro neste serviço durante a pandemia do COVID-19 nessa UBS. Descreva o que foi feito a respeito deste caso. Cite também se outros profissionais participaram da assistência prestada.

2 – De que maneira esse paciente se apresentou ou chegou até a unidade?

3 - De que maneira essa UBS se organizou para atender a população imigrante negra durante a Pandemia da COVID - 19? Cite exemplos de mudanças que você percebeu, por favor.

4 – Qual a sua percepção sobre a organização desse serviço para o atendimento da população imigrante negra após a Pandemia da COVID - 19? Cite exemplos, por favor.

5 – Quais os desafios e facilidades (ou pontos positivos e negativos) para o atendimento da população negra imigrante neste serviço durante a pandemia da COVID -19?

6 – Durante o período da pandemia da COVID-19, você recebeu algum material de apoio/capacitação ou utilizou algum programa/política pública/estratégia para atendimento dessa população no âmbito municipal, estadual ou federal.

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Enfermeira Profª Drª Aida Maris Peres, Profª Drª Rafaela Gessner Lourenço, Enfermeira Mestranda Flaviane Andreele Jacinto da Silva, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, profissional de saúde do Município de Curitiba a participar de um estudo intitulado "ATENDIMENTO DE SAÚDE À POPULAÇÃO IMIGRANTE NEGRA NA PANDEMIA DO COVID-19". A sua participação é fundamental para o fortalecimento das diretrizes, objetivos e ações estratégicas da gestão em enfermagem.

a) O objetivo dessa pesquisa é conhecer como é realizada a atenção à saúde do Imigrante negro durante a pandemia do COVID-19 na Atenção Primária à Saúde; Descrever como o profissional de saúde reconhece, acolhe e atende o usuário Imigrante negro durante a pandemia de COVID-19; Identificar as estratégias que a equipe de saúde utiliza durante a pandemia do COVID-19 para realizar a atenção à saúde do Imigrante negro.

b) A pesquisa acontece em parceria com a Secretária Municipal de Curitiba.

c) Caso opte por participar da pesquisa, será agendado um horário para a realização da mesma, se preferir que seja realizada pessoalmente. Porém se não for possível a execução da entrevista pessoalmente, devido ao período de isolamento social durante a pandemia do Covid-19, a mesma será agendada para a realização por transmissão online pela plataforma Google Meet.

d) A pesquisa não trará risco efetivo ou potencial presumido aos participantes e serão preservados o anonimato e sigilo das informações prestadas. Em todo o processo da pesquisa a confidencialidade será mantida. Havendo qualquer tipo de desconforto ou constrangimento do participante, este poderá optar por não participar da pesquisa se assim desejar.

e) A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes. Como benefício indireto advindo da pesquisa, considera-se que a instituição pode utilizar os resultados da pesquisa para o planejamento de ações de educação permanente voltadas ao desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde.

f) Os benefícios esperados com esta pesquisa é a oferta de subsídios para organização dos processos de atendimento à saúde da população imigrante e qualificação dos profissionais de saúde e que isto impacte nas políticas de atenção à saúde.

g) Para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter, e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, as pesquisadoras responsáveis por este estudo poderão ser contatadas: Aida Maris Peres, pelo e-mail: amaris@ufpr.br, tel.: (41) 3361-3757 ou no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632, 3º andar -Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem- Jardim Botânico, Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8h às 17h; Rafaela Gessner Lourenço, pelo email rafaelagessner@ufpr.br, tel:(41) 98519-6434. Flaviane Andreele Jacinto da Silva, pelo e-mail fla.andreele@gmail.com, tel.: (41) 99708-5177.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. As entrevistas serão gravadas por microfone ou caso seja realizada online, gravadas pela própria plataforma online e posteriormente transcritas integralmente no formato de arquivo Word para análise.

i) As informações relacionadas ao estudo serão apenas conhecidas pelos pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

Orientador _____ Orientado _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEPSSD
Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80080-240 | comite.saude@ufpr.br - telefone (041)
3360-7259

j) O material obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado eletronicamente e/ou destruído ao término do estudo, respeitando-se completamente o seu anonimato.

l) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). Informações poderão ser obtidas no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde que é a Instituição coparticipante no email: etica@sms.curitiba.pr.gov.br ou pelo telefone: 3360-4961 - Endereço: Rua Atílio Bório, nº 680, Bairro Cristo Rei, Curitiba, Pr - CEP 80.050-250.

Projeto aprovado no Comitê de Ética de Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob Nº CAAE: 33127920.3.0000.0102, no dia 13 de julho de 2020.

Eu, _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ___ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 1 - CRITÉRIOS CONSOLIDADOS PARA RELATAR PESQUISA QUALITATIVA (COREQ)

| Crítérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa | | | |
|---|--|--|--------------------------|
| Nº do item | Tópico | Perguntas/Descrição do Guia | Alocação no Texto |
| Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade | | | |
| Características pessoais | | | |
| 1 | Entrevistador/facilitador | Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal? | Pág. 43 |
| 2 | Credenciais | Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico. | Pág. 43 |
| 3 | Ocupação | Qual a ocupação desses autores na época do estudo? | Pág. 43 |
| 4 | Gênero | O pesquisador era do sexo masculino ou feminino? | Pág. 43 |
| 5 | Experiência e treinamento | Qual a experiência ou treinamento do pesquisador? | Pág. 43 |
| Relacionamento com os participantes | | | |
| 6 | Relacionamento estabelecido | Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo? | Pág. 43 |
| 7 | Conhecimento do participante sobre o entrevistador | O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa. | Pág. 43 |
| 8 | Características do entrevistador | Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e | Pág. 43 |

interesses no t3pico da pesquisa.

Dom3nio 2: Conceito do estudo

Estrutura te3rica

| | | | |
|----------|----------------------------------|---|--------------------------|
| 9 | Orienta33o metodol3gica e teoria | Qual orienta33o metodol3gica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, an3lise do discurso, etnografia, fenomenologia e an3lise de cont3ido. | P3g. 30 e P3g. 43 |
|----------|----------------------------------|---|--------------------------|

Sele33o de participantes

| | | | |
|-----------|---------------------|---|----------------|
| 10 | Amostragem | Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveni3ncia, consecutiva, amostragem, bola de neve. | P3g. 42 |
| 11 | M3todo de abordagem | Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail. | P3g. 42 |
| 12 | Tamanho da amostra | Quantos participantes foram inclu3dos no estudo? | P3g. 42 |
| 13 | N3o participa33o | Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos? | P3g. 42 |

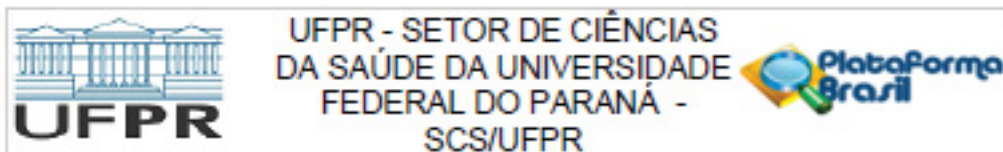
Cen3rio

| | | | |
|-----------|-------------------------------|--|----------------|
| 14 | Cen3rio da coleta de dados | Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na cl3nica, no local de trabalho. | P3g. 39 |
| 15 | Presen3a de n3o participantes | Havia mais algu3m presente al3m dos participantes e pesquisadores? | P3g. 42 |

| | | | |
|--|------------------------------------|---|--------------------------------|
| 16 | Descrição da amostra | Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta. | Pág. 42 |
| Coleta de dados | | | |
| 17 | Guia da entrevista | Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto? | Pág. 43 e 105 (Anexo I) |
| 18 | Repetição de entrevistas | Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas? | Pág. 43 |
| 19 | Gravação audiovisual | A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados? | Pág. 43 |
| 20 | Notas de campo | As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal? | Pág. 53 |
| 21 | Duração | Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal? | Pág. 43 |
| 22 | Saturação de dados | A saturação de dados foi discutida? | Pág. 93 |
| 23 | Devolução de transcrições | As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção? | Pág. 43 |
| Domínio 3: Análise e resultados | | | |
| Análise de dados | | | |
| 24 | Número de codificadores de dados | Quantos foram os codificadores de dados? | Pág. 42 e 47 |
| 25 | Descrição da árvore de codificação | Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação? | Pág. 42 e 48 até 52 |
| 26 | Derivação de temas | Os temas foram identificados | Pág. 47 e 53 |

| | | | |
|------------------|---------------------------------|---|---------------------------|
| | | antecipadamente ou derivados dos dados? | |
| 27 | Software | Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados? | Pág. 43 |
| 28 | Verificação do participante | Os participantes forneceram feedback sobre os resultados? | Pág. 43 |
| Relatório | | | |
| 29 | Citações apresentadas | As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante. | Pág. 56; 58 até 67 |
| 30 | Dados e resultados consistentes | Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados? | Pág. 55 |
| 31 | Clareza dos principais temas | Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados? | Pág. 57 |
| 32 | Clareza de temas secundários | Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários? | Pág. 60 |

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO DE SAÚDE À POPULAÇÃO IMIGRANTE NEGRA NA PANDEMIA DO COVID-19

Pesquisador: Aida Maris Peres

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 3

CAAE: 33127920.3.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.160.889

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "ATENDIMENTO DE SAÚDE À POPULAÇÃO IMIGRANTE NEGRA NA PANDEMIA DO COVID-19", pesquisadora responsável Profa. Dra. Aida Maris Peres (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPR), Profa. Dra. Rafaela Gessner Lourenço (Departamento de Enfermagem - co-orientadora) e mestrande Flaviane Andreele Jacinto da Silva (discente do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR).

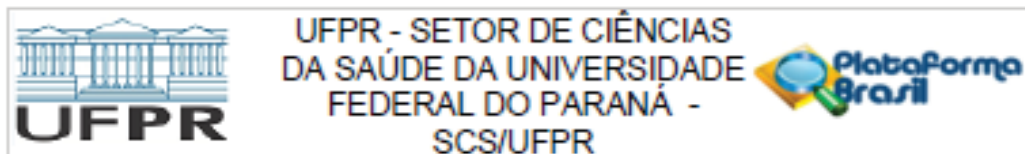
Instituição proponente: A pesquisa faz parte da linha de Pesquisas em Políticas de Saúde e de Enfermagem, vinculada ao grupo de pesquisa GPPGPS - Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde, do PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e PPGENFMP - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional, ambos da UFPR – Universidade Federal do Paraná.

Instituição coparticipante: Prefeitura do Município de Curitiba.

Local de Realização: 10 Unidades Básicas de Saúde no Município de Curitiba.

Período da Pesquisa: Julho/2019 a Março/2021

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7250 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.150.009

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Descrever como é realizada a atenção à saúde do imigrante negro durante a pandemia do COVID-19 na Atenção Primária à Saúde

Objetivos específicos:

- Verificar como o profissional de saúde reconhece, acolhe e atende o usuário Imigrante negro durante a pandemia de COVID-19;
- Identificar as estratégias que a equipe de saúde utiliza durante a pandemia do COVID-19 para realizar a atenção à saúde do Imigrante negro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as pesquisadoras, "entende-se que os riscos aos participantes seja o possível constrangimento ao participar da entrevista desta pesquisa. Pretende-se minimizar possíveis riscos ao preservar o anonimato e sigilo das informações prestadas. Em todo o processo da pesquisa a confidencialidade será mantida. Havendo qualquer tipo de desconforto ou constrangimento do participante, este poderá optar por não participar da pesquisa se assim desejar. A pesquisa não trará benefícios direto aos participantes. Existe benefícios Indiretos, pois a pesquisa pretende melhorar a atenção à saúde e assim fomentar melhorias no processo de trabalho dos profissionais da saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com as pesquisadoras, quanto aos materiais e métodos: "Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva". "A coleta de dados será realizada por meio de entrevista Individual com um profissional por classe de trabalho (médico (a) da família, enfermeiro (a), técnico (a) ou auxiliar de enfermagem e odontologista) de cada equipe da APS das unidades selecionadas. Esses serão convidados a participar da pesquisa e após o aceite as entrevistas serão agendadas. Caso as entrevistas não possam ser realizadas pessoalmente, devido ao período de Isolamento social durante a pandemia do Covid-19, as mesmas serão agendadas para a realização por transmissão online pela plataforma Google Meet. Todas as entrevistas seguirão o roteiro de entrevistas (Anexo I) e serão gravadas por microfone que a própria entrevistadora irá levar, para as entrevistas online optou-se por gravar as mesmas pela própria plataforma online. O tempo estimado para a duração da entrevista é entre 5 e 30 minutos cada. As entrevistas serão realizadas entre o mês de julho e agosto e a transcrição dos dados entre agosto e setembro, pretende-se entrevistar ao todo 50 profissionais da saúde."

Quanto ao local de desenvolvimento, ressaltam que "para fazer a escolha de quais Unidades de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3380-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.180.000

Saúde entrou em contato com órgãos que estruturam relatórios dos atendimentos prestados pela Atenção Primária no município de Curitiba, porém o Município informou não gera esse relatório pela especificidade da nacionalidade. Logo o caminho que se seguiu foi o de entrar em contato com as ONGs de atendimento da população Imigrante no município de Curitiba, após esses contatos foi possível o mapeamento dos locais de maior concentração da população na cidade de Curitiba. O presente estudo será desenvolvido nos seguintes serviços: Unidade de Saúde Capanema, Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho, Mãe Curitibana; Unidade de Saúde Santa Felicidade, Unidade de Saúde Nova Órleans, Unidade de Saúde Campina do Siqueira; Unidade de Saúde Santa Quitéria; Unidade de Saúde Santa Amélia; Unidade de Saúde Estrela; Unidade de Saúde São Miguel.*

Quanto aos participantes, as pesquisadoras destacam que "os critérios de inclusão serão profissionais que trabalhem na assistência à saúde na Atenção Primária a Saúde nas UBS do município de Curitiba, que serão selecionadas, que atendam a população negra Imigrante e aceitem participar voluntariamente da pesquisa de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão definiu-se os profissionais que estão de férias ou licença no período da coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD, na data de hoje, 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retomaremos a obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos.

Qualquer dúvida, retomar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

Considerações Finais e critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-340

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.180.699

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1568036.pdf | 16/07/2020 17:15:27 | | Acelto |
| Outros | Carta_emenda_word.docx | 16/07/2020 17:14:50 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | NOVO_TCLE.docx | 26/06/2020 15:12:05 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | NOVO_Projeto_2020_fiaviane_pdf.docx | 26/06/2020 15:11:08 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Outros | CARTA_SIMPLES.docx | 26/06/2020 15:07:22 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 05/06/2020 10:13:42 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_2020_fiaviane.docx | 04/06/2020 17:12:39 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Outros | carta_encaminhamento.pdf | 04/06/2020 17:09:53 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Outros | Requerimento.pdf | 04/06/2020 17:09:21 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Outros | CHECKLIST.docx | 03/06/2020 19:07:11 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Folha de Rosto | folha_rosto.pdf | 02/06/2020 17:31:55 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Outros | comprometimento_pesquisa.pdf | 02/06/2020 17:30:44 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Outros | Extrato_ata.pdf | 02/06/2020 13:47:28 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Cronograma | Cronograma.pdf | 02/06/2020 13:43:56 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |
| Outros | carta_encaminhamento_pesquisador.pdf | 02/06/2020 12:15:50 | Fiaviane Andreele Jacinto da Silva | Acelto |

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

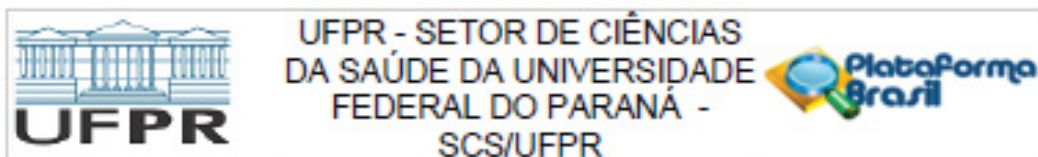
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 4.160.889

| | | | | |
|--------|---|------------------------|---------------------------------------|--------|
| Outros | declaracao_ciencia_interesse_campo_p esquisa.pdf | 02/06/2020 12:15:03 | Flaviane Andreele Jacinto da Silva | Aceito |
| Outros | Declaracao_ausencia_custos.pdf | 02/06/2020 12:14:15 | Flaviane Andreele Jacinto da Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 17 de Julho de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br