



A Covid-19 não é democrática: determinação social do processo saúde-doença numa análise de gênero-raça-classe-sexualidade

Covid-19 is not democratic: social determination of the health-disease process in a gender-race-class-sexuality analysis

Marcus Vinicius Ribeiro Cruz

Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenador Geral da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM) - 2021; MG, Brasil;
E-mail: marcusvrc@ufmg.br; ORCID: 0009-0001-4560-5842

Maria Clara Santana Silveira

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Lavras (UFLA). Coordenadora regional (Sudeste-2) da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) - 2021; MG, Brasil;
E-mail: maria.silveira1@estudante.ufla.br; ORCID: 0009-0008-0431-7271

Nathália Julie Soares Resende

Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei, campus Dom Bosco (UFSJ-CDB). Coordenadora de Finanças da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) - 2021; MG, Brasil;
E-mail: nathalia.julie.soares@aluno.ufsj.edu.br; ORCID: 0009-0003-6457-2972

Sthefany de Paula Gomes

Acadêmica de Medicina da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG). Coordenadora regional (Sudeste-2) e de Políticas de Saúde da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) - 2021; MG, Brasil;
E-mail: contato.sthefanygomes@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5423-5057

Resumo: A disseminação da COVID-19 no Brasil se estabeleceu em um cenário político de importantes retrocessos democráticos e de desmonte da seguridade social. A fim de investigar mais profundamente esse contexto, o campo da saúde possui, historicamente, formulações de modelos teóricos que buscam as compreensões de saúde e doença. Ademais, para explicar as condições de saúde da população através de uma noção mais completa, torna-se fundamental debater sobre o processo de saúde-doença e sua determinação social em uma episteme de gênero-raça-classe-sexualidade, visto que a saúde entendida como amplo desenvolvimento das potencialidades humanas em certo momento histórico, choca-se com as limitações estabelecidas pela estrutura para o alcance dessas capacidades através das desigualdades que marcam a realidade nacional. Os desdobramentos cotidianos e os impactos diretos na vida da população negra, nas mulheres, na população LGBTQIA+ e, de forma geral, na classe trabalhadora na pandemia, com maior número de mortes, afetando em maior grau a saúde mental, as relações de trabalho e familiares, validam de forma concreta a determinação social do processo de saúde-doença. Portanto, o projeto e concepção de saúde precisa se posicionar na disputa de percepção crítica da realidade, e de ação para construir uma sociedade emancipada.

Palavras-chave: COVID-19; Desigualdade em Saúde; Fatores Socioeconômicos; Processo Saúde-Doença; Saúde Pública.

Abstract: The spread of COVID-19 in Brazil took place in a political scenario of important democratic setbacks and the dismantling of social security. In order to investigate this context more deeply, the field of health has,

historically, formulated theoretical models that seek understandings of health and disease. Furthermore, in order to explain the health conditions of the population through a more complete notion, it is essential to discuss the health-disease process and its social determination in an episteme of gender-race-class-sexuality, since health understood as a broad development of human potential at a certain historical moment, it collides with the limitations established by the structure for achieving these capacities through the inequalities that mark the national reality. The daily developments and direct impacts on the lives of the black population, women, the LGBTQIA+ population and, in general, the working class in the pandemic, with a higher number of deaths, affecting to a greater degree mental health, work relationships and family members, concretely validate the social determination of the health-disease process. Therefore, the project and conception of health needs to position itself in the dispute for a critical perception of reality, and for action to build an emancipated society.

Keywords: COVID-19; Health Inequalities; Socioeconomic Factors; Health-Disease Process; Public Health.

Conjuntura, desigualdades e produção da saúde

A pandemia da COVID-19 posicionou a saúde, as políticas de proteção social (ou a ausência delas) e a produção científica no centro do debate público. A crise sanitária se instaura num contexto político de importantes retrocessos democráticos e de franco desmonte da seguridade social brasileira.

Com o impeachment da Presidenta Dilma, a agenda neoliberal implementada por Michel Temer aprova uma série de reformas e emendas constitucionais sob a justificativa da necessidade de políticas de austeridade fiscal para fortalecer a economia brasileira. Em dois anos, o Governo Federal implementou a “Reforma Trabalhista” com a Lei nº 13.467/2017, a “Lei da Terceirização” com a Lei nº 13.429/2017 e a Emenda Constitucional Nº 95 de 2016 (EC 95/2016)¹⁻³. Esta última, à época chamada de “PEC do Teto de Gastos”, congelou por 20 anos os orçamentos da União com despesas primárias, corrigidos pela inflação medida pelo IPCA. Os movimentos sociais convocaram atos de ruas, com o chamado “Fora Temer”, e o movimento estudantil secundarista e universitário construiu ocupações das escolas e universidades públicas por todo o país.

Além dos ataques aos direitos trabalhistas, com a EC 95/2016, o Governo Federal constitucionalizou o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), já historicamente subfinanciado, afetando todo o campo da seguridade social. Estima-se que alocando o orçamento da saúde no piso da EC 95, as perdas chegarão a R\$800 bilhões, entre 2020 e 2036⁴.

Em 2019, com Bolsonaro na presidência, o Governo Federal é marcado por sua posição ultraconservadora, com constantes ataques aos direitos reprodutivos e sexuais; fortemente militar e punitivista, tendo aprovado parcialmente medidas do “Pacote anti-crime”; e com Paulo Guedes à frente do Ministério da Economia, as políticas neoliberais se intensificam e a “Reforma da Previdência” é aprovada com a Emenda Constitucional Nº 103 de 2019 (EC 103/2019). Na Saúde, o Programa Previnde Brasil é instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 que altera o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde avançando num projeto de saúde com cobertura universal, diferente do acesso universal. Na pasta da Educação, o Governo contingenciou aproximadamente

R\$1,7 bilhão ⁵⁻⁷ do orçamento discricionário das Universidades Federais provocando manifestações convocadas pelo Movimento Estudantil e Entidades da Educação, os chamados “Tsunamis da Educação”.

É nessa conjuntura, que em março de 2020 o Brasil atinge transmissão comunitária pela COVID-19. A pandemia chega no Brasil com o SUS encolhido, os direitos trabalhistas precarizados, a proteção social enfraquecida e com um Governo Federal anti-ciência. Mais de um ano depois, até o dia 15 de agosto de 2021, acumulamos 20.364.099 casos notificados de COVID-19 e 569.058 mortos ⁸. A gestão da crise da pandemia no Brasil é marcada pela fragmentação das políticas, coordenação nacional vacilante, que combateu as políticas de contenção da circulação do vírus com uso de máscaras e distanciamento social, investiu na produção do “Kit COVID” ou “Tratamento Precoce” comprovadamente ineficazes e boicotou a compra e desenvolvimento de vacinas. Um genocídio desigual e determinado socialmente está em curso.

O colapso do sistema de saúde vivenciado em Manaus se reproduz em menor intensidade por todo o país em março e abril de 2021: filas enormes para vagas em UTI, falta de equipamentos, falha na assistência à saúde de infectados e não infectados pelo SARS-COV-2. Somado à intensa crise sanitária, o Auxílio Emergencial de R\$600,00 (que foi aprovado pela bancada progressista no congresso) foi interrompido em dezembro de 2020 e só retornou em abril de 2021, barganhado pela Emenda Constitucional Nº 109, de 15 de Março de 2021, que ataca os direitos dos servidores públicos⁹.

Nas palavras do ex-ministro do Meio Ambiente, Ricardo Salles, enquanto a sociedade e a mídia está voltada para o coronavírus, o Governo Federal “passa a boiada”: Aprovação da Lei Orçamentária Anual, que aumenta recursos das forças armadas e corta de todas as áreas de proteção social; o julgamento do “Marco Temporal” pelo STF atacando o direito à autodeterminação dos povos indígenas; além da disputa em curso pela aprovação da Proposta de Emenda à Constituição Nº 32 de 2020 (PEC 32/2020) que pretende instaurar a “Reforma Administrativa” atacando os direitos dos servidores públicos ¹⁰.

A resistência nas ruas é primeiro dirigida pelos movimentos negros. Os levantes antirracistas pelo mundo, que tiveram como estopim o assassinato de George Floyd nos Estados Unidos também reverberaram no Brasil: A morte de João Pedro, de Miguel, de Beto rememoram Agatha, Amarildo, Cláudia, Marcus Vinícius, Jhordan, Edson, Marielle e Anderson. Neste ano, é o chamado da Coalizão Negra por Direitos e por Justiça para os 28 de Jacarezinho e Kathlen Romeu que iniciam os atos de rua mais expressivos contra o Governo. A luta pela vida, com o “Vidas Negras Importam” e solidariedade de classe, é a resposta antirracista ao genocídio pela COVID-19, pela violência do Estado e pela fome.

Os indicadores relacionados ao desemprego pioraram significativamente. A taxa de desocupação do país no 1º trimestre de 2021 foi de 14,7%, a mais alta da série histórica iniciada em 2012. O número de desalentados no 1º trimestre de 2021 foi de 6,0 milhões de pessoas e a taxa de informalidade foi de 39,6% da população ocupada ¹¹. Além disso, pela primeira vez em 17 anos, mais da metade da população brasileira vive algum nível de insegurança alimentar ¹².

Para garantir a suposta normalidade durante a pandemia, além do genocídio em curso, com um projeto neoliberal no poder, o Estado depende de uma alta taxa de informalidade na população ocupada. Isto é, uma parcela da população brasileira só consegue permanecer em casa respeitando as medidas de distanciamento social porque há um segmento submetido ao trabalho informal precarizado, considerado essencial, mas sem políticas que o reconheça como tal, e diante da plataformização nesse estágio do capitalismo financeiro, majoritariamente uberizado.

Na uberização, o trabalhador precisa possuir ou alugar o próprio meio de produção, é autogerente subordinado do processo de trabalho e não é amparado pela plataforma diante dos riscos ocupacionais ¹³. O ascenso do #BrequeDosApps, protagonizando a luta das e dos trabalhadores em 2020, é a resposta a esse processo. A pandemia diante da conjuntura política e social brasileira, assim como os processos de luta que nela se desenrolam, só podem ser minimamente explicados quando analisamos o processo saúde-doença e sua determinação social numa episteme gênero-raça-classe-sexualidade.

A determinação social do processo saúde-doença

A discussão aprofundada sobre o conceito de saúde ainda é secundarizada dentro dos espaços da academia e militância, seja por não se levar em consideração a importância da temática, ou por propagar como verdade universal uma única ideia sobre o que é saúde e cessar o debate. Entretanto, a concepção de saúde-doença é decisiva para a intervenção do cuidado, para organizar a formação de novos profissionais, para a estruturação do sistema vigente de assistência, ou seja, para a garantia do direito à saúde e, conseqüentemente, a luta por ela. Dessa maneira, cabe a reflexão: O que entendemos enquanto saúde? Como adoecemos? E que modelo utilizamos na nossa prática diária para alcançar a saúde?

É importante termos em mente que a definição de conceitos é essencialmente política e histórica, representando não necessariamente um avanço das ideias, mas sim uma mudança nas relações sociais ⁴⁸. Ao longo da história, foram desenvolvidas diversos significados de saúde e concepções de como se adoecer, transitando desde tradições originárias ritualísticas ou religiosas,

passando por explicações que relacionam o organismo humano com elementos da natureza, até a noção de saúde como ausência de doença e o estado de bem-estar biopsicossocial.

O entendimento mais antigo, dito como mágico-religioso, apresenta o adoecimento como a violação individual ou coletiva de algo, cabendo a divindades a punição do adoecimento, em uma elaboração vinculada ao pecado-doença e à redenção-cura explicadas pela vontade divina. Na antiguidade grega, com o desenvolvimento da filosofia e da racionalidade, a medicina também começa a ser vista a partir da lógica empírico-racional, explicada pelo homem e a natureza. Já na idade média, acontece uma retomada importante da crença da doença como punição divina e a reza como cura. Por outro lado, no fim do período feudal, a partir do renascimento, ocorre uma revalorização do saber técnico que discute questões do entendimento da doença como algo científico e biológico, sendo que o desdobramento das doenças poderia passar pelo contágio ou por um desequilíbrio que transcende a natureza física ⁴⁷. Depois da formação das cidades, dos Estados, da indústria e do capitalismo tomando sua forma, inicia-se o debate sobre as relações das condições de trabalho, da cidade e do adoecimento, surgindo a medicina social. Sobre isso, Friedrich Engels, escreve em 1845:

[...] As grandes cidades são habitadas principalmente por operários [...] esses operários nada possuem e vivem de seu salário, que, na maioria dos casos, garante apenas a sobrevivência cotidiana. [...] Por regra geral, as casas dos operários estão mal localizadas, são mal construídas, mal conservadas, mal arejadas, úmidas e insalubres; seus habitantes são confinados num espaço mínimo e, na maior parte dos casos, num único cômodo vive uma família inteira; o interior das casas é miserável: chega-se mesmo à ausência total dos móveis mais indispensáveis. O vestuário dos operários também é, por regra geral, muitíssimo pobre e, para uma grande maioria, as peças estão esfarrapadas. A comida é frequentemente ruim, muitas vezes imprópria, em muitos casos – pelo menos em certos períodos – insuficiente e, no limite, há mortes por fome ^{14:115}.

No fim do século XIX, com o desenvolvimento de ferramentas científicas e o descobrimento dos microorganismos, o modelo biomédico se estrutura a partir da patogenia, classificando as doenças segundo forma e agente patogênico, com o olhar de unicasalidade da doença no indivíduo, isto é, existe um agente que carrega um vírus ou bactéria que acomete um indivíduo suscetível. Além disso, o estudo anatômico associado a causalidade fragmenta o ser humano em sistemas, aumentando a especialização para análise do corpo e institucionalizando o lugar do tratamento da doença no Hospital. A partir daí, foram idealizadas as terapêuticas a partir da indústria farmacêutica e, assim, priorizou-se o diagnóstico e cura, alimentando a indústria de clínicas e laboratórios ⁴⁷.

Em todos esses contextos e momentos, outros grupos de pessoas desenvolviam teorias complexas sobre o fenômeno saúde-doença, associando pareceres ou separando as visões. Ademais, para além da história do ocidente europeu, as diferentes cosmologias africanas e indígenas e os diversos povos do oriente trouxeram outras percepções de saúde, adoecimento e cura, a partir de cosmovisões próprias.

Todo esse cenário demonstra que debater saúde na humanidade é complexo e amplo, o que faz o processo saúde-doença ir muito além dos fatores biológicos. Assim como as diferentes ideias estão sobrepostas e ainda disputam a verdade. O entendimento de saúde e sua prática, portanto, movimenta-se historicamente por diferentes *modelos conceituais de saúde*, que traduzem o entendimento de mundo, a percepção de vida, os interesses e o contexto da ocasião em que são elaborados, não havendo delimitações temporais exatas entre eles.

Nessa perspectiva, é na década de 60/70, que o campo da medicina social latinoamericana questiona a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1946, que conceitua saúde sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”¹⁵, e retoma os acúmulos da medicina social. A ideia do “completo bem-estar” era e é individualizante, naturalizante, reducionista, inalcançável e subjetiva. Logo, buscava-se reposicionar o processo saúde-doença na perspectiva da totalidade, considerando a complexidade histórica e dinâmica, acentuando o caráter econômico e político que se constrói na sociedade a partir do seu percurso temporal.

Foi com base nesse panorama que, em 1986, no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde foi compreendida como:

[...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida¹⁶.

Nesse sentido, é fundamental analisar a saúde-doença como uma dimensão não dicotômica e não antagônica. Por isso, o conceito não é estático, pelo contrário, diz sobre aspectos dinâmicos das condições de vida das pessoas e nesse sentido o termo “processo de saúde-adoecimento” é mais fiel para abordar as condições de vida das pessoas e dos grupos sociais⁴⁹.

Nesse cenário, a elaboração do conceito de Determinação Social do Processo Saúde Doença (DSPSD) é construída pela saúde coletiva latinoamericana, a partir do método do materialismo histórico-dialético⁵¹. Este conceito nos ajuda a entender a produção das doenças no plano da coletividade e coloca o modo de produção como o mediador das relações.

Em termos muito gerais, o processo saúde doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção^{17: 16}.

O ser humano tem a capacidade de apropriar dos recursos da natureza de forma consciente para dar uma outra forma a eles, transformando em algo com utilidade à sua vida que satisfaça suas necessidades para um propósito determinado, isto é definido por Marx como trabalho. Além disso, é a partir da organização em sociedade que não só se amplia suas condições de sobrevivência pela

organização coletiva mas, com efeito, amplia também a capacidade de produção de novos recursos e, pela acumulação de ideias e raciocínios da história, desenvolve também suas formulações de interpretação da vida e do todo. Essa organização social diz respeito à possibilidade da divisão social do trabalho. Em outras palavras, enquanto alguns produzem alimentos, roupas, carros e eletrodomésticos, outros produzem cuidados médicos, constroem edifícios, transmitem conhecimento, e assim por diante⁵².

Assim, o ser humano produz uma nova realidade e se produz com ela. Isso porque cria-se uma relação de interdependência na forma como as divisões do trabalho são estabelecidas. Dessa maneira, é possível garantir a sobrevivência de mais gente por mais tempo, e uma vez que cada um vive mais tempo e os saberes se difundem, a vida humana toma outras possibilidades de existência, criando novas necessidades e complexificando as condições. Por essa razão uma pessoa de forma isolada não consegue viver na realidade alcançada pela humanidade, já que não consegue produzir sozinha tudo que em sociedade é possível e desenvolver em si todas as potencialidades humanas¹⁸.

Portanto, os seres vivos são considerados saudáveis quando em condições de realizar potencialidades humanas possíveis naquele momento histórico, que se diversificam de acordo com a produção social do humano naquele contexto. Os seres humanos afastam aqueles limites que a natureza impõe à plena realização de suas potencialidades, ampliando, permanentemente, essas próprias potencialidades e suas condições de máxima realização¹⁸.

Entretanto, na segunda metade do século XX, na Europa, nasce outro conceito, o de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), no qual existem diversos fatores que implicam diretamente no adoecer desde aqueles que expressam as características e estilos de vida individuais até o contexto socioeconômico e cultural, podendo ser idade, sexo, fatores hereditários; estilo de vida como: tabagismo, obesidade, prática de exercícios físicos; redes sociais e comunitárias; condições de vida e trabalho como: desemprego, saneamento básico, ambiente de trabalho, serviço social de saúde, moradia, produção alimentar, educação; condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais⁵⁰.

Essa teoria avança na relação de causa-efeito unicausal e adiciona o ambiente como fator determinante no adoecimento, sem hierarquizar os elementos das condições de adoecimento. Apesar disso, não contesta a estrutura social, a coloca como verdade extrema e busca formas de melhorar situação de saúde através da mudança do indivíduo ou de reformas políticas pontuais que apaziguam momentaneamente o processo de adoecimento. A teoria dos determinantes sociais de saúde não considera, então, que a insegurança alimentar, as opressões, o desemprego, a inexistência de saneamento básico e moradia são geradores da doença, mas sim desdobramentos do modo de produção capitalista⁵⁰.

O modelo de determinantes sociais de saúde é hegemônico, defendido pela ONU e pelo Banco Mundial, e mascara as relações de produção e de classe, sendo antagônico ao conceito de determinação social do processo saúde-doença⁵⁰. A determinação social reconhece e luta na contra-hegemonia da saúde e da lógica de produção atual, incentivando os atores sociais a agir diante desses contextos tão complexos com o propósito de mudar o sistema. Por isso, esse modelo foi importante para a fundação da saúde coletiva e a fundamentação do projeto de Reforma Sanitária brasileira que originou o Sistema Único de Saúde ¹⁹.

Toda essa complexidade deve ser levada em consideração ao pensar o que é saúde, o processo de saúde-doença e os modelos de explicação do adoecimento. De modo geral, trata-se a estrutura social como uma simples doença que chega na ponta por aquele indivíduo, o que não é possível e distancia a teoria da prática, esta última se restringindo à remediação. Essa concepção consegue servir de orientação para políticas públicas, mas diante de uma sociedade capitalista, sustentada pela desigualdade, permanece uma resposta que mantém a ordem e, portanto, não resolve as problemáticas de saúde.

Por fim, o que seria saúde de acordo com o modelo de determinação social? Seria a apropriação daquilo que é produzido em sociedade e está humanamente disponível, o que permite viver em condições dignas de existência. Diante disso, essa apropriação acontece de formas distintas e desiguais, uma vez que as condições de vida, de trabalho e de acesso são diversas entre as classes sociais e nos estratos da classe trabalhadora, levando a processos de adoecimento variados.

Já que o processo saúde-doença é estabelecido pela estrutura capitalista, e esta se mantém a partir de desigualdades construídas socialmente de classe, gênero, raça e sexualidade, de forma dialética, se faz mais que necessário destacar e evidenciar a determinação social do processo de saúde doença nesses recortes.

Desdobramentos da determinação social na saúde da população negra

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que aproximadamente 55% da população brasileira é negra²⁰. Para elaborar os desdobramentos da DSPSD nesse grupo populacional, é importante trabalhar alguns conceitos. Entre eles, o de “raça”, uma ideia construída socialmente que justifica a hierarquia de um grupo diante de outro, de acordo com suas características fenotípicas, por meio do racismo. Este, por sua vez, foi o combustível que legitimou a escravidão colonial e a acumulação de capital primitivo, com o conseqüente desenvolvimento do capitalismo mercantil. A invasão do “novo mundo”, a escravização e comércio de aproximadamente 4,5 milhões²¹ de pessoas de diversos locais em África produziram fortunas que assentaram as bases para o desenvolvimento do

capitalismo no mundo, um modelo de produção que se perpetua até hoje. Não se pode ter capitalismo sem racismo²², análise central para compreender as relações socioeconômicas no ocidente.

A assinatura da princesa Isabel na Lei Áurea em 13 de maio de 1888, tornando o Brasil o penúltimo país do mundo a abolir a escravidão, não foi uma concessão e tampouco significou o fim da escravidão, de fato. A abolição sem a criação de condições dignas de vida para as vítimas e garantia de seus direitos apenas alterou os mecanismos de exploração de negros e negras, que sofrem diariamente racismo e múltiplas formas de violência, até os dias atuais, posicionados à margem da sociedade. Essa ausência de reparação produziu sub-cidadanias, ou seja, o país foi construído sem reconhecer a vida dessa população e, sob esse cenário de degradação social constante, políticas de estado produziram e atualizaram essa opressão, como no “Ato de Império”^I (1824), na “Lei de Terras”^{II} (1850) e na “Lei dos Vadios e Capoeiras”^{III} (1890-1940). Como colocado na obra “O Povo Brasileiro”, por Darcy Ribeiro:

Negou-lhe a posse de qualquer pedaço de terra para viver e cultivar, de escolas em que pudesse educar os filhos e de qualquer ordem de assistência. Só lhes deu, sobejamente, discriminação e repressão. Grande parte desses negros dirigiu-se às cidades, onde encontrava um ambiente de convivência social menos hostil. Constituíram, originalmente, os chamados bairros africanos, que deram lugar às favelas. Desde então, elas vêm se multiplicando, como a solução que o pobre encontra para morar e conviver. Sempre debaixo da permanente ameaça de serem erradicados e expulsos^{23:222}.

No período de pós-abolição do Brasil, a partir da década de 1870, um intenso debate sobre a modernização e a construção de uma identidade nacional ocorria entre as elites políticas e intelectuais do país. Como consequência, houve a criação de novas políticas públicas racistas, direcionadas para o desenvolvimento de uma forte ideologia, denominada “tese do branqueamento”. Esse pensamento foi baseado num processo de eugenia, como uma reinterpretação das teorias pseudocientíficas europeias sobre o Darwinismo Social e a mestiçagem. A premissa era de que, para o país se desenvolver efetivamente, era necessário embranquecer a população, uma vez que pessoas não brancas eram consideradas inferiores. Para esse fim, é criada a imigração subvencionada, que visava a estimular a vinda de famílias de imigrantes europeus²⁴. Segundo os maiores entusiastas dessa tese, em cerca de um século as pessoas negras já teriam desaparecido do Brasil, enquanto pessoas brancas seriam a maioria da população²⁵.

^I 1ª Constituição brasileira. Resultou da tentativa de conciliar os princípios do liberalismo à manutenção da estrutura sócio-econômica e da organização política do Estado monárquico e escravocrata que emergiu a partir da Independência: “ficavam excluídos do direito ao voto os criados e religiosos, as mulheres, os escravos, os índios [...]” (CABRAL, 2017)⁴¹.

^{II} Foi aprovada no mesmo ano da Lei Eusébio de Queirós, que previa o fim do tráfico negreiro e sinalizava a abolição da escravatura no Brasil. Grandes fazendeiros e políticos latifundiários se anteciparam, a fim de impedir que negros pudessem também se tornar donos de terras, transformando-a em mercadoria e, ao mesmo tempo, garantindo sua posse aos antigos latifundiários (WESTIN, 2020)⁴².

^{III} Criminalização da pobreza, da marginalização e da cultura negra, tendo como elementos principais a capoeira e a expressão religiosa (BRASIL, 1890)⁴³.

Por volta da década de 1930, um novo modelo interpretativo surgiu, buscando representar o Brasil como uma democracia racial, ou seja, um lugar no qual não existia racismo e discriminação racial, como vista nos outros países, principalmente nos Estados Unidos. A obra clássica racista que sintetiza essa mudança de paradigma é o livro “Casa Grande e Senzala”, de Gilberto Freyre, publicado em 1933. A disseminação do mito da democracia racial foi e ainda é prejudicial à população negra brasileira, tendo em vista que perpetuou a noção de que não há necessidade de se elaborar políticas efetivas para a superação das desigualdades raciais existentes no Brasil, naturalizando-as e amenizando as violências coloniais e pós-coloniais que se seguiram. A consequência da perpetuação desses ideais eugenistas e a execução de diversas formas de opressão ao longo dos séculos, gerou a marginalização econômica e social da população negra, para além da construção de uma mentalidade racista, compreendida por Silvio Almeida da seguinte forma:

Racismo é sempre estrutural, ou seja, é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade [...] é a manifestação normal de uma sociedade [...] fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para as formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea²⁶.

Na atualidade, enquanto pessoas pretas e pardas vivem diariamente o impacto do racismo no seu processo de viver e adoecer, o silenciamento dessas vivências não permite que esses processos sejam reconhecidos e superados em coletividade. É possível concluir, então, que a democracia racial não existe, essa teoria foi e continua sendo parte da perpetuação do racismo como um processo histórico, servindo para ocultar as relações raciais de subalternização. Portanto, para que seja possível entender como a pandemia causada pela COVID-19 explicitou as disparidades e opressões que já existiam historicamente, é necessário responder algumas perguntas: “Quem consegue fazer isolamento social efetivamente?”; “Quem tem saneamento básico e consegue praticar todas as medidas preventivas e de higienização?”; “Quem vive sob uma soberania alimentar?”; “Quais são as pessoas que utilizam o transporte público diariamente?” e, por fim, “Quem mais adoece e morre na pandemia?”.

No Brasil, o vírus, importado pelas classes média e alta, ajudou a delinear, inicialmente, um discurso de que a COVID-19 seria uma doença “democrática”, que atingiria a todos e cujas consequências seriam igualmente sentidas. Sendo assim, as primeiras medidas colocaram todas as pessoas, com exceção dos portadores de condições de saúde vulneráveis, em uma mesma escala, não havendo a necessidade de diferenciação nas políticas de enfrentamento da pandemia²⁷. A partir disso, é possível concluir que as medidas preventivas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro demonstram as desigualdades de acesso às políticas sociais e maximizam desigualdades sociais existentes, tendo em vista que uma parcela da população não possui acesso a água e nem poder

aquisitivo para aderir ao uso de álcool em gel para higienização das mãos. Além disso, sabe-se também que o trabalho informal e conformações territoriais formadas pelas favelas brasileiras constituem condições que prejudicam a adoção de medidas recomendadas pela OMS e instituídas pelos estados brasileiros, como o distanciamento social²⁸.

A COVID-19 não se apresenta mais frequentemente em grupos raciais específicos por nenhuma determinação genética preexistente, mas devido a condições de renda precária ou nula, moradias inadequadas, alimentação pobre em nutrientes, dificuldade de acesso às medidas sanitárias, água potável, serviços em saúde, educação, lazer, entre outras²⁸⁻³⁰. Quando enunciado: “é preciso que a população se proteja”, é essencial que seja considerado quem são as pessoas que conseguem efetivamente se resguardar contra a disseminação do vírus. O racismo estrutural à brasileira produz ativamente uma condição de negligência estatal²⁸, levando em consideração que negras e negros representam a maioria dos trabalhadores informais (47,3%)^{IV}, de serviço doméstico, comercial, da alimentação, transporte, armazenamento e correio, que se mantiveram ativos, mesmo durante a pandemia³¹. Sendo assim, a realidade da classe trabalhadora de baixa renda, majoritariamente negra e moradora de territórios vulnerabilizados, é completamente diferente da população tida como parâmetro epidemiológico: branca, de classe média e alta. Essas pessoas não possuem o privilégio de permanecer em casa, precisam utilizar transportes públicos superlotados diariamente e estão na linha de frente do atendimento ao público no setor de serviços, incluindo os de saúde²⁷.

De acordo com dados do IBGE, em 2014, 76% dos mais pobres no Brasil são negros³², sendo que essas pessoas, especialmente periféricas, correspondem a 67% do público total atendido pelo SUS, conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)³³. As políticas de austeridades, enquanto expressões do neoliberalismo na saúde, aprofundam e agravam essas vulnerabilidades, se configurando como políticas racistas. É justamente nessa conjuntura de desmonte que a pandemia da COVID-19 explícita as disparidades raciais. Um exemplo claro é o fato de que a população negra representa a maioria dos casos de COVID-19 em diversas localidades, entretanto, são a população que é menos testada, além de apresentar a maior mortalidade em quadro geral^{28,31}. Essas disparidades, evidentes desde a testagem, têm implicações graves no curso da pandemia, tendo em vista que o subdiagnóstico em uma comunidade ocasiona um maior risco de que as pessoas infectadas assintomáticas não entrem em isolamento e de sintomáticas iniciarem o tratamento de forma tardia, piorando seu prognóstico de cura e aumentando a chance de óbito³¹.

^{IV} Em comparação com os trabalhadores brancos (34,6%). Sendo que pessoas negras possuem rendimento médio domiciliar per capita de R\$934,00, diante do rendimento médio de R\$1.846,00 das pessoas brancas^{28,31}.

No início da pandemia, os dados de casos de infecção pelo vírus e de mortes pela doença eram divulgados sem o quesito raça-cor. A ausência dessas informações resultou em uma carta assinada por 150 entidades representativas do Movimento Negro e das periferias do país, que foi enviada ao então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta³⁰. A omissão desse quesito nos boletins epidemiológicos está articulada ao modo como se operacionaliza o racismo no Brasil, colocando a discussão da necropolítica^V na arena do debate, tendo em vista a negação dos direitos básicos e fundamentais por omissão e obscurantismo do Estado. Essa concepção demonstra as diferenças existentes nas ações do Estado em relação a determinados grupos e a distribuição diferencial de direito à vida. Sua compreensão atravessa medidas estatais que promovem a vida e a morte a partir da hierarquização dos corpos, estratificando-os entre os que podem ser eliminados e os que devem viver²⁸. Desse modo, é possível concluir que a marginalização da população negra foi e continua sendo um projeto de poder e essa produção de morte tem gerado lucro e capital político.

Desdobramentos da determinação social na saúde das mulheres

As mulheres desempenham um papel na sociedade de reprodução social da vida que se organiza através do patriarcado, que há séculos atravessa a sociedade e interfere diretamente no seu processo de saúde-adoecimento. Isso significa que são elas as principais responsáveis pela manutenção da força de trabalho, seja de trabalhadores homens e jovens, seja de crianças e idosos, assumindo, dessa forma, o papel de cuidado da higiene, da habitação, da educação familiar, também da reprodução sexual a partir da gestação e ainda da manutenção da ideologia, da saúde psíquica e do prazer. Dessa forma, cai sobre as mulheres jornadas duplas e até triplas de trabalho por terem de conciliar o trabalho doméstico e o trabalho formal nas mais diferentes áreas.

Essa dinâmica de vida tem sido analisada por diversas pensadoras do movimento feminista que compreendem o patriarcado e capitalismo como agentes diretos nessa conformação social. Pesquisadoras que elaboram a Teoria da Reprodução Social (TRS)^{34,35}, uma corrente socialista e marxista, organizaram essa experiência cotidiana trazendo à tona o conceito de trabalho improdutivo, não no sentido de não produzirem nada, mas de não ser remunerado embora tenha desdobramentos econômicos na estrutura como um todo. Ademais, na ideologia hegemônica da perspectiva do capital, o trabalho doméstico representa ainda prejuízo, já que além de receberem salários mais baixos desempenhando a mesma função que os homens, são punidas quando optam por ter filhos.

^V Cunhado por Achille Mbembe, o conceito é entendido como paradigma da divisão entre segmentos sociais, que regulamenta – e regulariza – o poder de gestão sobre as vidas, ditando quem pode viver e quem deve morrer para garantir o funcionamento da máquina de guerra capitalística (Mbembe A., 2018. *In* SANTOS et al, 2020).

O patriarcado, que sustenta esse lugar da mulher na reprodução da sociedade, mantém-se a partir do machismo, o qual se substancia pela opressão de gênero. Por isso, o espaço do trabalho doméstico, expressão máxima da reprodução social, também tem a violência doméstica e o feminicídio como atravessamentos muito presentes. Esse processo simbólico ajuda a dar conta da complexidade da esfera privada vivenciada pela mulher.

A pandemia de COVID-19, por exemplo, ampliou o cenário de violência doméstica e feminicídio. O isolamento social elevou o tempo de permanência em casa, e por mais que os levantamentos de violência doméstica de gênero apontem, majoritariamente, para uma estabilidade nos casos, é necessário reconhecer as subnotificações, que apesar de comuns em qualquer cenário, em função da proximidade com os agressores, é significativamente aumentada. A nota técnica do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) de abril de 2020 aponta as 52 mil menções no Twitter sobre brigas entre casais. Entre fevereiro e abril deste ano, houve um aumento de 431% nos relatos de brigas entre vizinhos; além de 5.583 citações diretas sobre casos de violência doméstica ³⁶. O que salta aos olhos é que a crueza desses dados não é, de certa forma, tão invisível.

Outro cenário que explicita bem as relações de gênero e suas implicações na saúde durante a pandemia são os aumentos das jornadas de trabalho. De forma geral, as mulheres desempenham tempos dobrados ou triplicados de trabalho, uma vez que possuem o cuidado do lar e da família como função para além do emprego formal. Com a chegada da pandemia, muitas tiveram que escolher entre o desemprego ou redução dos horários de trabalho para cuidado de filhos, que permaneceram em casa por causa do isolamento social, ou de parentes infectados, principalmente as mulheres com trabalhos essenciais, muitas em serviços gerais precarizados e de classes pauperizadas.

O *home office*^{VI} (*) contribui para o aprofundamento das desigualdades de gênero. A realização de várias tarefas simultâneas, acrescidas ao aumento dos cuidados de higienização, do trabalho doméstico, e do cuidado de filhos gera esforço emocional e exaustão física, dificultando a concentração e interrompendo as atividades de trabalho remoto ⁴⁵. A escassez de equipamentos de proteção individual no início da pandemia intensificou o medo de exposição e contaminação, somado ao acesso limitado a serviços de saúde mental para gerenciar depressão, ansiedade e sofrimento psicológico ³⁷.

A profissão que as mulheres exercem formalmente na sociedade capitalista reflete a divisão de gênero do trabalho, à exemplo da área da educação, em especial a educação básica. Na saúde, conformando um grande contingente, compõe mais de 85% da força de trabalho na linha de frente do combate à pandemia. Essas mulheres acumulam jornadas exaustivas, com perspectivas de trabalho

^{VI} Termo empregado para caracterizar o trabalho em casa, também conhecido como trabalho remoto, à distância ou teletrabalho.

nebulosas devido à ausência de coordenação governamental sobre as decisões na educação e na saúde e, ainda, de exposição ao risco de contaminação pela COVID-19. Contraditoriamente, a categoria da enfermagem, que representa de forma mais direta a reprodução social na saúde, precisa de forte mobilização para pressionar o Senado acerca da discussão do valor do piso salarial e definição da carga horária máxima semanal ⁴⁶.

Desdobramentos da determinação social na saúde da população LGBTQIA+

A construção da família heterocisnormativa como uma instituição natural foi permeada pelo capitalismo. No ocidente, essa estrutura primeiro se embasa na tradição cristã, como uma expressão da vontade divina na terra, sendo constituída unicamente pelo casamento para mais tarde se amparar na medicina, na produção do normal e patológico. Dessa maneira, qualquer outra dinâmica familiar que confronte esse modelo familiar binário, seria uma transgressão da ordem divina, ou uma monstruosidade que atenta ao normal natural. Tal modelo familiar patriarcal, adota como chefe da família a figura do homem e delega papéis restritos a homens e mulheres.

Por meio da luta e resistência, esta concepção de família se altera passando a ser considerada uma instituição social e, portanto, dinâmica. Essa mudança é congruente às diversas transformações sociais, econômicas e à própria composição social, além de sofrer modificações a partir de cada sociedade. E, apesar dos avanços, essa visão conservadora sobre a constituição familiar, ainda permanece em certos setores da nossa sociedade.

Diante disso, a heteronormatividade age como ideologia naturalizadora e normalizadora das performances de gênero e conformações afetivas que vão de encontro à matriz heterossexual, posicionando as sexualidades e identidades de gênero dissidentes no monstruoso, patológico, abjeto. Assim se estrutura a opressão contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, *Queers*^{VII} (*), Intersexos, Assexuais e outros (LGBTQIA+). Consequentemente, há a imposição de diversos obstáculos para a consolidação dos direitos à essa comunidade, como direito à saúde, educação, segurança e moradia.

A sexualidade é um conceito inerente a todos os indivíduos e a saúde sexual é um componente determinante para a saúde integral e o cuidado completo de todas as pessoas. Apesar da conquista do Direito à Saúde Universal com o SUS e os avanços nas políticas institucionais, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a população LGBTQIA+ não possui a garantia do cuidado integral, equitativo e de qualidade de sua saúde, reflexo

^{VII} Termo utilizado para designar qualquer pessoa que foge a cis-heteronormatividade, seja por suas identidades sexuais ou de gênero.

da manutenção institucional da cis-heteronormatividade, seja pelo silêncio, pela invisibilização, na violência ativa e na coerção a supostos padrões de normalidade.

Ao analisar a conjuntura da saúde da população LGBTQIA+ é nítida a vulnerabilidade e opressão sofrida por essa minoria. São as que tem pior quadro da saúde geral quando comparado à pessoas cis-heterossexuais, sendo mais vulneráveis à Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), obesidade, câncer e doenças cardiovasculares³⁸. Além disso, tal população sofre com rejeição, isolamento e falta de rede de apoio, refletindo em maior prevalência de transtornos mentais, como uso de álcool e substâncias psicoativas, transtorno de ansiedade, depressão, ideação suicida e suicídio. Ademais, são comumente vítimas de violência como bullying até homicídio, sendo este principalmente sofrido pela população trans.

Na população trans, a expectativa de vida é de 35 anos, menos da metade da média nacional de 75,5 anos, o que evidencia como é desafiador sobreviver em um país que mais mata pessoas trans no mundo. A falta de inclusão e acolhimento, iniciada muitas vezes na família se reflete no acesso à educação, e conseqüentemente, limita as chances de inserção de pessoas LGBTQIA+ no mercado de trabalho formal, um dos elementos para refletir a enorme porcentagem (90%) das mulheres trans que se encontram na prostituição⁴⁴.

Nessa perspectiva, a pandemia acentuou ainda mais a situação de vulnerabilidade social de LGBTQIA+. Consoante o relatório "Diagnóstico LGBT+ na pandemia", feito pelo coletivo VOTE LGBT+ em parceria com a consultoria Box1824, 6 em cada 10 pessoas LGBTQIA+ tiveram diminuição ou perderam toda renda durante a pandemia. Entre as pessoas desempregadas, 6 de 10 estão há mais de um ano fora do mercado de trabalho. Situação esta que impacta diretamente a capacidade de sobrevivência e bem-estar dessa população³⁹.

Sabe-se, ainda, que a falta de alimentos em quantidade ou qualidade, traz prejuízos no desenvolvimento físico e mental dos indivíduos, aumentando a probabilidade do adoecimento. Nesse sentido, a pesquisa revela, também, que 4 em cada 10 pessoas LGBTQIA+ vivem em lares com insegurança alimentar e quando se faz o recorte da população trans, 6 em cada 10 correm o risco de passar fome - o que torna a comunidade ainda mais vulnerável ao COVID-19⁴⁰.

Ademais, segundo o mesmo relatório, a população LGBTQIA+ sofreu aumento do sofrimento psíquico durante esse período. Pouco mais da metade dos 7.709 entrevistados declararam que sua saúde mental em 2021 está pior do que em 2020. Afinal, estar em casa é sofrer violências causadas pela intolerância da própria família.

Conclusão

A pandemia da COVID-19 provocou profundos impactos na organização social brasileira. Dentre as diferentes estratégias mundiais para contenção e mitigação, o Brasil se destaca por intervenções insuficientes e tardias conduzidas por um Governo Federal negacionista e genocida. Analisar essa crise sanitária-social e política numa episteme gênero-raça-classe-sexualidade provoca reflexões sobre o conceito de saúde ao mesmo tempo que produz ferramentas para intervir e modificar essa realidade, enquanto ela é vivida.

A compreensão de saúde é um objeto complexo e demanda análise crítica a partir das determinações sociais das diferentes classes, raças, gêneros e sexualidades para pensar o processo histórico de saúde-adoecimento dos povos. A partir disso, a saúde precisa ser um referencial não só de conhecimento, mas de disputa e ação para construirmos uma sociedade emancipatória, implica em entender que a real libertação só existe quando há avanço da liberdade no campo coletivo.

Saúde é política e a marginalização e banalização da vida são parte de um projeto de poder. Não é possível entender o adoecimento de forma concreta, se não existir uma reflexão a respeito de processos que se iniciaram na acumulação primitiva do capital até hoje. Sem a compreensão da Determinação Social do Processo Saúde-Doença nós não conseguiremos mudar a realidade.

Referências

1. Brasil. Lei nº 13.467, de 13 de Julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Diário Oficial da União, Brasília, 14 de julho de 2017a. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm.
2. Brasil. Lei nº 13.429 de 31 de Março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de março de 2017. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm.
3. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de dezembro de 2016. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
4. Menezes Apr, Moretti B, Reis Aac. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. Saúde Debate. Rio De Janeiro, v. 43, n. Especial 5, P. 58-70, dez. 2019. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/>.
5. Brasil. Emenda Constitucional nº 103 de 12 de Novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de novembro de 2019. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm.
6. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília: Seção 1, Brasília, DF, 13 de novembro de 2019. Acesso em: 15 Ago. 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf.

7. Tenente L, Figueiredo P. Entenda o corte de verba das universidades federais e saiba como são os orçamentos das 10 maiores. Globo [online], 15/05/2019. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2019/05/15/entenda-o-corte-de-verba-das-universidades-federais-e-saiba-como-sao-os-orcamentos-das-10-maiores.ghtml>.
8. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS / MS). Painel COVID-19. 2021b. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
9. Brasil. Emenda Constitucional nº 109, de 15 de Março de 2021. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2021.
10. Brasil. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda à Constituição Nº 32 de 2020. Acesso em: 29 set. 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2262083>.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Primeiro Trimestre de 2021, JAN.-MAR. 2021. Rio de Janeiro, 27 de maio de 2021. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_1tri.pdf.
12. Pennsan, R. Vigisan. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2021. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf.
13. Uchôa-De-Oliveira Fm. Saúde do trabalhador e o aprofundamento da uberização do trabalho em tempos de pandemia. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 45, 2020. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/CpWfR8RYCdd9skYTLxJjd5p/abstract/?lang=pt>.
14. Engels, Friedrich, 1820-1895. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 2010.
15. World Health Organization. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. Acesso em: 16 out. 2021. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social: Brasília, 1986. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf.
17. Laurell Ac. La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf.
18. Albuquerque GSC, Silva MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. Saúde em Debate [online]. 2014, v. 38, n. 103. pp. 953-965. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>.
19. Moreira MC. Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira. 2013. 146 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/555/1/452446.pdf>.
20. Saraiva A. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. Agência IBGE: Brasil, 2019. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>.
21. Brasil. Biblioteca Nacional. 13 de maio de 1888 - Dia da Abolição da Escravatura. 2015. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.bn.gov.br/acontece/noticias/2015/05/13-maio-1888-dia-abolicao-escravatura>.
22. Malcolm-X. Por todos os meios necessários: Discursos escolhidos de Malcom-X. Tradução: Felipe Feitosa Castro. Editora Terra sem Amos: Brasil, 2020.
23. Ribeiro D. O povo brasileiro. São Paulo: Companhia de Bolso, 2006.

24. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Território brasileiro e povoamento: razões da imigração italiana. IBGE: Brasil 500 anos, 2021. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/italianos/razoes-da-emigracao-italiana.html>.
25. Santos RR. As políticas de branqueamento (1888-1920): uma reflexão sobre o racismo estrutural brasileiro. Por dentro da África: Brasil, 2019. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <http://www.pordentrodafrica.com/educacao/as-politicas-de-branqueamento-1888-1920-uma-reflexao-sobre-o-racismo-estrutural-brasileiro>.
26. De Almeida SL. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento, 2018.
27. Oliveira RG, *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, 2020.
28. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018. In Santos HLPC *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 4211-4224, 2020.
29. Devakumar D, Shannon G, Bhopal Ss, Abubakar I. Racism and discrimination in COVID-19 responses. The Lancet, 395 (10231), p 1194, April 11, 2020.
30. Lopes, I. S. Ausência de raça e gênero no enfrentamento da pandemia no Brasil. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v. 15, n. 2, 2021.
31. Goes, E. F.; Ramos, D. O.; Ferreira, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, 2020.
32. Carmo, B. A pobreza brasileira tem cor e é preta. Nexo Ensaio, 2017. Acesso em 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2017/A-pobreza-brasileira-tem-cor-e-e-preta>.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
34. Arruzza, C; Bhattacharya, T; Fraser, N. Feminismo para os 99%: um manifesto. São Paulo: Boitempo, 2019.
35. Bhattacharya, T (Org.). Social Reproduction Theory: Remapping Class, Recentering Oppression. London: Pluto Press, 2017. Acesso em: 16 out. 2021. Disponível em: <https://8768512fb23263ac9a23-f839e98e865f2de9ab20702733bd4398.ssl.cf2.rackcdn.com/look-inside/LI-9780745399881.pdf>.
36. Fórum Brasileiro De Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19: Nota Técnica, 16 de abril de 2020. 2020. Acesso em: 16 out. 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>.
37. Teixeira, C. F. S. *Et Al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 9, pp. 3465-3474. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
38. Hafeez H., Zeshan M., Tahir M.A., Jahan N., Naveed S. Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. Cureus. 2017 abr; 9(4):e1184.
39. César, C. 6 em cada 10 pessoas LGBTQ+ ficaram mais pobres durante a pandemia, mostra estudo. Carta Capital, 2021. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/diversidade/6-em-cada-10-pessoas-lgbt-ficaram-mais-pobres-durante-a-pandemia/>.
40. Coletivo #VoteLGBT. Diagnóstico LGBTQ+ na pandemia. Brasil, Junho de 2021. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://static1.squarespace.com/static/5b310b91af2096e89a5bc1f5/t/60db6a3e00bb0444cdf6e8b4/1624992334484/%5Bvote%2Blgbt%2B%2B%2Bbox1824%5D%2Bdiagnostico%CC%81stico%2BLGBT%2B2021+b+%281%29.d>.

41. Cabral, D. Constituição de 1824. MAPA - Memória da Administração Pública Brasileira: Brasil, 2017. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <http://mapa.an.gov.br/index.php/menu-de-categorias-2/305-constituicao-de-1824>.
42. Westin, R. Há 170 anos, Lei de Terras oficializou opção do Brasil pelos latifúndios. Agência Senado: Brasil, 2020. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/ha-170-anos-lei-de-terras-desprezou-camponeses-e-oficializou-apoio-do-brasil-aos-latifundios>.
43. Brasil. Decreto nº 847, de 11 de Outubro de 1890. Promulga o Código Penal. Coleção de Leis do Brasil, Rio de Janeiro, RJ, v. Fasc.X., p. 2664, 1890. Acesso em 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>.
44. ANTRA representa o Brasil em audiência na CIDH sobre a situação das pessoas LGBTI. Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), 2019. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://antrabrasil.org/2019/11/21/antra-representa-o-brasil-em-audiencia-na-cidh/>.
45. TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. JUSTIÇA DO TRABALHO. Notícias do TST. Pandemia, home office e a proteção do trabalho da mulher. Brasil, 8/3/2021. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <http://www.tst.jus.br/web/guest/-/pandemia-home-office-e-a-proteção-do-trabalho-da-mulher>.
46. AGÊNCIA SENADO. Piso salarial de enfermeiros: sem presença do governo, debate termina sem acordo. Senado Notícias, 10 maio 2021. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/10/piso-salarial-de-enfermeiros-sem-presenca-do-governo-debate-termina-sem-acordo>.
47. CEBALLOS, A. G. C. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. © UNA-SUS UFPE. – Recife: [s.n.], 2015. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf.
48. BATISTELLA, C. E. C.. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-49. Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Acesso em: 15 ago. 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39209>.
49. LEANDRO, B. B. S. A determinação social do processo saúde-doença pelo olhar da educação popular em saúde. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. FIOCRUZ. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39432/2/Curso%20de%20Aperfeiçoamento%20em%20Educação%20Popular%20em%20Saúde%20-%20A%20determinação%20social%20do%20processo%20saúde-doença.pdf>.
50. GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 112, pp. 63-76. Acesso em 15 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.
51. CARMONA-MORENO, L. D. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. Rev. Cienc. Salud, Bogotá, v. 18, n. spe, p. 66-82, dez. 2020. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732020000400066&lng=en&nrm=iso.
52. CPÓLA, K. D.; COLMÁN, E. SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO (SOCIAL SERVICE AND WORK). Emancipação, v. 7, n. 2, 11. Acesso em: 14 ago. 2021. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/2009_2/Artigo%20evaristo.pdf.

Como citar: Cruz MVR, Silveira MCS, Resende NJS, Gomes SP. A Covid-19 não é democrática: determinação social do processo saúde-doença numa análise de gênero-raça-classe-sexualidade. *Saúde em Redes*. 2023;9(1). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.4113

Submissão: 22/02/2023

Aceite: 04/03/2023