An abstract graphic at the top of the page shows several hands in various shades of blue and black, reaching up to hold a globe. The globe is composed of overlapping, semi-transparent shapes in shades of blue, purple, and white. The background of the entire page is a dark blue with a pattern of small, white, irregular shapes, resembling a terrazzo or speckled surface.

InformeDH

Violações de direitos no contexto da pandemia
da Covid-19 na periferia de Fortaleza:
o caso do Grande Bom Jardim



Presidente do CDVHS

Rosiana Queiroz

Tesoureira

Ana Maria Freitas

Secretário

Francisco Alef Feitosa

Coordenação Executiva

Lúcia do Carmo Albuquerque

Coordenação da edição

Caio Anderson Feitosa Carlos

Eduardo Gomes Machado

Textos da edição

Caio Anderson Feitosa

Adriano Paulino de Oliveira

Rogério da Costa Araújo

Ana Maria Freitas

Eduardo Gomes Machado

Revisão

Neiliane Alvez Bezerra

Naiza Alves Bezerra

Bibliotecária

Neiliane Alvez Bezerra

Projeto Gráfico

Agamenon Porfírio

Catálogo na publicação

Bibliotecária: Neiliane Alves Bezerra – CRB 3. Inscrição N. 689/1992.

V792 Violações de direitos no contexto da pandemia da Covid-19 na periferia de Fortaleza: o caso do Grande Bom Jardim / Caio Anderson Feitosa Carlos... [et al.]. -- Fortaleza: Centro de Defesa da Vida Herbert de Sousa, 2020. --

55 p. ; il. - (Informe DH; n. 1).

ISBN 978-65-992187-0-5

Autores: Adriano Paulino de Almeida, Caio Anderson Feitosa Carlos, Rogério da Costa Araújo, Ana Maria Freitas, Eduardo Gomes Machado.

1. Direito à saúde - Bom Jardim (Fortaleza, CE) 2. Infecções por Coronavírus - Bom Jardim (Fortaleza -CE) 3. Saúde pública - Aspectos sociais - Bom Jardim (Fortaleza, CE) 4. Direitos Humanos - Bom Jardim (Fortaleza, CE) 5. Antropologia 6. Sociologia I. Carlos, Caio Anderson Feitosa II. Almeida, Adriano Paulino de III. Araújo, Rogério da Costa IV. Freitas, Ana Maria V. Machado, Eduardo Gomes VI. Centro de Defesa da Vida Hebert de Sousa.
CDD - 361.614

Caderno 1. Ano 1. n.1

Fortaleza, agosto de 2020

Sumário

- 18. O difícil contexto da pandemia no Brasil, no Ceará e em Fortaleza e suas implicações para as periferias**

Autores: Adriano Paulino de Almeida, Eduardo Gomes Machado e Rogério da Costa Araújo

- 42. Esperanças – solidariedade e fraternidade pelas periferias**

Autores: Ana Maria de Freitas, Caio Anderson Feitosa Carlos

Sobre o CDVHS

O Centro de Defesa da Vida Herbert de Souza (CDVHS) surgiu em 1994 como resultado de um processo de mobilização das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) da Área Pastoral do Grande Bom Jardim. Nesse processo ocorreram distintas lutas comunitárias para enfrentar graves problemas sociais que afligiam as crianças, adolescentes, homens e mulheres habitantes dessa região, composta por cinco bairros da periferia de Fortaleza. O CDVHS foi constituído juridicamente no dia 26 de março de 1994, com o apoio da Cáritas e do Centro de Defesa e Promoção dos Direitos Humanos Arquidiocesana de Fortaleza, dos Missionários Combonianos do Nordeste, da União das Comunidades e da Área Pastoral do Bom Jardim.

A identidade do CDVHS está intimamente ligada ao empoderamento dos setores populares no sentido de incorporá-los no processo de organização, mobilização e negociação de políticas públicas, em situações de participação política ativa, para denúncia e formulação de alternativas aos contextos de violação.

Ao longo de sua trajetória, o CDVHS atuou na defesa do acesso à educação para crianças e adolescentes, em estratégias de desenvolvimento e enfrentamento à pobreza, na articulação comunitária e na participação para o direito à cidade e pela moradia digna, na educação em direitos humanos para afirmação da democrática e dos sujeitos sociais e políticos da periferia, na mobilização e pelo engajamento de adolescentes e jovens, como também na observação e monitoramento de políticas de públicas, a exemplo da segurança pública, moradia, educação e meio ambiente.

Sobre Informe DH – Coronavírus /COVID 19

Informe de DH é uma proposta de publicação que tem o escopo de contribuir para a exposição de um problema público, coletivo e que se configura como violação de direitos humanos. Um documento que expõe, denuncia e propõe ações de respeito e promoção dos direitos humanos. Deve, sobretudo, ajudar nos processos de leitura da realidade para melhor intervenção e defesa dos direitos humanos por parte dos movimentos populares. No caso específico da produção do CDVHS, deve estar conectado com a realidade da periferia de Fortaleza, com especial atenção para a região do Grande Bom Jardim.

O atual InformeDH tem como objetivo refletir sobre os impactos da COVID19 no contexto das periferias, com especial enfoque para o contexto do Grande Bom Jardim, revelando e discutindo as violações de direitos humanos que se evidenciam mais gravemente.

Para compreender os impactos da grave crise sanitária, social e econômica que derivou e foi agravada com a pandemia da COVID-19, vamos apresentar seções análicas separadas, para melhor discussão e debate dos temas. A primeira versão aqui apresentada abordará sobre os números gerais e breve contexto epidemiológico da pandemia, localizando o Brasil, o grave contexto do Ceará e de Fortaleza, com o enfoque para os bairros do Grande Bom Jardim.

Ao tempo que apresentamos o grave quadro da crise sanitária e suas repercussões letais, queremos também evidenciar o anúncio de esperança que a nossa população foi e é capaz de produzir. Diversas campanhas de solidariedade surgiram e apoiaram um número significativo de moradores do Grande Bom Jardim. Mais de 30 mil pessoas foram apoiadas e acolhidas e isto revela uma mensagem potente, que é alimento para enfrentarmos esse contexto e animarmos nossas lutas por justiça social.

Nos números seguintes, apresentaremos um balanço dos números da segurança pública, com enfoque para os homicídios, que cresceram durante a pandemia, fazendo com que a epidemia da violência seja uma constante nos bairros de periferia de Fortaleza. Refletimos ainda sobre a mensagem dos impactos na vida das juventudes periféricas; sobre as políticas de proteção social; e sobre o contexto da moradia digna e saneamento ambiental sua contribuição para enfrentar esse padrão de crise sanitária.



INTRODUÇÃO

Há uma dificuldade real de se escrever sobre a prevalência do número de infectados e sobre a letalidade que o vírus causa pelo crescimento contínuo do número de casos diariamente. O que agora escrevemos está certamente defasado quando da publicação. Resolvemos escrever no momento e sobre uma crise sanitária, uma pandemia, que segue com efeitos contínuos, com demasiada força, atingindo diversos países do mundo, em um cenário em que alguns países vislumbram alguma estabilidade temendo passar por uma nova onda de contaminação. Os panoramas de estabilidade e decréscimo de diversos lugares são constrangidos pelo aumento de novos casos, como temos visto com especial atenção nos estados brasileiros e nos Estados Unidos da América, países apontados como mal exemplos, em regra, pela ação dos governos centrais, no controle da crise.

De maneira geral, os números ainda são crescentes no mundo. Queremos aqui apresentar um breve panorama para circunscrever como, para efeito de comparação, esta crise adentra as periferias de Fortaleza e gera diversos impactos potencializados pela permanência das desigualdades que temos desde muito tempo.

O ano de 2020 entrou para a história como o ano em que o mundo parou, se confinou e partilhou riscos, medos, sofrimentos, adoecimentos, mortes e desafios, diante de um inimigo comum, o novo coronavírus. Esta é a epidemia global mais mortal dos últimos 100 anos, consideradas as taxas de **adoecimento**, **letalidade** e **mortalidade**. A COVID-19 ameaça, atinge e mobiliza todo o planeta, que busca, através do conhecimento científico, da atuação estatal e da mobilização social, gerar conhecimentos e ações significativas para seu enfrentamento. Vivenciamos uma tragédia social marcada por adoecimentos e mortes, um contexto de incertezas, riscos e implicações sociais muito variadas e complexas.

A covid19 é doença uma comum a todos e todas, que ataca indiscriminadamente todas as classes sociais. O pavio da pólvora do novo coronavírus percorreu a pirâmide social brasileira, desde o topo à sua base, ou seja, das elites e segmentos médios abastados, com poder aquisitivo para passar as férias na Europa, às populações periféricas, historicamente excluídas e marginalizadas, trabalhadores dos setores comerciais e de serviços das grandes cidades. Mas, a disseminação do vírus, bem como a relação entre os casos confirmados e a quantidade de óbitos, se relaciona a padrões socioeconômicos que amplia riscos e avul-

nerabilidade à contaminação e seus impactos e agravos. Assim, cabe considerar o poder econômico como marcador para se ter acesso qualitativo ou não as medidas sanitárias adequadas à prevenção da contaminação, incluso o isolamento ou distanciamento social, bem como de profilaxia da doença, e o acesso aos recursos e equipamentos de saúde, particularmente antes da evolução dos sintomas gripais para os sintomas inflamatórios.

A pandemia confirmou a gravidade da desigualdade social brasileira, em suas características e implicações. Desse modo, as classes trabalhadoras, não proprietárias de terra e capital, que mantêm os serviços das cidades funcionando, através de seu trabalho, e, nesse processo, amontoam-se e expõem-se ao vírus, nos equipamentos, espaços e veículos do sistema de transporte público, vivenciam um maior risco de contaminação e uma cadeia de disseminação do vírus para seus territórios, comunidades e famílias.

Neste momento de pandemia, em uma conjuntura onde se agravam os riscos, inseguranças e instabilidades que, infelizmente, estruturam o cotidiano nas periferias urbanas, em que o limite da vida na periferia novamente encontra-se mais uma vez à prova, é necessária ampla mobilização a favor da vida, em alerta contra as desigualdades e os cenários de precariedade e não assistência. Vivenciando este contexto, organizações e coletivos da sociedade civil criaram um Comitê Popular de Crise do Grande Bom Jardim para coordenar e integrar (I) ações de cobrança ao poder público, (II) reunir, produzir e disseminar informações à população local, (III) captar apoio e parcerias e realizar ações de apoio humanitário e solidário aos vulneráveis locais.

O CORONAVÍRUS NO MUNDO

Quase toda semana, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara um novo recorde na contabilidade da pandemia pelo novo coronavírus. Na segunda, 13 de julho, ao alcance do número de 13 milhões de contaminados no mundo e do aumento de 1 milhão em apenas 05 dias, o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom, declarou que a pandemia pode piorar muito se os países não aderirem às orientações sanitárias mais básicas: “Deixe-me ser franco, muitos países estão indo na direção errada, o vírus continua sendo o inimigo público número um” [...] Se o básico não for seguido, o único caminho dessa pandemia será ficar cada vez pior e pior e pior.”

Nesse contexto, queremos apresentar um breve panorama para circunscrever como, para efeito de comparação, esta crise adentra as periferias de Fortaleza e gera riscos e impactos que são potencializados pela permanência das desigualdades que temos desde muito tempo no Brasil. Os números dão conta da complexidade que o problema ganhou em nível global e como ele se disseminou muito além da China, seu epicentro. Em 23 de junho de 2020, 9.100.090 pessoas haviam sido infectadas em todo o mundo, com 472.216 pessoas mortas em razão da contaminação. Em 17 de julho de 2020, eram 13.837.395 pessoas infectadas em todo o mundo, com 7.738.819 casos recuperados, com 590.650 pessoas mortas em razão da contaminação.

Local	Confirmados	Casos a cada um milhão de pessoas	Casos recuperados	Mortes
 Global	13.837.395	1.780	7.738.819	590.650
 Estados Unidos	3.533.905	10.723	1.026.816	138.358
 Brasil	2.014.738	9.533	1.366.775	76.822
 Índia	1.003.832	738	635.757	25.602
 Rússia	759.203	5.174	539.373	12.123
 Perú	341.586	10.631	230.994	12.615
 Africa do Sul	324.221	5.516	165.591	4.669
 México	324.041	2.560	203.464	37.574

Local	Confirmados	Casos a cada um milhão de pessoas	Casos recuperados	Mortes
 Chile	323.698	16.941	295.301	7.290
 Reino Unido	292.552	4.404	<i>Não há dados</i>	45.119

Tabela 1 - Fonte Painel Google Coronavírus - dados globais e dos países - <https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&mid=/m/02j71&gl=BR&ceid=BR:pt-419>. Acesso em 17 de julho de 2020, às 13h.

Atualmente as Américas possuem mais 7 milhões de casos confirmados, a Europa quase 3 milhões, o Mediterrâneo Oriental 1,3 milhão, o Sudeste da Ásia 1,2 milhões, a África mais 523 mil casos e o 213 mil, na 27ª semana epidemiológica, conforme dados da Organização Mundial de Saúde. Os dados refletem imensas desigualdades e controles quase sempre não democráticos de acesso às informações. Desiguais porque não são todas as nações que possuem condições estruturais e serviços de saúde universais capazes de atender às suas populações.

Situation in numbers (by WHO Region)

Total (new cases in last 24 hours)

Globally	13 378 853 cases (226 181)	580 045 deaths (5 579)
Africa	523 403 cases (17 279)	8 819 deaths (172)
Americas	7 016 851 cases (132 700)	294 301 deaths (3 627)
Eastern Mediterranean	1 331 893 cases (14 815)	32 776 deaths (482)
Europe	2 987 256 cases (21 183)	205 006 deaths (552)
South-East Asia	1 268 923 cases (37 909)	31 297 deaths (727)
Western Pacific	249 786 cases (2 295)	7 833 deaths (19)

Figura 1 - Relatório Diário da situação da Covid19 no mundo. 16/07. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200716-covid-19-sitrep-178.pdf?sfvrsn=28ee165b_2

De maneira geral, os números ainda são crescentes no mundo, com uma certa estabilização na Europa e o deslocamento do epicentro da pandemia para os países do continente americano, sobretudo América Latina, com destaque para o Brasil, onde os números crescem vertiginosamente, e os EUA, onde o foco migrou de Nova Iorque para os estados da costa Oeste.

O DIFÍCIL CONTEXTO NO BRASIL

Já no início de junho, a América do Sul tornou-se epicentro da doença no mundo, sendo o Brasil o país mais afetado no continente e o segundo do mundo em número de mortes. Em 25 de julho de 2020, o Brasil sofreu 85.385 mortes e tem 2.348.200 casos confirmados.

A partir de março, mobilizam-se governadores, prefeitos e organizações e movimentos da sociedade civil para criar medidas de proteção e de controle sanitários, de mitigação e de contenção da transmissão, como também das repercussões sociais e econômicas que derivam da crise epidemiológica mundial. Porém, na contramão desse enfrentamento à Covid-19, e com base em uma agenda anticientífica, negacionista e autoritária, o Governo Federal não assume o papel de coordenação nacional do enfrentamento à pandemia no país, ataca governadores, dificulta a aquisição de equipamentos e de insumos hospitalares por governadores no mercado asiático, modula metodologicamente os dados, camuflando a realidade. Não concorda, publicamente, com as orientações científicas, médicas e sanitárias e da Organização Mundial da Saúde.

É possível perceber como o Brasil e os Estados Unidos adotaram posturas negacionistas e anticientíficas, coordenando poucos esforços para controlar o avanço da pandemia e seus efeitos em seus respectivos países, e se opondo, veementemente, a gestores estaduais e locais que implementavam medidas sanitárias de contenção da disseminação do vírus. Várias vezes de forma articulada e conjunta, implementaram, insistentemente, uma campanha para prescrição e administração de procedimentos clínicos medicamentosos, comprovadamente sem fundamentação científica para pacientes com covid19, com ordem de produção e de estoque dos medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina em larga escala, por exemplo¹.

Compõe esse quadro, no Brasil, uma dificuldade real para avaliar a prevalência do número de infectados e a letalidade e a mortalidade que o vírus causa. Particularmente porque essa política de Estado de não coordenação nacional, de menosprezo à pandemia e de opção prática pela imunidade de rebanho² deriva na subnotificação. Em um contexto em

1 Em junho, a OMS declarou que retirava os referidos medicamentos do quadro de recomendação para o tratamento da covid19, por não terem apresentado resultados satisfatórios para recuperação e remissão da doença, além de oferecerem sérios riscos de eventos cardíacos súbitos aos pacientes.

2 Governo Federal assumiu, na prática, a teoria da imunização de rebanho como política pública sanitária de Estado. Júlio Henrique Rosa Croda, médico infectologista do Instituto Butantã, que integrava até 24 de março a equipe do ex-ministro Mandetta, no Ministério da Saúde, diz que o termo imunidade de rebanho é utilizado em pesquisas de vacina para indicar uma das formas de controle e estagnação da capa-

que, desde janeiro de 2020, autoridades sanitárias chinesas alertavam o mundo acerca dos protocolos mais assertivos de enfrentamento, sendo dois deles a testagem em massa e o uso de máscaras por todas as pessoas, sintomáticas ou assintomáticas.

No início de junho, segundo o Ministério da Saúde, o Brasil tinha aplicado 930 mil testes para 500 mil casos, o que equivale dizer que para cada 02 testes aplicados 01 era positivo. Este índice sugere: a) o país testa muito pouco; b) testa quem é muito certo que esteja contaminado, paciente ou em leito de UTI ou pós morte no hospital. Segundo referências internacionais, o ideal é testar muito para detectar poucos positivos. Uma meta razoável, segundo epidemiologistas, é encontrar 01 positivo para cada 6 a 8 testes aplicados. Nesse sentido, todos os países com altos números de casos confirmados e de óbitos, tais como Estados Unidos, México, Rússia, Itália e Espanha realizaram testes na casa de milhões. Qualquer um destes países testou, em média, 50 mil por milhão de habitantes. Até junho, o Brasil só tinha realizado 4.300 testes por milhão de habitantes. Nesse contexto, cientistas especializados em microbiologia estimam que os casos de contaminação pelo novo coronavírus sejam, pelo menos, 7 vezes maiores que os números oficiais de casos.

Em julho, o Brasil ainda está bem atrás de outros países, com menor aplicação de teste por milhão de habitantes. Em julho, o Brasil teste em média 14 mil habitantes por milhão de habitantes, ficando atrás de países como Colômbia, Cuba, Uruguai, Peru, Itália, Portugal, Espanha. E mesmo em relação ao número total de testes aplicados, como mecanismo de conhecimento da real situação da contaminação do país para montar estratégias de assistência à saúde, o Brasil fica atrás de países como Peru, Itália, Espanha, Alemanha, Reino Unido e Rússia, ainda que esteja na liderança dos casos globais, junto com os Estados Unidos.

Em 17 de julho, Mike Ryan, diretor-executivo do Programa de Emergências da Organização Mundial da Saúde, destacou que o Brasil ainda está no meio da luta contra a pandemia, embora os números tenham alcançado uma estabilidade há mais de um mês, mas sem declínio da curva epidêmica e com ocorrência sustentada dos números de casos e de

cidade de transmissão de um vírus. Quando, em média, 60% da população é contaminada por um vírus, as pessoas contaminadas adquirem anticorpos e a corrente de transmissão é contida, interrompida. Entretanto, esta teoria é um desastre no entendimento sanitário, observa o epidemiologista. E assumir a teoria da Imunidade de Rebanho como uma política de Estado é um genocídio. Esta teoria não é uma estratégia de saúde pública a ser seguida, completa o médico. A imunização de rebanho não é homogênea e nem muito menos democrática. A escala da morte segue a mesma escala da desigualdade social histórica de uma nação. Os resultados da imunização de rebanho são, dessa forma, uma tragédia social, sendo os pobres que mais adoecem e morrem, atualmente na casa de dezenas de milhares de mortes.

mortes. Ryan afirmou que em alguns países, incluindo o Brasil, o vírus assumiu o comando. E para mudar o cenário, o Brasil precisaria de uma ação contínua e coordenada. Frisou ele que não há absolutamente garantia alguma de que os registros passem a cair sozinhos.

O Brasil iniciou a reabertura ainda na curva ascendente. Itália e Espanha, por exemplo, esperaram 60 dias na queda do número de casos para iniciar flexibilização. A situação dos Estados Unidos é um exemplo do desastre que pode ser gerado com a reabertura precoce. No Brasil, dentre os Estados, Santa Catarina e São Paulo são exemplos claros de que a reabertura antecipada pode ser um erro. Santa Catarina, um dos primeiros Estados a decretar o fim do instrumento sanitário do isolamento social, chegou a mais de 46 mil casos confirmados, sendo 2,2 mil em 24 horas, com 534 óbitos, em 14 de julho. No Estado, a capital Florianópolis, fez reabertura e tem tido aumento do número de casos e de mortes, tendo que voltar a restringir abertura e flexibilização. O Estado de São Paulo passa por uma situação mais grave em relação ao impacto negativo do plano de retomada da economia. Em meados de julho, o Estado, com mais de 386 mil casos confirmados, tem mais de 18 mil mortes por covid19, atingindo uma média móvel de 264 óbitos dia. Com previsão pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), pela Universidade de São Paulo (USP) e pelo Instituto Butantã de atingir 350 mortes dia e transmissão ativa até novembro ou dezembro, como afirma Dimas Tadeu Covas, médico do centro de contingência do Estado de São Paulo e diretor do Instituto. E, enquanto isto, o Estado segue um plano de retomada da economia, incluindo planejamento de retorno de aulas presenciais para o ensino superior.

Em síntese, o Brasil tem recorde em subnotificação, alto número de casos por dia, grande número de casos confirmados, ocupando o segundo lugar no ranking em mortes por covid19 no mundo, e faz flexibilização. Quanto maior a resistência aos protocolos sanitários rígidos maior será o tempo em que o país viverá a curva epidêmico em platô e maior será o número de óbitos.

No final do mês de junho, o Tribunal de Contas da União (TCU) aprovou por unanimidade a emissão de um alerta ao governo em relação à falta de diretrizes estratégicas para combater a pandemia do novo coronavírus. O colegiado de ministros do órgão instaurou processo para acompanhar as ações da União no combate a Covid-19. A decisão do colegiado tomou em consideração e base o relatório emitido pelo ministro Vital do Rego, que apontou que há falta de gerenciamento de risco e ausência de profissionais da área da saúde atuando para mitigar a disseminação da doença. Nesse alerta do TCU foram feitas

recomendações ao governo federal, sobre as quais Vital do Rego considerou que estas são um “desabafo e um alerta” em relação à condução da crise pelo governo federal:

“Não existe modelo de risco. Antes de cada projeto, tem que saber o risco de dar errado. Não vou ficar falando aqui da cloroquina quando dois meses depois todos estudos apontam o contrário. Tenho que falar dentro de um modelo de risco capaz de dizer: ‘ preciso fazer lockdown aqui para achatar a curva acolá.’ (No Brasil) Não existe modelo nenhum”, criticou. Vital do Rego.

Ministro do próprio TCU, órgão responsável pelo controle de contas da união e da presidência, relatou “profundas dificuldades” de acessar informações junto ao governo federal. No documento, TCU determina que a Presidência divulgue dentro de 15 dias as atas de reunião do Comitê de Crise e do Centro de Coordenação de Operações do Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 (CCOP). O órgão ainda observa a ausência de ministro titular da saúde e a presença de interino sem formação acadêmica na área da saúde na pasta, e recomenda a inclusão de representantes de coletivos da área médica e científica e de gestores estaduais da saúde no referido comitê.

Enquanto o país tem mais de 1 mil mortes dia por covid19, em quase dois meses consecutivos, e com mais de 2 milhões de contaminados, o TCU constatou que o Ministério da Saúde executou menos de 1/3, cerca de 29%, dos 38,9 bilhões de reais destinados para o combate à pandemia no país, até final de junho. O montante total estava provisionado a ser executado com repasse de 16 bilhões a Fundos Municipais de Saúde; com repasse de 9,9 bilhões a Fundos Estaduais de Saúde; com ações diretas do Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos, de EPI’s e de insumos médicos e hospitalares; e com 542 milhões para aquisição de material importado. O relatório aponta ainda a falta de critérios epidemiológicos para a execução dos recursos, citando, como exemplos, os repasses para os Estados do Pará e do Rio de Janeiro. Mesmo estes Estados tendo registrado as maiores taxas de mortalidade por covid19, foram os que menos receberam recursos federais per capita para o combate à pandemia. Até dia 21 de julho, o Ministério da Saúde havia executado menos da metade do montante total disponível.

Em meados de junho, o Brasil passou à cifra de 1.111.348 de casos confirmados e mais de 51 mil pessoas morreram em razão da pandemia. A situação brasileira é de desespero e suas tendências epidemiológicas incertas, dada a negligência e a omissão intencional do governo federal na coordenação da crise sanitária. No entanto, o cenário desenhado por especialistas aponta para uma certa estabilização da curva epidêmica. Com isso, justifica-se

a abertura das atividades econômicas, a despeito de consideráveis taxas de transmissão que mantêm sustentada a demanda por atendimento nas unidades primárias, secundárias e terciárias de saúde em todo o país, mantendo sustentado o platô da curva epidêmica.

Os gestores flexibilizam as medidas sanitárias de isolamento social, não tanto pela redução da curva epidêmica, mas pela estimativa de que haverá leito suficiente disponível para atender as pessoas contaminadas, mesmo cientes de que as taxas de mortalidade, de letalidade e de morbidade da doença se manteriam razoavelmente elevadas. Ou seja, uma decisão de gestão que mais se assemelha ao jogo de roleta russa em nome da retomada da economia. E o surto epidêmico no Brasil pelo novo coronavírus seguiu nos meses de junho e julho em franco processo de interiorização com cenários de crescimento em Estados da federação que ainda não tinham visto seus números despontarem. O surto pandêmico no Brasil não tem uma homogeneidade territorial.

Em junho, o país atingiu o patamar de 1 milhão de pessoas contaminadas. Este acumulado levou 4 meses para ser atingido, considerando o paciente marco zero da doença sido registrado em 26 de fevereiro. No entanto, de junho para julho, em menos de 01 mês, o país dobrou este número, atingindo 2 milhões de contaminados.

Casos acumulados de COVID-19 por Semana Epidemiológica de notificação:

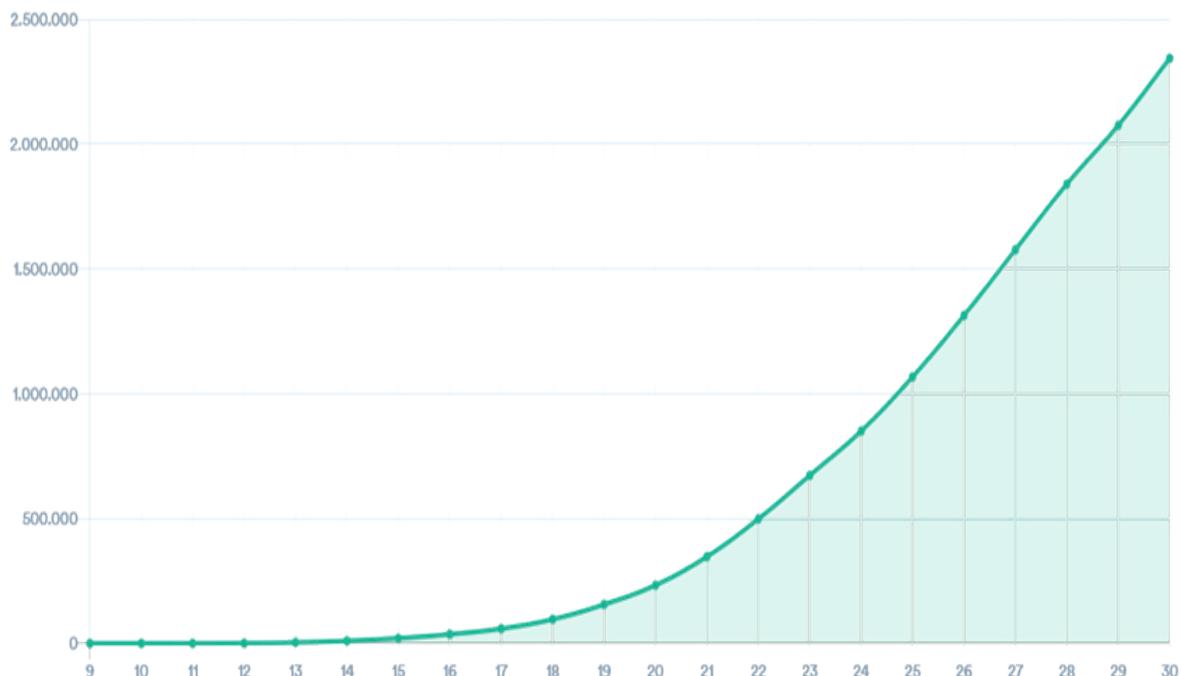


Figura 2 - Casos acumulados de COVID-19. Fonte: <https://covid.saude.gov.br/>

O número de novos casos não para de crescer porque os índices de isolamento social têm decaído em todo o país desde final de maio, quando os gestores deram início a implementação dos planos de reabertura dos setores produtivos, impactando negativamente os índices de isolamento social. Para atingir um teto máximo, o chamado platô na curva epidêmica, e, conseqüentemente, declínio na curva, o isolamento social deve estar alto. Caso contrário, apenas será atingido o teto e se manterá uma média móvel elevada dos óbitos, como o país vem registrando desde final de maio e início de junho, com uma média de 1 mil mortes dia.

Deve ser notada, pelos dados da Tabela abaixo, a disparidade de condições objetivas para atenção e os cuidados em saúde da população. Norte e nordeste apresentam mais dificuldades de obtenção de leitos de UTI, fazendo um grande esforço de emergência para habilitar unidades. E mais grave é a disposição desigual de profissionais médicos no território nacional. O sudeste e o Distrito Federal acabaram por concentrar a formação e o oferta destes profissionais. No Ceará a razão é de 1,6 profissionais por 1000 habitantes, metade do contexto de São e Rio de Janeiro, e três vezes menos do que o Distrito Federal. Ainda que houvesse imenso esforço para dispor de estrutura hospitalar e equipamentos complexos de terapia intensiva, faltariam profissionais.

Desse modo, temos o quadro grave de disseminação da pandemia e seus efeitos sociais, econômicos em saúde, com um rastro de letalidade poucas vezes visto, impactando as populações mais pobres e vulneráveis no Brasil. Rapidamente o Ceará em si, ultrapassou os dados do epicentro da pandemia no mundo, a China. O Ceará, atualmente, possui mais casos do que as regiões Sul e/ou Centro-Oeste, de igual modo chama atenção os óbitos. Fortaleza e o Ceará apresentam dados que ultrapassam regiões e a soma de outros estados. Ainda que comparações como estas não sejam de todo adequadas pela ausência de testes, pela ausência de confiança nas informações ou na disponibilização irregular de dados por parte alguns estados. O fato é apenas para compreender a extensão que o problema ganha no Estado e, de modo particular, na sua capital, com impactos maiores nas periferias.

Dados de comparação:

UF	Qt Populacao Tcu 2019	Leitos locados	UTI	Leitos UTI habi- litados	UTI adulto SUS	Uti adulto não SUS	Médico por hab - razão por 1000/hab	Teste	Razão 100
São Paulo	45919049	30	1660	310	1015	645	3.20	602384	131.183.901
Rio de Janeiro	17264943	10	293	261	206	87	3.70	150441	87.136.691

UF	Qt Populacao	Leitos	UTI	Leitos	UTI	Uti	Médico por	Teste	Razão 100
	Tcu 2019	locados		UTI habi- litados	adulto SUS	adulto não SUS	hab - razão por 1000/hab		
Ceará	9132078	20	1002	402	630	372	1.65	257484	281.955.542
Pará	8602865	10	432	167	269	163	1.07	108633	126.275.375
Maranhão	7075181	20	682	238	413	269	1.08	151456	214.066.608
Amazonas	4144597	10	78	32	44	34	1.30	155783	375.870.079
Pernambuco	9557071	10	536	145	372	164	2.20	107878	112.877.680
Bahia	14873064	40	1573	265	869	704	1.64	209217	140.668.392
Paraíba	4018127	10	591	273	208	383	2.04	122671	305.293.984
Espírito Santo	4018650	10	804	165	406	398	2.75	98468	245.027.559
Distrito Fe- deral	3015268	10	997	185	261	736	5.11	250126	829.531.571
Alagoas	3337357	10	426	154	315	111	1.58	72426	217.016.040
Minas Gerais	21168791						2.66	92453	43.674.199
Amapá	845731	10	450	194	356	94	1.19	49699	587.645.481
Rio Grande do Sul	11377239	40	4008	540	1247	2761	2.89	140035	123.083.465
Rio Grande do Norte	3506853	30	2444	473	1656	788	1.92	60304	171.960.444
Sergipe	2298696	20	1064	372	760	304	1.90	44299	192.713.608
Santa Cata- rina	7164788	10	25	0	17	8	2.64	90752	126.663.901
Rondônia	1777225	10	526	156	306	220	1.78	65452	368.282.013
Piauí	3273227	20	1647	360	1026	621	1.60	102496	313.134.408
Acre	881935	10	58	30	43	15	1.20	29858	338.551.027
Paraná	11433957	20	661	336	400	261	2.49	92772	81.137.265
Goiás	7018354	20	1200	159	675	525	2.28	48945	69.738.574
Tocantins	1572866	10	295	54	200	95	2.01	19882	126.406.191
Roraima	605761	10	285	61	213	72	1.61	22474	371.004.406
Mato Grosso	3484466						1.91	17974	51.583.227
Mato Grosso do Sul	2778986	50	3151	75	2068	1083	2.36	39409	141.810.718

Tabela 3 - Tabela Geral de Incidência, Óbitos, UTI, Médicos e Testes Brasil. Dados do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

O DIFÍCIL CONTEXTO DA PANDEMIA NO BRASIL, NO CEARÁ E EM FORTALEZA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS PERIFERIAS

No Brasil, os primeiros Estados a sentirem o surto epidêmico foram os que detêm considerável infraestrutura aeroportuária e portuária, com intenso fluxo de mobilidade no circuito internacional, no turismo ou no mercado internacional de negócios. Sequencialmente o surto tem se espalhado para o interior e para regiões centrais do país. Rapidamente o Brasil se torna um país com alta incidência de contaminação por COVID19, exatamente pelos fluxos comerciais, turísticos e culturais que o país possui com todo o mundo, particularmente com a Europa e a EUA. E o Estado do Ceará, por ter rota central para estes fluxos, passou a ter, junto com outros Estados do norte e nordeste, além de São Paulo e Rio de Janeiro, a concentração das maiores taxas de incidência na primeira onda de contaminação. Registre-se também, que dada a grande subnotificação e a descoordenação de esforços federais, estes estados realizaram mais testes do que a média nacional, com exceção do Rio de Janeiro.

A Figura 3 abaixo evidencia como o quadro se agrava nas regiões mais pobres do país. O norte e o nordeste detêm as maiores incidências de contaminação e taxas de mortalidade. Especial atenção merece a situação do norte do país. Que possui uma incidência de quase 1874,4 por 100 mil habitantes, com taxa de mortalidade que gira em torno de 59,2. Atrás está o Nordeste, com incidência de 1196,0 e mortalidade por 100 mil de 43,6. As taxas da região nordeste melhoraram nas últimas semanas, depois de semanas muito próximas das verificadas pelo norte. Esse quadro pode ser também pela pressão que os números do centro-oeste e sudeste. Em parte, os números do norte e do nordeste podem ser explicados pelas condições sanitárias, a imensa desigualdade e a insalubridade das condições de vida em centros urbanos, com uma rede de saúde em crise e sem condições de atendimento, a situação de agrava. Chama atenção a situação dos povos indígenas que enfrentam um conjunto de risco, taxas altas de infecção e a ausência completa de políticas de proteção e cuidado.

Síntese Geral por região				
	Casos	Óbitos	Incidência/100mil hab	Mortalidade/100mil hab
Centro-Oeste	168.857	3560	1036,1	21,8
Sul	149580	3104	499,0	10,4
Norte	345465	10911	1874,4	59,2
Nordeste	683049	24902	1196,8	43,6
Sudeste	699377	35374	791,4	40,0
Brasil	2.046.328	77851	973,8	37,0

Figura 3 - Quadro geral de incidência COVID19 Brasil - 26ª semana epidemiológica. Dados do Ministério da Saúde, a partir da consolidação das Secretarias Estaduais. <https://covid.saude.gov.br/>. Coleta em 17/07/2020, às 20:35h.

No Nordeste, na dianteira está o estado do Ceará, com números absolutos e taxas preocupantes. O Ceará desponta, com o Amazonas, como um dos estados com maior taxa de mortalidade em razão da COVID19, de igual modo divide com São Paulo e Rio de Janeiro os números absolutos de óbitos e casos. Entre as medidas que merece destaca é seu esforço, ainda não necessariamente expressivo para testagem, mas com razões e taxas maiores do que estados mais ricos como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e outros.

A COVID19 ganhou rápida expansão em solo cearense, afetando parcela significativa de sua população com danos mais acentuados nos territórios de periferia, como se verá adiante, a partir da análise do contexto de Fortaleza e da região do Grande Bom Jardim em particular. Conhecer as condições socioeconômicas, ambientais, de moradia, de acesso à rede pública de saúde, ao diagnóstico adequado e a rápida e adequada à assistência em saúde talvez respondam, em razão da ausência dessas condições, como os bairros mais pobres foram e estão sendo severamente impactados.

No Ceará já ultrapassamos o número de mortes por covid19 de Wuhan e Hubei, respectivamente, com 3.869 e 4.512, duas regiões da China, que são a origem e o primeiro epicentro mundial. O Ceará é o segundo do país quanto ao número de casos confirmados, com 137.206 pessoas contaminadas, ficando atrás somente de São Paulo, e o terceiro lugar do país no ranking de óbitos, com 6.947 mortes, ficando atrás de São Paulo e do Rio de Janeiro. Em 12 de julho, a incidência da doença no Estado é de 1.497,9 pessoas por 100 mil habitantes, bem maior que a do Estado de São Paulo, com 810,1 pessoas por 100 mil

habitantes. E a cidade de Fortaleza concentra, em média, 67% das mortes do Estado. Nesse contexto, a curva ascendente do espalhamento do vírus e da incidência da doença tem se concentrado e afetado com mais severidade as áreas de periferia e os grupos excluídos e minorias sociais.

De fato, a projeção exponencial como a contaminação pelo novo coronavírus chegou a Fortaleza e foi ganhando as proporções que colocaram a cidade de forma tão duradoura como pauta no país, encabeçando junto com as cidades de São Paulo, do Rio de Janeiro, do Recife e de Manaus o ranking nacional em número de casos e de óbitos.

A epidemia se agudiza nas periferias porque nelas se revelam os efeitos mais cruéis das desigualdades que estruturam nossa sociedade, renitentemente, escondida e negada pelas elites, mas, agora, evidenciada pelo rastro de morte e vulnerabilidade que os pobres se encontram. As periferias, as pessoas que nelas residem, estão diante de uma ameaça sanitária potencializada pelas situações de pobreza, de miséria, de injustiça, de desigualdade e de desequilíbrio na distribuição e oferta das infraestruturas, equipamentos, serviços e políticas públicas que afetam parte considerável da população da cidade de Fortaleza.

As periferias de Fortaleza, e particularmente o Grande Bom Jardim, têm lutado para enfrentar a necropolítica, em que, cultural e historicamente, por lógicas econômicas e das relações de poder, as pessoas, gestores e instituições aprendem a banalizar e naturalizar a morte por fome, miséria, desigualdade, exclusão social, injustiça. Este projeto tem sido muito presente, nos últimos anos, sobretudo, se considerarmos a violência criminal e a violência institucional. Um exemplo são as políticas de segurança pública e da justiça criminal que não têm sido implantadas para, mas impetradas contra os mais pobres, os pardos e os negros. Com a pandemia do novo coronavírus, as pessoas estão naturalizando, também, a morte por covid19, em nome da retomada da economia.

A ideia inculcada culturalmente da urgência pela produção econômica tem a consequência social da naturalização dos fatos. Por isso, “o normal” passa a ser a retomada da economia, a despeito dos leitos lotados e do risco iminente à morte, pois nem a ciência sabe explicar as condições que predispõem certas pessoas, e outras não, à fase grave da Covid-19. Trata-se da naturalização da exclusão, da desigualdade, da pobreza, da fome, da violência criminal, da violência institucional, e, agora, da covid19 e de seus efeitos mais trágicos e perversos.

Assim como a morte por crime violento letal intencional tem endereço e CPF, a morte

por covid19 também. Levantamentos governamentais revelam que os riscos de contágio pelo novo coronavírus aumentam dependendo do endereço, e os óbitos por covid19 estão concentrados em regiões com habitações e infraestrutura urbana precárias, que não permitem o distanciamento físico necessário entre moradores coabitantes e a higienização adequada. São nessas áreas da cidade que vive a maioria dos negros e pardos. Cabendo lembrar que os negros e pardos compõem, em média, 51% da população brasileira e 70% da população do território Grande Bom Jardim, segundo o Censo 2010 do IBGE.

De acordo com pesquisa do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Política e Cultura da Universidade Federal do Ceará (LEPEC/UFC), as Regionais I, III e V de Fortaleza são as que menos cumpriram o isolamento social na Capital. Questões culturais, comportamentais e de renda têm influência na maneira como os bairros da Capital vivenciam o isolamento, apontam analistas. A pesquisa ouviu 2 mil pessoas, entre 08 e 11 de abril. Os bairros de menor renda, como os do território Grande Bom Jardim, são mais propícios ao descumprimento do isolamento social, “pela ausência de infraestrutura satisfatória de habitação e necessidade de trabalhar”, diz a pesquisa. Segundo a percepção dos participantes, 63,7% dos moradores da regional V afirmaram que a vizinhança ignora o isolamento social. Em contraponto, A regional II é o local que mais tem respeitado a medida com 73,3%, seguido pela IV, com 58,9%. No início da pandemia, alguns bairros destas regionais – II e IV – foram os epicentros na capital, tais como Meireles, Aldeota e bairro de Fátima. Mas, com baixa taxa de evolução para óbito por número de casos confirmados, se comparados a outros bairros, das regionais I e V.

Vejamos quadro comparativo, com base na 29ª semana epidemiológica e em estudo socioeconômico por bairro de Fortaleza:

Bairros	SER	Renda Média Bairro	Índice de Desen- volvimento Huma- no por Bairro	Casos Confirma- dos	Evolução para óbito
Aldeota	II	2.901.57	0,867	1.344	52
Meireles	II	3.659.54	0,953	1.574	61
Dionísio Torres	II	2.707.35	0,867	374	19
B. de Fátima	IV	1.756.11	0,694	530	35
Barra do Ceará	I	398.61	0,216	938	121

Bairros	SER	Renda Média Bairro	Índice de Desenvolvimento Humano por Bairro	Casos Confirmados	Evolução para óbito
Bom Jardim	V	349.75	0,195	612	63
Granja Lisboa	V	341.36	0,170	346	88
Granja Portugal	V	334.83	0,190	455	58
Canindezinho	V	325.47	0,136	243	42
Siqueira	V	326.8	0,149	318	44

Fontes: Boletim Epidemiológico de Fortaleza/Prefeitura Municipal de Fortaleza; Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico de Fortaleza com base nos dados do Censo Demográfico 2010/ Perfil Municipal de Fortaleza. Tema VII: Distribuição Espacial da Renda Pessoal, do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE).

Pesquisadores têm constatado que quanto maiores são a renda e o Índice de Desenvolvimento Humano por bairro, menor o número de óbitos. Tomando os dados do boletim epidemiológico da Prefeitura Municipal de Fortaleza, referentes a 29ª semana epidêmica de Fortaleza, comparemos, então, os dados dos bairros Meireles e Granja Lisboa, como exemplo. Meireles tem o melhor IDH Bairro da cidade (0,953), e é o bairro mais rico da cidade, com renda média de R\$ 3.659.54, e foi o primeiro epicentro da pandemia em Fortaleza, tendo um dos maiores números de casos de covid19 da Capital (1.574), com 61 óbitos e taxa de letalidade – evolução para óbito por casos confirmados – é de 3,8%. Do outro lado da cidade, Granja Lisboa (0,170) ocupa a 8ª posição entre 10 os piores IDH bairro de Fortaleza, entre os dez mais pobres da cidade, com renda média de R\$ 341.36, também foi um dos epicentros de infestação do novo coronavírus na cidade, tem bem menos da metade (346) dos casos do Meireles (1.574), mas apresenta maior número de mortes (88) que o bairro Meireles (61). Assim, na Granja Lisboa o percentual de letalidade atinge 25,4%; uma taxa de letalidade quase sete vezes maior. Revela-se, assim, uma situação em que é inadmissível as gestões públicas estadual e municipal não estabelecerem como prioridade a atuação emergencial nesse território periférico.

Outro exemplo que demonstra a relevância da desigualdade social como vetor de espalhamento espacial do novo coronavírus em Fortaleza é na correlação entre números de casos e evolução para óbito dos bairros Meireles, da SER II, e Barra do Ceará, SER I, ambos no litoral da Capital, mas de mundos sociais e econômicos diferentes. O bairro Barra do Ceará, com 0,216 no Índice de Desenvolvimento Humano por Bairro, registrou, na 29ª semana do Boletim Epidemiológico da Prefeitura Municipal de Fortaleza, um total de 938

casos confirmados e 121 evoluções para óbito.

O bairro Meireles, com 1.574 casos, registrou mais de 600 casos a mais que os registrados no bairro Barra do Ceará (938), no entanto, teve a metade (61) do total de óbitos registrados no bairro Barra do Ceará (121). Portanto, podemos concluir que as variáveis sociais relacionadas ao IDH representam a diferença entre a vida e a morte, garantindo, ou não, o poder e a capacidade de isolamento social adequado e de rápidos acessos ao tratamento profilático da doença e evitando a evolução para o óbito.

O surto pandêmico em Fortaleza, ao mesmo tempo em que repetiu processos vividos em outras partes do país e do mundo, trouxe à tona elementos históricos da profunda e inegável desigualdade estrutural em termos de moradia digna, infraestrutura relacionada à moradia, raça/etnia, nível de escolaridade e de analfabetismo, segregação socioespacial das periferias urbanas, acesso aos meios de saúde, à renda e ao saneamento básico.

O Ceará foi um dos primeiros Estados do Brasil a estabelecer medidas sanitárias de enfrentamento à pandemia. Na ocasião, outros Estados também implementaram medidas, gerando despeita e contrariedade no governo federal. O presidente, ressentido, acusava governadores de conflitos quanto à competência administrativa, assumindo responsabilidades administrativas que, segundo ele, seriam do governo federal. Desse modo, o início da pandemia no Brasil foi marcado por conflitos entre o governo federal e governadores. No Ceará, por exemplo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apenas passou a realizar barreira sanitária no Aeroporto Internacional Pinto Martins por força de ordem judicial, por ação impetrada pela justiça federal do Ceará, em caráter liminar e de urgência, ação movida pelo governo do Estado. Em 16 de março o governo do Ceará solicitou à ANVISA e à Agência Nacional de Aviação Civil a suspensão de voos internacionais para o Ceará. Não houve resposta formal à solicitação.

O primeiro decreto de enfrentamento à pandemia do Estado do Ceará, de número 33.510/2020, foi emitido em 16 de março, decretando a situação de emergência em saúde, dispondo medidas sanitárias para o enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. Seguindo recomendações sanitárias internacionais e alinhado às orientações e protocolos do Ministério da Saúde, em 19 de março, através do decreto, número 33.519/2020, o Ceará decretou medidas de isolamento social. Em 03 de abril, a Assembleia Legislativa do Ceará decretou Estado de calamidade pública por conta da pandemia, um

dispositivo constitucional que abona e isenta o governo de ônus de atos de improbidade administrativa, com afrouxamento de regras fiscais rígidas, dando maior agilidade na execução administrativa na aquisição de equipamentos e de insumos hospitalares e em contratações de pessoal.

Em 05 de maio, o governo do Estado e a prefeitura de Fortaleza instituíram o isolamento social rígido, instrumento sanitário internacionalmente conhecido por lockdown, respectivamente, por meio dos decretos, estadual, número, 33.574/2020, e municipal, número, 14.663/2020. Inicialmente, em Fortaleza, o prazo do lockdown seria até 20 de maio, mas este foi prorrogado até o dia 31 de maio.

E a partir deste marco, embora estando ainda em validade legal o isolamento social, Fortaleza deu início ao plano de retomada da economia, mesmo recebendo recomendações contrárias de importantes comitês acadêmico e científico, que avaliavam necessidade de aditivo de prazo para a medida de isolamento social rígido em Fortaleza por cautela e precaução.

Em carta aberta publicada em 27 de maio, o Comitê de Enfrentamento à Covid19 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, posiciona-se sobre a importância da manutenção do distanciamento social intensificado no Estado. Embora a instância reconheça os esforços institucionais empreendidos pelo poder público estadual e das prefeituras do Estado no enfrentamento conjunto e articulado. Foi possível constatar uma redução sustentada de 30% na demanda por atendimento nas Unidades da Atenção Primária à Saúde (UAPS's) e, numa menor escala, na pressão por atendimento nas unidades de Pronto-Atendimento (UPA's) por pacientes com sintomas gripais por covid19 e com processos inflamatórios em consequência da moléstia. Porém, caberia avaliar que a adesão ao isolamento social em alguns bairros, notadamente, nos bairros periféricos não havia sido o ideal para assegurar a contenção do espalhamento na capital. Ademais, e, sobretudo, em 27 de maio, véspera do término do decreto de isolamento social rígido, a ocupação dos leitos em Unidades de Terapia Intensiva e em enfermarias, em Fortaleza, eram, respectivamente, de 93% e de 86%, ratifica o documento. A Carta reitera ainda que o coeficiente de incidência da infestação na cidade era de 78 casos para 10 mil habitantes, e o coeficiente de letalidade era de 8,6%.

Em 25 de maio, a Universidade Federal de Pelotas, do Rio Grande do Sul, divulgou resultados de pesquisa sobre estimativas de prevalência de anticorpos para o novo coronavírus em Fortaleza. Segundo a pesquisa, estimava-se uma prevalência de anticorpos anti-

-SARS-CoV2 de 8,7% da população, o que equivalia, aproximadamente, a 230 mil habitantes, o que se apontava ainda consistente o quantitativo de pessoas suscetíveis à infecção.

Em primeiro de junho, no início do plano de reabertura e retomada da economia, segundo a plataforma Integrasus, o Ceará tinha 50.504 mil casos confirmados e 3.188 óbitos por covid19. Pouco mais de um mês depois, no início da 4ª fase do plano de retomada da economia na capital, em 19 de julho, o Estado apresenta um aumento de quase 200% no número de casos confirmados e mais de 100% no número de óbitos, passando, respectivamente, para 146.972 casos confirmados e 7.178 mortes por covid19.

O comitê científico nordeste, no Boletim 08, publicado em 01 de junho, apresentou uma matriz de risco objetiva para adoção de lockdown e reabertura, considerando que o pico da epidemia da Covid-19 não havia sido atingido em nenhum Estado da Região Nordeste. Nessa matriz, mantinha a posição de que ainda não era o momento propício para flexibilizar as medidas de isolamento social. No caso específico das capitais do Nordeste, incluindo na lista a cidade de Fortaleza, tanto os casos quanto os óbitos continuavam dobrando num período entre 7 e 15 dias, a denominada média móvel.

Depois de um tempo o que se verificou foi a difusão dos casos para as demais regionais da cidade. O número de óbitos seguiu a mesma dinâmica, mas com visíveis diferenças nas taxas de letalidade, penalizando as regionais e bairros periféricos de uma forma mais grave.

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS COVID19 CONFIRMADOS POR REGIONAL DE FORTALEZA										
REGIONAL	27/04	29/05	12/06	19/06	26/06	03/07	10/07	17/07	24/07	31/07
1	530	2.260	3.367	3.621	3.852	4.000	3.973	4.349	4.559	4.696
2	1.360	4.416	6.152	6.763	7.317	7.641	7.563	8.280	8.684	8.887
3	429	2.153	3.197	3.476	3.729	3.861	3.760	4.140	4.286	4.421
4	428	1.978	2.905	3.154	3.414	3.621	3.567	3.953	4.188	4.340
5	525	2.843	4.280	4.689	5.055	5.323	5.025	5.780	6.046	6.222
6	828	3.579	5.284	5.773	6.169	6.438	6.262	6.983	7.286	7.529
Outros/Ignorados	844	4160	4.945	4.946	5.043	5.215	5.151	5.445	5.854	6.080
FORTALEZA	4.944	21.389	30.130	32.422	34.579	36.099	35.301	38.930	40.903	42.175

Tabela produzida a partir dos dados dos Boletins Epidemiológicos da Prefeitura de Fortaleza. Produção própria.
Fonte: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>

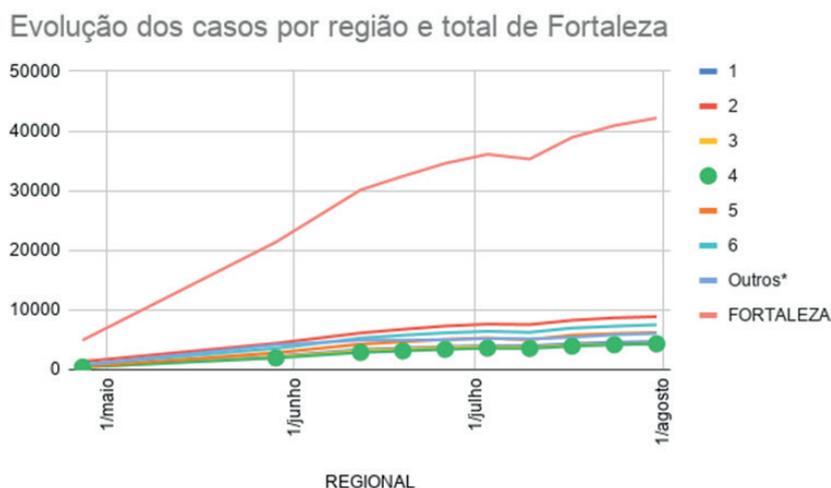


Figura 4 - Gráfico produzido a partir dos dados dos Boletins Epidemiológicos da Prefeitura de Fortaleza. Produção própria. Fonte: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>

A Regional 2, onde se localizam Aldeota e Meireles, epicentro no início da pandemia, permanece ao longo dos meses como possuindo o maior número de casos. Isto indica maior acesso a testagem para confirmação de Covid19, já que o perfil de renda da população desses bairros permite acesso a rede privada de saúde, enquanto que nas demais regionais, sobretudo na 1, 5 e 6, o acesso aos testes é quase exclusivo via rede pública de saúde (SUS). A política de testagem adotada na rede pública foi só realizar a testagem em grupos de risco e em pacientes sintomáticos que procuravam as Unidades Básicas de Saúde e sobretudo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e hospitais públicos.

A Regional 5, onde se localiza o Grande Bom Jardim, avança da quarta posição em número de casos no final de abril para a terceira posição em junho, ficando atrás das Regionais 2 e 6 (Grande Messejana).

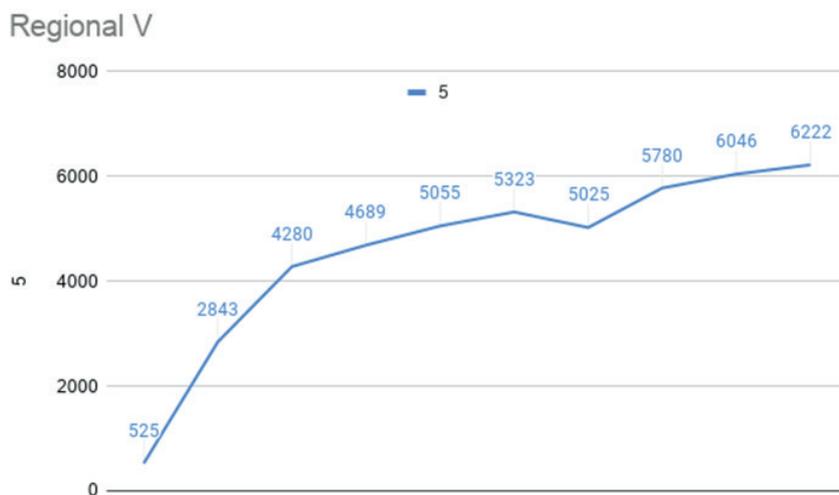


Figura 5 - Gráfico produzido a partir dos dados dos Boletins Epidemiológicos da Prefeitura de Fortaleza. Produção própria.

ção própria. Fonte: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>

Quando analisamos a evolução dos óbitos algumas conclusões podem ser tiradas. A Regional 2, epicentro da pandemia, como já dissemos, e que lidera o número de casos até hoje, por conta da grande testagem na Aldeota e Meireles, é sucessivamente ultrapassada em número de óbitos pelas Regionais 1 e 5, em maio, e depois também pela Regional 6, em junho. Além disso, o elevado número de óbitos da regional 2, é devido não à Aldeota e Meireles, mas a Vicente Pinzon, Centro e Cais do Porto, como ficará claro na análise dos bairros a seguir.

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR COVID19 CONFIRMADOS POR REGIONAL DE FORTALEZA											
REGIONAL\DATA	27/04	13/05	29/05	12/06	19/06	26/06	03/07	10/07	17/07	24/07	31/07
1	67	232	425	599	644	657	677	694	708	715	716
2	81	190	373	471	507	531	552	568	583	595	601
3	37	157	314	454	473	494	512	523	530	537	542
4	34	107	231	324	356	385	404	415	423	429	433
5	50	193	469	649	696	726	760	779	797	809	825
6	49	142	301	465	504	550	575	598	611	629	641
Outros	0	3	7	4	7	4	3	4	3	3	3
FORTALEZA	318	1024	2120	2.966	3.187	3.347	3.483	3.581	3.655	3.717	3.761

Tabela produzida a partir dos dados dos Boletins Epidemiológicos da Prefeitura de Fortaleza. Produção própria. Fonte: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>

Detalhando e aprofundando a análise da cidade em termos de bairros, vejamos o que ocorre nesse período em termos de casos e óbitos confirmados, segundo os boletins epidemiológicos da Secretaria Municipal de Saúde.

Na Regional 1, despontam em termos de elevados número de casos os bairros Barra do Ceará, Vila Velha e Jacarecanga, que ultrapassa em junho Cristo Redentor. Já em termos de elevados número de óbitos, Barra do Ceará, Vila Velha e Cristo Redentor se consolidam nesta triste liderança desde o final de maio.

Na Regional 2, o ranking de casos traz sempre Meireles e Aldeota inalcançáveis na primeira e segunda posições enquanto a terceira posição é ocupada ora por Cocó, ora por

Vicente Pinzon em abril e maio, os quais são ultrapassados pelo Centro em junho. Quando se trata de óbitos, quem assume a liderança disparada desde o final de abril é o Vicente Pinzon. Aldeota estabiliza o número de mortos e some das primeiras posições em junho, enquanto Meireles, líder em número de casos, ocupa apenas a terceira posição em óbitos em junho, depois do Centro, terceiro em número de casos mas segundo em número de óbitos.

Na Regional 3, os bairros que despontam e se consolidam em elevados números de casos são Antônio Bezerra, Henrique Jorge e Quintino Cunha. Até o início de maio também aparecem Pici, Parquelândia, Rodolfo Teófilo e Jóquei Clube, mas a evolução do número de casos os deixa para trás. Em termos de óbitos 4 bairros se destacam, alternando posições de liderança: Quintino Cunha, Antônio Bezerra, Bom Sucesso e Pici.

Na Regional 4, Fátima, Montese e Parangaba são os que se destacam em número de casos. Além desses 3, os elevados números de óbitos nessa Regional também incluem Serriinha e Vila União que acabam tirando Fátima da lista dos primeiros em número de óbitos.

Na Regional 5, em abril e maio, em elevado número de casos estão Prefeito José Walter, Mondubim e Granja Lisboa. Em junho, a situação evolui para Mondubim, Conjunto Ceará I e Bom Jardim. Já em número de óbitos os bairros mais penalizados são Granja Lisboa, Mondubim e Prefeito José Walter, embora Bom Jardim e Planalto Ayrton Senna também possuam elevados óbitos em abril e maio.

Na Regional 6, Messejana, Jangurussu e Passaré dominam incontestes a cena do elevado número de casos desde o final de abril. Os 3 bairros também figuram entre os que sofreram com mais óbitos, a liderança sendo ocupada por Jangurussu em abril e maio e só ultrapassada por Messejana no final de junho. Um quarto bairro também aparece quando se contam os óbitos: Lagoa Redonda.

BAIRROS COM MAIORES NÚMEROS DE CASOS E ÓBITOS POR REGIONAL DE FORTALEZA CONSIDERANDO O IDH						
REGIONAL	BAIRROS COM MAIS CASOS	IDH	Nº CASOS	BAIRROS COM MAIS ÓBITOS	IDH	Nº ÓBITOS
1	Barra do Ceará	0,21	1.005	Barra do Ceará	0,21	123
	Vila Velha	0,27	477	Vila Velha	0,27	107
	Jacarecanga	0,45	471	Cristo Redentor	0,25	76
	Álvaro Weine	0,36	388	Alvaro Weine	0,36	55
	Cristo Redentor	0,25	335	Jacarecanga	0,45	43
2	Meireles	0,95	1.673	Vicente Pinzon	0,33	88
	Aldeota	0,87	1.439	Centro	0,56	73
	Centro	0,56	745	Meireles	0,95	64
	Cocó	0,76	595	Cais do Porto	0,22	44
3	Antônio Bezerra	0,35	475	Bom Sucesso	0,26	60
	Henrique Jorge	0,34	438	Pici	0,21	53
	Quintino Cunha	0,22	370	Antônio Bezerra	0,35	52
4	Fátima	0,69	581	Serrinha	0,28	52
	Montese	0,47	550	Vila União	0,47	43
	Parangaba	0,42	497	Parangaba	0,42	48
	Itaperi	0,36	441	Montese	0,47	44
5	Mondubim	0,23	727	Granja Lisboa	0,17	89
	Conjunto Ceará I	0,36	709	Mondubim	0,23	81
	Bom Jardim	0,19	660	Prefeito José Walter	0,39	78
	Prefeito José Walter	0,39	621	Bom Jardim	0,19	65
6	Messejana	0,37	1278	Messejana	0,37	69
	Jangurussu	0,17	774	Jangurussu	0,17	64
	Passaré	0,22	710	Palmeiras	0,119	69

Essa caracterização evidencia que os bairros com baixo Índice de Desenvolvimento Humano - indicador que considera escolaridade, renda e expectativa de vida (longevidade e saúde) - são os líderes em cada Regional em número de óbitos. Alguns bairros com um perfil de IDH um pouco melhor podem até aparecer com elevados número de casos mas somem ou caem de posição quando o foco são os óbitos. Em outros termos, o IDH de cada bairro é inversamente proporcional à letalidade por covid 19. Quanto mais baixo o IDH maior a possibilidade da Covid-19 ser letal.

O ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO GRANDE BOM JARDIM

Em 21 de março, Comitê de Enfrentamento à Covid-19 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, em carta pública, considerava importante e urgente a implementação de protocolos sanitários estratégicos em bairros periféricos do Município de Fortaleza com participação e mobilização popular. Nenhuma medida sanitária específica foi implementada neste sentido pela prefeitura de Fortaleza.

Quase dois meses depois, em 08 de maio, o Comitê Popular de Enfrentamento à Crise da Covid19 do Grande Bom Jardim tornou pública uma carta aberta com 40 subscrições dentre movimentos sociais, organizações da sociedade civil e agentes das universidades, em que exigia dos gestores a implantação de inteligência sanitária e medidas de isolamento mais rígidas nas periferias, em especial, no território Grande Bom Jardim. No referido documento, a instância identificou dinâmicas comunitárias no território passíveis de estarem atuando como pontos vetores de transmissibilidade da doença, alertando as autoridades.

Naquele momento, segundo boletim epidemiológico de Fortaleza, com dados da 19ª semana epidemiológica, o Grande Bom Jardim tinha 224 casos confirmados e 29 óbitos por covid19. E lideranças locais davam conta de uma dinâmica intensa de adoecimento nas comunidades. Como a voz da comunidade organizada não foi ouvida e nenhuma medida sanitária específica foi adotada e implementada no território, houve um aumento de 1.000% nos óbitos no GBJ. Na 29ª semana epidemiológica, em 17 de julho, foram contabilizados 1.974 casos confirmados e 295 óbitos no Grande Bom Jardim.

O GBJ tem 37% dos óbitos por covid19 de toda a regional V, que tem 797 óbitos. Uma medida concreta de proteção de população vulnerável no sentido de interromper a cadeia de transmissão do vírus em comunidades pobres na capital apenas foi tomada em meados

de julho. Governo do Estado, Prefeitura de Fortaleza e parceiros vão lotar 200 apartamentos do Centro de Formação Olímpica por pessoas sintomáticas de covid19 com vulnerabilidades sociais e que não tenham condições de fazer isolamento em casa. Medida importante, mas amplamente insuficiente.

No Grande Bom Jardim a pandemia da Covid 19 seguiu a dinâmica da cidade. Como se sabe, os 5 bairros da Região Sudoeste de Fortaleza são periféricos, têm baixa renda, baixa escolaridade, deficiências estruturais de infraestrutura urbana, o que se constata no baixo IDH, altos índices de letalidade violenta, conflitos territoriais e sobrecarga dos equipamentos públicos de saúde e assistência social que se desdobram para atender altos contingentes com poucos recursos orçamentários.

No Boletim Epidemiológico de 15 de abril, Barra do Ceará, Meireles e Fátima apresentavam os mais elevados número de óbitos. No GBJ dos 5 bairros, só dois registraram óbitos: Canindezinho e Granja Portugal. O sinal de alerta só acendeu no final de abril quando no dia 27 já se contavam 19 óbitos no GBJ e Granja Lisboa, com 7 óbitos, aparecia entre os bairros da Regional V e da cidade com números mais elevados.

Houve intensa movimentação social. Decidiu-se por criar um Comitê Popular de Crise da Covid 19 no GBJ e foi ganhando corpo também a campanha solidária Adote uma Comunidade como forma de garantir segurança alimentar a famílias em situação de extrema vulnerabilidade, incentivando-as a se protegerem, diminuírem a circulação, usarem máscaras e lavarem as mãos. Também foram distribuídos kits de higienização e máscaras de tecido.

A prefeitura e o governo do Estado também anunciaram medidas no Estado, na cidade (hospital de campanha, isolamento social rígido, uso obrigatório de máscaras) e no território (ampliação de leitos na UPA do Bom Jardim) e reorientação da rede de UBS para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid 19.

Ainda assim, houve situações bastante problemáticas e denunciadas pelas lideranças: descontrole e falta de fiscalização em situações de aglomerações, o uso da máscara não foi aderido de imediato, dificuldade de manter o distanciamento social em comunidades onde a maioria das casas não oferecem condições adequadas de habitabilidade e contrainformações que circulavam contrárias às orientações sanitárias, dificultando adoção de novos comportamentos sanitários. Houve bastante reclamações quanto a falta de testagem, à falta de informações aos parentes de quem estava tratamento intensivo e à falta de EPIs para

trabalhadores que precisavam estar trabalhando e remédios na rede pública para quem foi diagnosticado com Covid 19.

A tabela abaixo mostra a evolução de casos e de óbitos no Grande Bom Jardim. Pode-se constatar, considerando os boletins epidemiológicos nesse período, que de 15 a 27 de abril, no intervalos de 12 dias, surgiram no GBJ, 12 novos casos diários em média. Nesse mesmo período a média dos óbitos diários ficou em 1,3. Nos dias finais de abril e início de maio, de 27 de abril a 6 de maio, um intervalo de 9 dias, a média de novos casos baixou para 8,7, enquanto a média de óbitos diários desse período subiu para 2,5. No período seguinte, que cobre de 6 a 29 de maio, 23 dias, observamos claramente a elevação de notificações de casos confirmados no Grande Bom Jardim, com 32,6 novos casos diários em média. Já a média diária de óbitos atingiu seu pico com 6 mortes nesse período de 23 dias de maio. No período seguinte, de 29 de maio a 12 de junho, um período de 14 dias, o número de casos diários atingiu seu máximo, com 35,3 novos casos em média por dia. Já a média diária de óbitos começa a baixar, atingindo 4 óbitos diários. Essa tendência de queda se confirma nas duas semanas seguintes. De 12 a 19 de junho, um período de 7 dias, a média de novos casos confirmados de Covid 19 fica em 16,8 e a de óbitos cai para 2,5 na média de óbitos diários nesse período. Na semana seguinte, de 19 a 26 de junho, mais 7 dias, a média de novos casos volta a subir levemente, ficando em 18,8, enquanto a média de óbitos nesta semana fica em 1,1, um patamar mais baixo do que em abril. A atual situação dá conta de um total de 303 vidas perdidas para a pandemia no contexto dos bairros do Grande Bom Jardim, 8% do total das mortes de Fortaleza, os bairros Bom Jardim e Granja Lisboa possuem taxas de mortalidade maior do que a de Fortaleza, enquanto a Granja Portugal se equipara. Ressalta-se a posição preocupante que Fortaleza ocupa no cenário nacional.

Bairro	Habitantes	Casos	Óbitos	Tx. Mortalidade
Bom Jardim	40.700	660	65	159,7
Canindezinho	44.412	261	43	96,8
Granja Lisboa	56.096	364	89	158,7
Granja Portugal	42.742	483	61	142,7
Siqueira	36.250	345	45	124,1

Bairro	Habitantes	Casos	Óbitos	Tx. Mortalidade
Total	220200	2113	303	

Tabela produzida a partir dos dados dos Boletins Epidemiológicos da Prefeitura de Fortaleza. Produção própria.
Fonte: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>

Como a cidade tenta retomar sua dinâmica de atividades econômicas, em diversos setores, assim como parte das atividades esportivas, associativas, de lazer e culturais em ambientes públicos e privados, cabe continuar observando a dinâmica de surgimento de novos casos bem como de óbitos por Covid 19. O desafio permanece!

Conclusão e recomendações

A pandemia se dissemina no mundo e no Brasil com bastante gravidade, espalhando seus danos sanitários, sociais e econômicos com mais severidade nas sociedades mais desiguais como é o caso da brasileira. O contexto nacional se agrava enormemente pela falta de coordenação federal da crise, com um governo central que nega o potencial letal da COVID-19, as vidas perdidas e as saídas e alternativas mediadas pelo consenso médio da ciência.

No contexto nacional, norte e nordeste apresentam indicadores epidemiológicos preocupantes, ao tempo em que as condições de sanitária gerais das cidades, incluso ausência/precariedade de saneamento ambiental, condições inadequadas de moradia, ampla desproteção social e fragilidades nos equipamentos, infraestruturas, recursos e atendimento público em saúde contribuem para agravar o quadro, potencializar a disseminação, os agravos dos infectados e ampliar a letalidade da doença.

É nesse contexto que Fortaleza e a região do Grande Bom Jardim se inserem. Com taxas de mortalidade elevadas e concentradas nos territórios com menor Índice de Desenvolvimento Humano. Esta não é uma ocasionalidade epidemiológica ou sociológica, a desigualdade é letal no cotidiano das condições precárias da vida, como o é em eventos críticos e limites como o experimentado em uma pandemia com as proporções da atual que vivemos.

Os riscos e as implicações da reabertura precoce, no atual contexto, remetem à continuidade da pandemia, ao agravamento do espalhamento da contaminação, ao aumento

no número de mortes, mesmo Fortaleza tendo demonstrado um decréscimo sustentado da curva epidemiológica desde início de junho. No entanto, deve ser considerado que Fortaleza foi um dos epicentros nacionais da doença entre março e maio, com quase 4 mil óbitos pela doença e uma taxa de mortalidade de 142,3 óbitos por 100 mil habitantes, em 31 de junho de 2020. Ademais, observando os modelos internacionais, todos os países que afrouxaram o isolamento social tiveram reincidência do surto, mesmo aqueles que aguardaram um período prolongado de estabilização nos números de contágio e de mortes, quanto mais Fortaleza, que iniciou a reabertura sem reservar um tempo mais prolongado de estabilização.

A gravidade da situação na periferia, requer ações públicas emergenciais, prioritárias, continuadas, dialogadas com a sociedade civil local, de acordo com as demandas, pautas e agendas constituídas pelos segmentos sociais mobilizados e ativos no enfrentamento à COVID-19. Torna-se, importante, aqui, destacar a força da sociedade civil local, sua iniciativa, a capacidade de mobilização social e articulação política, buscando enfrentar violências e violações de direitos, e particularmente as implicações e efeitos da pandemia na periferia. Nesse sentido, cabe destacar as variadas campanhas de solidariedade efetivadas no território, assim como a constituição do Comitê Popular de Crise do Grande Bom Jardim para Enfrentamento da Covid19.

Os dados e as reflexões aqui partilhados evidenciam a absoluta prioridade política que deve ser dada ao enfrentamento as desigualdades socioespaciais que se inscrevem nas cidades brasileiras. As periferias, particularmente, são marcadas por violências múltiplas, vulnerabilidades e violações de direitos, vivenciadas cotidiana e reiteradamente pelas populações locais.

Em Fortaleza, Ceará, e particularmente no Grande Bom Jardim, o poder público – Executivo, Legislativo, Judiciário e Ministério Público – tem a responsabilidade de formular e executar de modo ágil, imediato e emergencial ações e políticas públicas que protejam e cuidem dos bairros, comunidades e famílias mais vulneráveis na cidade. Mais do que isso, é responsabilidade desse poder público identificar as precariedades, as ausências, as demandas e as necessidades existentes nesses territórios, constituindo ações de médio e longo prazo, relacionadas à implantação, qualificação e fortalecimento de infraestruturas, equipamentos, insumos e recursos de saúde, capazes de promover o acesso e usufruto universal, equitativo e digno do direito à saúde. Inclusive no que envolve políticas transversais, urbanas e ambientais, por exemplo, relacionadas ao saneamento ambiental, à moradia e à segurança pública.

Quando lideranças locais, mobilizados e organizados em Comitê Popular de Crise Covid19, perceberam a dimensão da gravidade da pandemia no território e tentaram chamar a atenção do poder público municipal e estadual para adoção de medidas sanitárias específicas não farmacológicas para o território, havia 21 mortes no GBJ. O Comitê Popular somente conseguiu agenda conjunta com técnicos da Secretaria da Saúde do Estado (SESA) e da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) em 31 de julho de 2020, quando, segundo boletim epidemiológico de Fortaleza, já havia 303 mortes no Grande Bom Jardim. O território GBJ tem mais mortes por covid19 que grandes cidades do Estado, Sobral e Juazeiro do Norte. O território Grande Bom Jardim, assim como Brasilândia, em São Paulo, tem altas taxas de transmissão e de letalidade.

No Brasil de 2020, a pauta covid19 não é definida somente pelas altas taxas de transmissibilidade do vírus, ou de letalidade, de comorbidade e de mortalidade da doença, mas, também, pela agenda eleitoral municipal. A iminência do pleito mobiliza e desloca as forças políticas e interfere nas decisões acerca das medidas sanitárias não farmacológica, na medida em que confinar as pessoas em casa, privando-as de circulação é uma medida administrativa antipática e impopular. Por outro lado, o comportamento omissivo e negligente do governo federal no enfrentamento da pandemia também, possivelmente, terá impacto na dança e no jogo das correlações partidárias e nos rearranjos de posições dos partidos nos parlamentos. Portanto, 2020 e a pandemia serão marcos para a sociedade brasileira.

Nesse contexto e entendendo que é necessário e urgente definir e implementar medidas sanitárias específicas para quebrar a cadeia de transmissão do vírus no território, e também atuar no contexto de pandemia e pós-pandemia, indicamos as seguintes recomendações:

- Elaborar um diagnóstico epidemiológico e implementar um plano de enfrentamento territorial pelo governo do Estado e pela prefeitura de Fortaleza, de forma colaborativa da sociedade civil organizada;
- Identificar e acompanhar sintomáticos e casos confirmados no território, garantindo o cumprimento do isolamento destes;
- Acompanhar e controlar a quarentena de pessoas que tiveram contatos com sintomáticos e ou confirmados;
- Desinfecção de logradouros e espaços públicos estratégicos em manchas territoriais suscetíveis, conforme mapa epidemiológico territorial;

- Monitorar, fiscalizar e intervir com medidas sanitárias os pontos de aglomeração nos 5 bairros com apoio da comunidade organizada;
- Ampliar a testagem da população;
- Efetuar testagem em massa, sobretudo das crianças e com monitoramento familiar de casos positivos, para garantir segurança em caso de possível retorno do ensino presencial ainda neste semestre dos estudantes às instituições de ensino, da rede pública e particular;
- Incluir consideravelmente moradores do território com vulnerabilidades econômicas e habitacionais sintomáticos e ou confirmados por UAPS's e UPAS's locais no complexo hoteleiro do Centro de Formação Olímpica (CFO);
- Realizar controle sanitário nos quadrantes mais afetados, com cuidados e atenção aos públicos de risco;
- Realizar controle de circulação das pessoas e vigilância dos protocolos de cuidado por parte da população, particularmente nas comunidades, quadras e áreas com maior número de casos;
- Criar condições para efetivar cuidados de saúde desde os sintomas leves, buscando evitar evolução de casos graves;
- Desenvolver ações que possam efetivar maior proteção social da população mais vulnerável, com complementação de renda, inclusão dos programas de assistência social e segurança dos empregos formais;
- Discutir, formular e executar programas e ações progressivas para melhorar a qualidade de vida nas cidades, com universalização do saneamento e melhoria da qualidade das moradias e da infraestrutura urbana;
- Aperfeiçoar a manutenção dos postos avançados de saúde;
- Reforçar as políticas de saúde mental e de assistência social para apoio às famílias das vítimas e demais pessoas impactadas com o contexto da pandemia no território. Até 31 de julho 303 famílias haviam sido atingidas, número maior que o de grandes cidades do Estado, como Sobral e Juazeiro de Norte;
- Implementar ações amplas, focadas e continuadas de controle sanitário, inclusa fiscalização do comércio local com alto nível de aglomeração, conforme levantamento feito pelo Comitê Popular para adoção dos protocolos de cuidados não farmacológicos;
- Implementar uma política integrada de controle sanitário em conjunto pela ETUFOR/SINDIÔNIBUS/SMS/SER V/SOCICAM no terminal do Siqueira e nos veículos do transporte

público, evitando aglomerações, garantindo higienização e disponibilizando plataformas digitais inteligentes para identificação de usuários sintomáticos, cujas informações possam ser usadas pela inteligência sanitária municipal.

Referências

Concepção do Comitê Popular de Crise do Grande Bom Jardim para Enfrentamento da Covid19, Fortaleza, CE, março de 2020.

Carta em Defesa do Isolamento Social e da Intensificação de Inteligência e Protocolos Sanitários mais Rígidos nos Bairros Periféricos, Fortaleza, CE: Comitê Popular de Crise do Grande Bom Jardim para Enfrentamento da Covid19, 08 de maio de 2020.

Coronavírus: “Muitos países estão indo na direção errada”, diz diretor da OMS, Redação ND, Florianópolis, SC, 14 de Julho de 2020, às 10h30. <https://ndmais.com.br/saude/coronavirus-muitos-paises-estao-indo-na-direcao-errada-diz-diretor-da-oms/>

Folha Informativa Covid19, OPAS Brasil. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

Covid-19: A América do Sul se tornou o novo epicentro da pandemia? Portal PEBMed. WB Whitebook Clinical Decision, Coronavírus, Saúde Pública, Atualizado em 04.06.2020. <https://pebmed.com.br/covid-19-a-america-do-sul-se-tornou-o-novo-epicentro-da-pandemia/>

Bolsonaro ataca governadores: ‘Excesso não vai curar problema, vai agravar’, Do UOL, em São Paulo, SP: 16/04/2020, 17h28, atualizada em 16/04/2020 19h22, em <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/04/16/bolsonaro-ataca-governadores-excesso-nao-vai-curar-problema-vai-agravar.htm>

Governador do Maranhão dribla Governo Federal e compra máscaras da China, Correio Braziliense, CB, postado em 16/04/2020 14:50, em <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/04/16/interna-brasil,845230/governador-do-maranhao-dribla-governo-federal-e-compra-mascaras-da-chi.shtml>

Cancian, Natália Coronavírus Governo Bolsonaro tem estoque parado de 4 milhões de comprimidos de cloroquina Em maio, técnicos alertaram para risco de encalhe do medicamento. Brasília, DF: Folha de São Paulo, 23.jul.2020 às 22h33Atualizado: 24.jul.2020 às 13h15, em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/07/governo-bolsonaro-tem-estoque-parado-de-4-milhoes-de-comprimidos-de-cloroquina.shtml>

Croda, Júlio Henrique Rosa, In Conversa Bial, Pedro Bial em 16 de Julho de 2020, em globoplay <https://globoplay.globo.com/v/8705369>

Ghosh, Pallab. O que é ‘imunidade de grupo’, a polêmica estratégia do Reino Unido para combater o coronavírus, BBC News, 16 março 2020, em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51901822>

Coronavírus: o que diz modelo matemático que levou Reino Unido a mudar radicalmente combate à covid-19, BBC News Mundo – Redação, 19 março 2020, em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51944800>

Coronavírus Médicos escreveram anúncio de morte de Boris Johnson por COVID-19 - Primeiro-ministro britânico concede primeira entrevista após sair do hospital e fala sobre o que chamou de “um momento difícil”, AFP, Estado de Minas Internacional, postado em 02/05/2020 21:49 / atualizado em 02/05/2020 22:16, em https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2020/05/02/interna_internacional,1143918/medicos-escreveram-anuncio-de-morte-de-boris-johnson-por-covid-19.shtml

Evolução diária e mapa de casos e óbitos Covid19, Wikipédia e The New York Times, em <https://www.google.com/search?q=mortes+por+covid19+no+reino+unido&oq=mortes+por+covid19+no+reino+unido&aqs=chrome..69i57.9248j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

SAÚDE-Brasil passa de 75 mil mortes e completa 2 meses sem ministro da Saúde definitivo, Carta Capital, 15 de julho de 2020, em <https://www.cartacapital.com.br/saude/brasil-passa-de-75-mil-mortes-e-completa-2-meses-sem-ministro-da-saude-definitivo/lamarino>, Átila. Youtube Live 01/06 -Reabrir Agora? Em <https://youtu.be/qMxuoEbmwko>

Como a América do Sul se tornou o novo epicentro da pandemia de coronavírus, BBC News Brasil, 22 maio 2020, em <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52779245>

‘No Brasil, é o vírus que está no controle até agora’, diz diretor de emergências da OMS Michel Ryan avaliou que a covid-19 não está avançando com a mesma rapidez no País, mas precisa de medidas efetivas para entrar em queda, Redação, O Estado de São Paulo, 17 de julho de 2020 | 13h16, em <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,no-brasil-e-em-va-rios-paises-e-o-virus-que-esta-no-controle-ate-agora-diz-oms,70003367306>

Cerioni, Clara & Garrett Jr, Gilson. Casos da covid-19 dobram em SC após reabertura de shoppings e igrejas - Dados analisados pela EXAME mostram crescimento exponencial de mais de 1.000 casos confirmados em Santa Catarina nos últimos dez dias. Exame, Publicado em: 04/05/2020 às 17h11 Alterado em: 04/05/2020 às 17h16, em <https://exame.com/brasil/casos-da-covid-19-dobram-em-sc-apos-reabertura-de-shoppings-e-igrejas/>

Pronunciamento oficial do Presidente da República Federativa do Brasil em cadeia nacional de rádio e televisão, terça, 24 de março de 2020, em <https://www.youtube.com/watch?v=zuBs0NVr-70>

Betim, Felipe. Coronavírus força consenso e Câmara aprova renda emergencial de até 1.200 reais para base da pirâmide -Deputados, inclusive governistas, acatam proposta de ajuda que pode chegar até a 1.200 reais por família de autônomos, MEI's e desempregados. El País | Economia, São Paulo - 27 MAR 2020 - 10:19 BRT, em <https://brasil.elpais.com/economia/2020-03-27/coronavirus-forca-consenso-e-camara-aprova-renda-emergencial-de-ate-1200-reais-para-base-da-piramide.html>

Amaral, Luciana. Por apoio no Congresso, Bolsonaro abre torneira de cargos ao centrão. Brasília, DF: Uol, 07/05/2020 15h34, em <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/05/07/por-apoio-no-congresso-bolsonaro-abre-torneira-de-cargos-ao-centrao.htm>

Fernandes, Augusto. Segundo TCU, governo não tem diretrizes claras de combate à pandemia -Tribunal de Contas da União (TCU) encontrou falhas no comitê de crise da covid-19, instituído pelo governo federal em março. Correio Braziliense | Política, Brasília, DF: postado em 24/06/2020 21:52, em https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/24/interna_politica,866652/segundo-tcu-governo-nao-tem-diretrizes-claras-de-combate-a-pandemia.shtml

DECRETO Nº33.510, de 16 de março de 2020, Diário Oficial do Estado (DOE), Fortaleza, CE: Editoração Casa Civil, Poder Executivo, Fortaleza, 16 de março de 2020 | SÉRIE 3 | ANO XII Nº053 | Caderno 1/4.

Matriz de risco objetiva para adoção de lockdown e reabertura. Comitê Científico Nordeste de Combate ao Coronavírus; Consórcio Nordeste | O Brasil que Cresce Unido; Projeto Mandacaru. Boletim 08, Nordeste, 01 de Junho de 2020.

Carta aberta de posicionamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará sobre a importância da manutenção do distanciamento social intensificado no estado. Comitê de Enfrentamento à Covid19, Fortaleza, CE: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), 27 de maio de 2020 em <http://www.saudedigital.ufc.br/carta-de-posicionamento-sobre-manutencao-das-medidas-intensificadas-de-isolamento/>

Carta Pública em defesa da implementação de protocolos sanitários em bairros periféricos

do município de Fortaleza. Comitê de Enfrentamento à Covid19 | Grupo de Trabalho Saúde das Populações Vulneráveis e Mobilização Social, Fortaleza, CE: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), 21 de maio de 2020 em <http://www.saudedigital.ufc.br/wp-content/uploads/carta-publica-FAMED-final.pdf>

Perfil Municipal de Fortaleza Tema VII: Distribuição Espacial da Renda Pessoal, Fortaleza, CE: IPECE, Informe 42, Secretaria do Planejamento e Gestão, Governo do Estado do Ceará, outubro de 2012, em <https://www.ipece.ce.gov.br/>

Perfil Municipal de Fortaleza Tema VII: XI: Perfil do Analfabetismo nos Bairros, Fortaleza, CE: IPECE, Informe 42, Secretaria do Planejamento e Gestão, Governo do Estado do Ceará, dezembro de 2012, em https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2012/12/Ipece_Informe_47_03_dezembro_2012.pdf

DECRETO Nº 14.663, Fortaleza, CE: Diário Oficial do Município (DOM) | Poder Executivo – Gabinete do Prefeito, ANO LXV, 05 DE MAIO DE 2020, Nº 16.744, em https://www.fortaleza.ce.gov.br/images/0001/05_05_2020_Diario-oficial_16744.pdf

DECRETO Nº33.574, Fortaleza, CE: DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO, 05 de maio de 2020, em <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Decretos-N%C2%BA33.574-e-N%C2%BA33.575-de-5-de-maio-de-2020.pdf>

DECRETO Nº33.595, Fortaleza, CE: DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO | SÉRIE 3 | ANO XII Nº102 | 20 DE MAIO DE 2020, em <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Decretos-N%C2%BA33.595-de-20-de-maio-de-2020.pdf>

<https://www.ceara.gov.br/decretos-do-governo-do-ceara-com-acoes-contra-o-coronavirus/>
Boletins Epidemiológicos de Fortaleza, Secretaria Municipal da Saúde (SMS), da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), em <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/>

Esperanças – solidariedade e fraternidade pelas periferias

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar...” (Paulo Freire)

Esperançar

Aprendemos com Paulo Freire muitas ideias, tecnologias pedagógicas e metodológicas que nos levaram a ensaiar uma Educação Popular, aquela em que as pessoas aprendem a partir de sua realidade, transformando objetos do cotidiano em símbolos de liberdade e de libertação. E uma das coisas que aprendemos com essa educação, foi conjugar o verbo ESPERANÇAR. A esperança inquieta, que busca, que vai atrás! Tem sido assim neste Território do Grande Bom Jardim, zona sudoeste periférica de Fortaleza, com os cinco bairros (Granja Lisboa, Granja Portugal, Siqueira, Canindezinho e Bom Jardim), desde a grande vivência da chamada “Igreja dos Pobres”, das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) nos anos 80. Desse processo de comunidades irmãs, nasce em 1994, o Centro de Defesa da Vida Herbert de Sousa, pela necessidade de tratar de forma mais institucional as lutas da região.

Neste território se aprendeu a viver em Rede de Comunidades (a região é formada por mais de 42 delas) e foi assim que a partir do ano 2000 com o apoio do Centro de Defesa da Vida Herbert de Sousa se desencadeou um processo de reflexão sobre um desenvolvimento local integrado e sustentável que ao final do processo, em 2005, criou-se uma Rede com esse nome, Rede de Desenvolvimento Local Integrada e Sustentável ou Rede DLIS, chamada por alguns de DLIS, ou simplesmente de Rede. A Rede tornou-se quase que uma personagem que zela pela solidariedade na região. Uma solidariedade política, porque é crítica em relação aos gestores e a capacidade de atendimento às necessidades de políticas públicas para um território onde existem muitas vulnerabilidades. Esta Rede, constituída de mais de 26 entidades locais, coletivos juvenis e culturais, mais os parceiros das universidades, passou a ser a esperança em ação, em busca das políticas públicas necessárias ao local. Por isso, lembramos o pensamento de Paulo Freire sobre a esperança. A esperança que se vive nesta região vem do verbo ESPERANÇAR, porque não se espera se faz. E aqui se constrói fraternidade porque existe uma congregação de forças que luta por direitos humanos,

pensando em direitos humanos como direitos de todos, sem preconceito de raça, cor, etnia, orientação sexual ou de religião.

A solidariedade precisa ser concreta

É assim que a Rede se encontra frente à pandemia do coronavírus, como a retaguarda do povo desses cinco bairros, porque é constituída pelas forças locais haja visto que já está na luta há muito tempo, dessa forma logo se sentiu convocada para planejar de forma articulada o apoio às demandas locais no atual contexto. E vemos que apesar das muitas lutas empreendidas, ainda se está lutando por demandas básicas como geração de renda e emprego, saúde e alimentação. Por isso, uma das questões mais imediatas da organização territorial nesta pandemia, mais urgente e emergente tem sido a alimentação, pela constatação de que existe um grande problema de insegurança alimentar e nutricional agravada durante a pandemia pela impossibilidade de se realizar o trabalho autônomo devido ao isolamento social e mesmo pelo desemprego que a pandemia provocou. Entretanto, a questão apenas se evidenciou, pois pelo nível de vulnerabilidade das comunidades, essa fome já existia.

Esta questão é tratada como Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) pelo movimento de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), pois não basta ter comida, é preciso que ela seja adequada, rica em nutrientes e de base sadia, sem acúmulo de açúcares, gorduras e conservantes que trazem doenças como diabetes, hipertensão e alergias de origem alimentar. Além disso, ela precisa ser concedida todos os dias, na quantidade necessária, dentro da cultura alimentar das populações.

Listamos sete iniciativas de entidades integrantes da Rede e outras iniciativas que não a compõem, mas se organizam na luta por direitos no território. Algumas começaram as ações de arrecadação e distribuição de cestas logo que começou a perceber a necessidade de alimento nas comunidades. A Rede DLIS enquanto articuladora organizou a Campanha “Adote uma Comunidade”, continuando nesta ideia da importância do olhar mais de base, olhar mais local, onde as coisas acontecem. Vamos abaixo apresentar um perfil do trabalho, desenvolvimento e percepção dos organizadores das iniciativas.

1. Bom Jardim de Luta, iniciativa principalmente de jovens do Grande Bom Jardim que logo se posicionaram para a coleta de doações e distribuição.

2. Espaço Geração Cidadã (EGC) que distribuiu cestas às famílias das crianças e adolescentes acompanhados pela entidade. Precisamos destacar o kit alegria que é organizado por lápis de cor, caderno para colorir e um joguinho para que a família toda brinque com as crianças;
3. Associação Espírita São Miguel, iniciativa local de povos de terreiro;
4. Comitê Solidário do Bairro Siqueira, iniciativa de membros da Federação de Bairros e Favelas (FBFF);
5. Instituto Katiana Pena, iniciativa de uma bailarina local que faz um trabalho de arte pela dança no território;
6. Associação Cultural Afoxé OmorisáOdé, iniciativa de povo de terreiro;
7. Adote uma comunidade, iniciativa coletiva das entidades que compõem a Rede DLIS.

Perfil das campanhas de solidariedade no contexto do Grande Bom Jardim

Para compreender as campanhas e suas formas de atuação, bem como seu impacto, realizamos um pequeno levantamento para a percepção das questões gerais das iniciativas. Ao todo, identificamos 9 iniciativas, todas elas responderam ao nosso questionário. Abaixo reproduzimos os principais resultados e aprendizados desses esforços de solidariedade e esperança que construíram encontro e apoio humanitário durante esta histórica e grave pandemia. O trabalho considerado vai do final de março ao final de junho.

Campanhas de solidariedades do Grande Bom Jardim		
Nome da Campanha e iniciativa	Forma de organização	Organização
Bom Jardim em Luta	Coletivo autônomo	Coletivo
Comitê Solidário do Bairro Siqueira/FBFF	Organização da sociedade civil	Coletivo
COVID SEM FOME	Organização da sociedade civil	Instituto Katiana Pena - IKP
Cultura Solidária	Organização da sociedade civil	Associação Cultural Afoxé OmorisáOdé
Supera 50 (porque a primeira meta era superar cinquenta cestas. Foi muito mais que isso).	Organização da sociedade civil	Associação Espírita São Miguel
ASCBJ SOLIDÁRIA	Organização da sociedade civil	Associação Sociocultural do Bom Jardim

Campanhas de solidariedades do Grande Bom Jardim		
Nome da Campanha e iniciativa	Forma de organização	Organização
Adote uma Comunidade	Organização da sociedade civil e Fórum de organizações e movimentos sociais	RedeDis e O CDVHS
Ações de Emergência em tempos de Covid 19	Organização da sociedade civil	Organização da sociedade civil
O Movimento não para!	Organização da sociedade civil	Movimento de Saúde Mental

Tabela 1 - Campanhas de solidariedade e suas organizações

Todas as campanhas relataram terem surgido a partir da percepção, da visão de situações de extrema vulnerabilidade, do assombro da fome, como experiência muito próxima, agravada com o cenário da pandemia. Isto se dava com pessoas que já se encontravam em situação difícil e que tiveram sua vida piorada, como também trabalhadores informais que perdendo a renda se viram com dificuldade para sobreviver, sobretudo garantir o acesso à alimentação.

Diante desta realidade começaram a organizar formas de apoio e cooperação. Foi a professora que viu seus alunos em dificuldades, a associação de arte e dança que sensibilizou –se com seus alunos e moradores do entorno a sua sede em estado de miséria; foram as organizações tradicionais da luta social local que também diagnosticaram e viram os pedidos de ajuda se multiplicarem entre os parceiros e público beneficiado, tanto de suas ações formativas quanto de suas ações de assistência. Foi dois grupos que se ocupam da organização e luta por direitos das comunidades tradicionais de terreiro de Umbanda, que são também produtores e realizadores culturais, que viram seus adeptos e artistas que participam de suas ações se queixando de prejuízos e abandono, sobretudo para garantir o sustento de suas famílias.

As iniciativas nasceram da percepção do fato de que cada grupo, formado em sua maioria por moradores do GBJ que já colaboravam nas lutas sociais e culturais do território, terem se deparado com a escalada da fome e da vulnerabilidade em um período tão desafiador para as emergências sanitárias, mas também para a sobrevivência imediata de centenas de milhares de pessoas; vizinhos, parentes e amigos.

Mesmo que o universo do levantamento que realizamos seja pequeno, de 9 respondentes, vamos reproduzir uma breve descrição da frequência das respostas e as percepções ofertadas pelos representantes das campanhas.

As campanhas atendem prioritariamente famílias pobres em situação de vulnerabilidade, sem recorte em específico, mas quando se aplica algum critério, as mães solo se sobressaíram. Idosos, catadores de materiais recicláveis e população de rua especificaram um público, ou seja, o público é em geral pessoas que vivem em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade

QUEM BENEFICIA

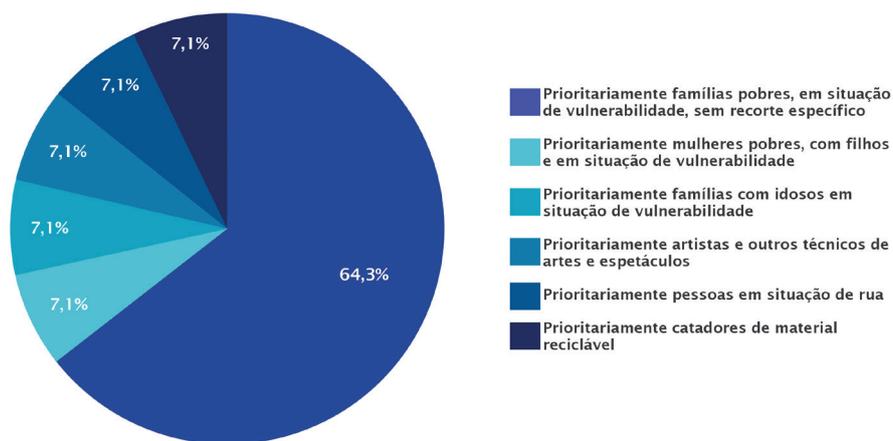


Gráfico 1 - A quem as campanhas atendem

O grande esforço das redes se concentra na região do Grande Bom Jardim, ou seja, atua nos cinco bairros de forma indiscriminada. Três campanhas atuam em bairros específicos, duas na Granja Lisboa e uma na Granja Portugal. Uma das campanhas também estende suas ações a cidades da região metropolitana.

CONTAGEM DE QUAL A ÁREA DE

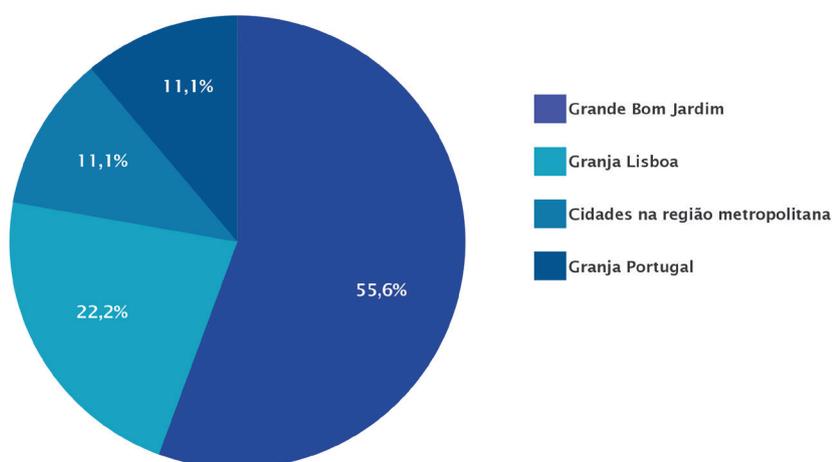


Gráfico 2 - Área de abrangência

As campanhas estimam que suas ações atingiram a 29.650 pessoas, o que corresponde a 13,33% da população do Grande Bom Jardim, em torno de 7.412 famílias apoiadas em ações de distribuição de alimentos, produtos de higiene e outros insumos, como também máscaras. Estimam ainda que foram doados 205.568 quilos de alimentos, em média 28 quilos de alimento por família, além de 30724 quilos/litros de produtos de higiene, como água sanitária, álcool e outros produtos.

Não é possível fazer uma correção direta entre o público que foi atingido e os dados da extrema pobreza no Grande Bom Jardim por falta de um diagnóstico do público atendido e um perfil uniforme das campanhas pela emergência do contexto das ações. Todavia, para contextualizar, ainda que com os dados de 2010, do último Censo, de acordo com o tratamento feito pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), sobre a extrema pobreza na capital cearense, o Grande Bom Jardim, tinha 04 de seus bairros no ranking dos 10 bairros com o maior número e proporção de pessoas em extrema pobreza.

O Grande Bom Jardim possuía, à época, 20.459 pessoas vivendo com até R\$ 70 mensais, o que representava 15,26% dos 134 mil pessoas miseráveis de toda a Fortaleza, abrangendo 10% do total da população absoluta dos cinco bairros da região (204 mil habitantes). Esta proporção é quase o dobro dos 8,9% que Fortaleza representava em relação aos 1,5 milhões de pessoas em extrema pobreza no Ceará. Mesmo sem poder fazer uma inferência direta, vale destacar que o número absoluto de pessoas abordadas pelas ações de solidariedade é um pouco maior. E se aplicado o fator de atualização e crescimento da população, o apoio atual gerado teria chegado a um número maior de pessoas em extrema pobreza, com os dados de 2010. Proporcionalmente equivale ao total da população à época em extrema pobreza, que aplicados sem levar em conta as transformações sociais e econômicas da década, que pioraram, seria hoje em torno de 22.236.

Grande parte das doações ofertadas às campanhas de solidariedade se deu por meio de alimentos, produtos de higiene e limpeza, cumulados, um total de 53% das respostas das campanhas; seguido de apenas alimentos, produtos de higiene, limpeza, máscaras e dinheiro, com 29%; com 18% na de dinheiro. Grande parte das doações foi na forma de insumo, entre as formas conjuntas dinheiro e insumo soma-se 37%.

FORMAS DE DOAÇÃO

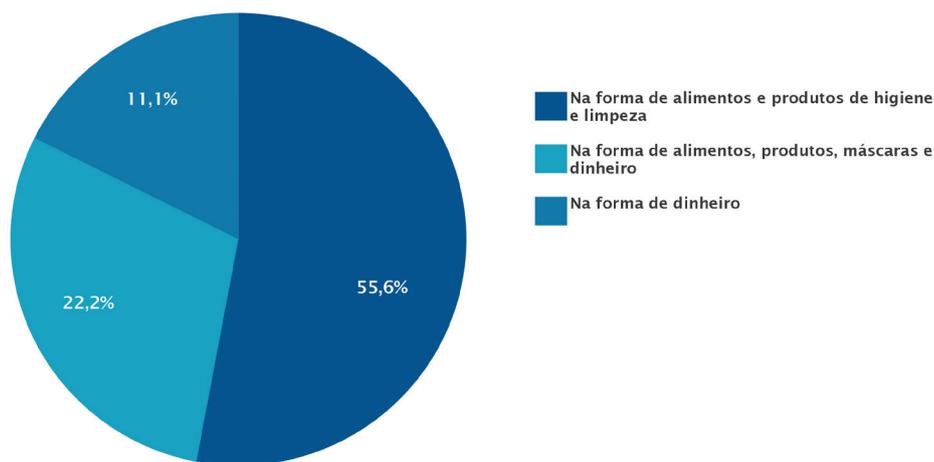


Gráfico 3 - As formas de doação

Os grupos que organizaram as campanhas de doações informaram que receberam na forma de dinheiro em torno de R\$ 819.660,40 (oitocentos e dezenove mil, seiscentos e sessenta reais e quarenta centavos), que dá uma média de R\$ 110,58 (cento e dez reais e cinquenta e oito centavos sessenta e dois reais e doze centavos) por família e um per capita de apoio de R\$ 27,64 (quinze reais e cinquenta e quatro centavos).

A quase totalidade dos recursos foi investida no comércio local, na economia local, das 9 campanhas priorizaram e realizaram compras no comércio local, com um percentual de uso exclusivo de 70% para compras feitas nos bairros. Duas campanhas e um uso cumulado (local e outros bairros) de 15%; e outras 2 campanhas entregaram os recurso diretamente às famílias, em dinheiro ou cartões de débito. Esta foi uma questão múltipla escolha. Assim, as ações de solidariedade tanto conseguiram acessar um número expressivo da população, quanto ajudaram na movimentação da economia, sobretudo do setor alimentos.

FORMAS DE DOAÇÃO

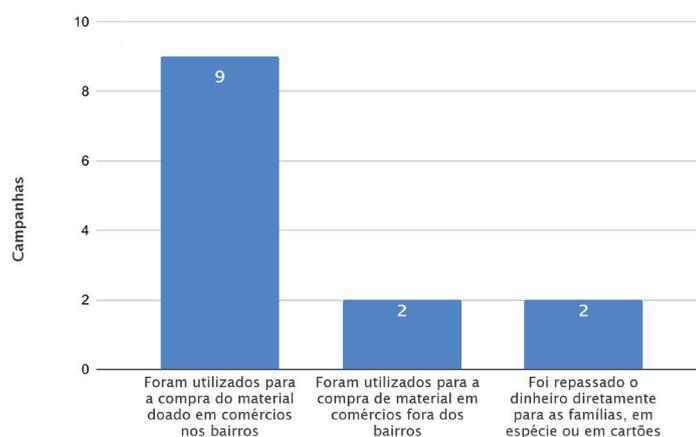


Gráfico 4 - Como os recursos foram aplicados

Perguntamos o que estes grupos aprenderam com a experiência destas campanhas. Alguns aspectos se repetiram nas respostas abertas que observaram melhor e mais de perto os problemas locais, sobretudo os efeitos da desigualdade e sua expressão sob a forma da fome, da miséria, do desemprego, da ausência de renda. Estes grupos viram que é preciso ter responsabilidade social, implicação ética com este contexto; preocupar-se e agir, ter senso de coletividade. Que a solidariedade é necessária em nosso tempo mais do que nunca e que precisa ser permanente esta ação; a solidariedade como valor fundamental das relações e das ações. Que diante dos níveis de exclusão e miséria, o trabalho em rede e a força comunitária são ativos, são potências fundamentais para vencer o desalento e a força da fome, por isso os grupos disseram que têm esperança no trabalho comunitário e na força da solidariedade.

Para o futuro, os grupos pensam que continuarão os efeitos da crise econômica e social já presente antes da pandemia e agravada com ela. Que é preciso ter mais canais e ações de solidariedade. Os grupos também citaram que querem continuar sendo referência para o trabalho de apoio e ajuda humanitária, além das ações de arte, assistência e monitoramento de políticas públicas que já realizam. Que a reflexão sobre os aprendizados pode fortalecer a organização do trabalho em grupos/em rede, melhorando a capacidade de luta na defesa das políticas públicas para o enfrentamento desta crise que se aprofunda.

Os grupos pretendem propor projetos específicos que atendam a segmentos mais vulneráveis. Pensar e agir nas comunidades que desenvolveram as ações emergenciais; exigir que os governos trabalhem mais firmemente com a proteção social das famílias e desenvolvam uma política continuada com a prevenção de doenças, com o saneamento ambiental que é o cuidado não só com água e esgoto, mas também com resíduos sólidos e drenagem, cuidar da dignidade das pessoas de forma integral.

O direito à alimentação foi incluído dentre os direitos sociais no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 pela emenda constitucional número 64, aprovada em 2010, depois de ampla mobilização da sociedade civil e dos conselhos de segurança alimentar e nutricional. Podemos observá-lo também no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

“Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma da constituição. (CF 1988)

No entanto é mais um direito violado para 5,2 milhões de brasileiros, segundo o relatório internacional “O Estado da Segurança Alimentar e Nutrição no Mundo 2018”. É importante dizer que a sociedade civil organizada no Brasil, construiu muitas lutas em torno da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), realizando conferências de discussão sobre o assunto, constituindo o controle social da política de segurança alimentar, a partir dos conselhos municipais de SAN. O atual governo, porém, destruiu a política a canetadas, retirando a construção de tudo o que se tinha de política nacional de SAN, exterminando o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e tornando, deixando assim os conselhos nacionais mais frágeis, não permitindo sequer a realização das conferências que foram feitas por iniciativa da sociedade civil e alguns governos estaduais e municipais que tinham compromisso com a política.

A Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 – Lei de Segurança Alimentar e Nutricional do Brasil dá o seguinte conceito de SAN

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (Art. 3º da Lei)

Apesar da lei, nesta pandemia, ficamos de frente com as limitações nos atendimentos para a garantia da alimentação, da saúde e da renda que auxiliasse as famílias na sua sobrevivência. Porém, constatou-se um grande movimento em toda a cidade em torno da proteção dos “invisíveis” da sociedade; a população moradora de rua, os/as catadores/as de materiais recicláveis, os artistas, as comunidades periféricas, dentre outros. E podemos dizer que a sociedade civil (as ongs, as igrejas, os movimentos sociais, etc.) chegaram primeiro que os governos com a solidariedade que já lhe é peculiar. Podemos dizer até que em muitos lugares só a sociedade civil chegou.

Solidariedade e/é mobilização

É importante ressaltar ainda que a solidariedade é propositiva. Foram dezenas de lives temáticas no sentido de tornar pública a situação vivenciada no território. Além da criação de um Comitê de crise com o objetivo desenvolver estratégias conjuntas adicionais

visando reduzir vetores de contaminação e disseminação do novo coronavírus, aumentar níveis de proteção social das comunidades e famílias vulnerabilizadas e fortalecer a rede de atendimentos para quem já estiver com a Covid- 19. A iniciativa foi puxada por apoiadores e integrantes da Rede DLIS, que estuda os boletins epidemiológicos da Secretaria de Saúde e traduzem para uma linguagem acessível aos moradores para que possamos exigir do poder público medidas sanitárias eficientes na região do GBJ. Vale também ressaltar que a Campanha Adote Uma Comunidade encontrou famílias grandes, fragilizadas, residindo em casas pequenas, sem nenhuma estrutura, sem saneamento, com pessoas desempregadas, sobrevivendo de trabalho autônomo precarizado, sendo impossível de vivenciar o isolamento social.

Queremos assim fazer algumas propostas de ações no sentido de manter nossa esperança e fraternidade ativa e planejada.

- Manter acesas as articulações que foram feitas em torno das demandas evidenciadas: ausência de documentação, precariedade das casas, pessoas com deficiência, idosos em situação de desprezo, etc.;
- Articular melhor o atendimento de proteção social, denunciando os limites dos equipamentos no atendimento de demandas;
- Iniciar discussão em torno do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) com as lideranças comunitárias, buscando o atendimento das demandas e buscando alternativas, como plantio de hortas comunitárias, hortas de quintal, reaproveitamento de alimentos, etc;
- Melhorar as estratégias de comunicação e mobilização social para levar mais longe a solidariedade.

Por fim, queremos lembrar a música de Aldir Blanc que diz “a esperança equilibrista sabe que o show de todo artista tem que continuar!” A nossa esperança é mesmo assim, caminha por lugares difíceis de atravessar. Mas ela vai chegando aos poucos, um passo para á frente, dois para trás... Importante é ser estratégico/a e saber o que se quer alcançar, criando metas e perseguindo-as e sabendo que o caminhar é coletivo.

Referências:

A fome e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) em filmes documentários brasileiros https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41112/2/ve_Juliana_Silva_etal.pdf

- LEI DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/documentos/pagina/lei_11346-06.pdf



cdvhs.org.br



fb.com/CentroHerbertdeSouza



@cdvhs.ce