

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Livia Custódio Puntel Campos

**VIVÊNCIAS E NARRATIVAS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM UM
CONTEXTO DE TRANSFORMAÇÕES URBANAS: Um Estudo no Morro das Pedras,
Belo Horizonte**

Belo Horizonte
2024

Lívia Custódio Puntel Campos

**VIVÊNCIAS E NARRATIVAS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM UM
CONTEXTO DE TRANSFORMAÇÕES URBANAS: Um Estudo no Morro das Pedras,
Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Profa. Dra. Elis Mina Saraya Borde

Belo Horizonte

2024

C198v Campos, Livia Custódio Puntel.
Vivências e narrativas do processo saúde-doença em um contexto de transformações urbanas [recurso eletrônico]: um estudo no Morro das Pedras, Belo Horizonte. / Livia Custódio Puntel Campos. - - Belo Horizonte: 2024.
156f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Elis Mina Seraya Borde.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Reforma Urbana. 2. Processo Saúde-Doença. 3. Determinação Social da Saúde. 4. Características da Vizinhança. 5. Vulnerabilidade Social. 6. Dissertação Acadêmica. I. Borde, Elis Mina Seraya. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 380

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
MEDICINA - CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Realizou-se, no dia treze de novembro de 2024, às 10:00 horas, online, plataforma Zoom, na Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada "**Vivências E Narrativas Do Processo Saúde-Doença Em Um Contexto De Transformações Urbanas: Um Estudo No Morro Das Pedras, Belo Horizonte**", apresentada por LIVIA CUSTÓDIO PUNTEL CAMPOS, número de registro 2022687951, graduada no curso de FILOSOFIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Profa. Elis Mina Seraya Borde - Orientadora (UFMG), Profa. Marcia Thereza Couto (Universidade de São Paulo), Profa. Rose Ferraz Carmo (ESP-MG), Prof. Pablo Cardozo Rocon (UFMT). A Comissão considerou a dissertação APROVADA. Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 13 de novembro de 2024.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Elis Mina Seraya Borde, Professora do Magistério Superior**, em 27/11/2024, às 19:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Márcia Thereza Couto Falcão, Usuária Externa**, em 10/12/2024, às 13:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pablo Cradozo Rocon, Usuário Externo**, em 28/01/2025, às 11:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rose Ferraz Carmo, Usuário Externo**, em 11/02/2025, às 09:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 3765491 e o código CRC DDC6A452.

*Aos moradores do Morro das Pedras participantes
das entrevistas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Elis Mina Seraya Borde, por me possibilitar realizar essa pesquisa, pelo valioso conhecimento compartilhado, pela generosidade, por proporcionar um ambiente saudável e de profícuo aprendizado e também pelas partilhas não acadêmicas.

Agradeço aos professores membros da banca de qualificação e de defesa, Márcia Thereza Couto, Rose Ferraz Carmo, Amélia Augusta de Lima Friche e Pablo Cardozo Rocon, pelas inspirações e pelas valiosas contribuições ao trabalho.

Às colegas do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), Lídia, pela disponibilidade das informações, e à Solimar pela produção cuidadosa dos mapas. Às colegas de mestrado, pelos compartilhamentos que tornaram o cotidiano acadêmico mais leve.

Aos colegas de trabalho do SEINP/MG, Léo, Rimena e Mariângela e, especialmente, à Roberta Borges, pelo companheirismo e cumplicidade.

Agradeço aos inúmeros amigos e amigas que me apoiaram ao longo desse processo, mesmo que empiricamente distantes, em especial a Kairo e Núbia por se fazerem sempre presentes.

À minha mãe, por me inspirar sendo o exemplo de que é possível ir além em meio às adversidades. Ao Rafa, pela genuína irmandade. À minha madrinha Vanilda pela torcida e apoio. Aos que vieram antes e depois de mim e me deram o suporte invisível tão necessário, em especial ao Otto.

À minha pequena família, meu marido Marcelo pelo incentivo persistente, pelas valiosas dicas e pela generosa disponibilidade de tempo, e ao Chico, meu raio de Sol, por me inspirar a seguir em frente com amor.

RESUMO

Introdução: As intervenções de transformação urbana têm como finalidade a melhoria das condições de vida dos moradores e a promoção de ambientes mais equânimes e saudáveis. No entanto, também podem acarretar consequências prejudiciais não intencionais. A compreensão dos efeitos das intervenções urbanas em favelas na saúde e no bem-estar dos moradores está mediada pela compreensão da saúde e da doença de forma geral. Informações qualitativas, como a aproximação dos sentidos atribuídos ao processo saúde-doença, são importantes para aprofundar o entendimento dos efeitos das intervenções nas experiências individuais e coletivas associadas a elas. **Objetivos:** Compreender as percepções do processo saúde-doença dos moradores da favela Morro das Pedras, participante das intervenções de transformação urbana no marco do Programa PAC Vila Vila (PVV), em Belo Horizonte, identificando as concepções de saúde e doença, as dimensões de vizinhança relacionadas ao processo saúde-doença e possíveis diferenças nas percepções dos moradores, para contribuir com estudos sobre os efeitos das intervenções de transformação urbana na saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou a Análise Temática Reflexiva (ATR) para a análise de 37 entrevistas semiestruturadas, realizadas em 2018 com moradores da favela Morro das Pedras. O referencial teórico adotado foi o da Determinação Social da Saúde e da Saúde Urbana. **Resultados:** As concepções de saúde dos moradores vão além da presença ou ausência de doenças, englobando aspectos psicoemocionais - como sofrimentos emocionais, depressão e ansiedade- e a funcionalidade, ou seja, a capacidade de realizar atividades cotidianas e cumprir papéis sociais, mesmo convivendo com doenças. As percepções mostraram-se heterogêneas, influenciadas por fatores como gênero e geração. As dimensões de vizinhança que afetam o processo saúde-doença identificadas foram saneamento básico, acesso e mobilidade, condições habitacionais, relações de vizinhança e as múltiplas formas de violência (estruturais e simbólicas), com efeitos ambivalentes na saúde. As percepções de saúde dos moradores moldaram o entendimento dos efeitos das intervenções urbanas na saúde, que, por sua vez, apresentaram efeitos paradoxais. **Conclusão:** O estudo evidencia a importância de considerar a multidimensionalidade do processo saúde-doença, assim como os efeitos paradoxais de intervenções urbanas, nos estudos e avaliações de seus efeitos na saúde.

Palavras-chave: intervenções de transformação urbana; percepção de saúde; narrativa; determinação social da saúde.

ABSTRACT

Introduction: Urban transformation interventions aim to improve residents' living conditions and promote more equitable and healthy environments. However, they can also lead to unintended harmful consequences. Understanding the effects of urban interventions in favelas on residents' health and well-being is mediated by a general comprehension of health and illness. Qualitative information, such as exploring the meanings attributed to the health-disease process, is important for deepening the understanding of the interventions' effects on the individual and collective experiences associated with them. **Objectives:** To understand the perceptions of the health-disease process among residents of the Morro das Pedras favela, which participated in urban transformation interventions under the PAC Vila Viva Program (PVV) in Belo Horizonte. Specifically, to identify conceptions of health and illness, neighborhood dimensions related to the health-disease process, and possible differences in residents' perceptions, in order to contribute to studies on the effects of urban transformation interventions on health. **Methods:** This is a qualitative study that utilized Reflexive Thematic Analysis (RTA) to analyze 37 semi-structured interviews conducted in 2018 with residents of the Morro das Pedras favela. The theoretical framework adopted was that of Social Determination of Health and Urban Health. **Results:** Residents' conceptions of health go beyond the presence or absence of diseases, encompassing psycho-emotional aspects - such as emotional suffering, depression, and anxiety—and functionality, that is, the ability to perform daily activities and fulfill social roles even while living with illnesses. The perceptions proved to be heterogeneous, influenced by factors such as gender and generation. The neighborhood dimensions identified as affecting the health-disease process were basic sanitation, access and mobility, housing conditions, neighborhood relations, and multiple forms of violence (structural and symbolic), with ambivalent effects on health. Residents' health perceptions shaped the understanding of the effects of urban interventions on health, which, in turn, presented paradoxical effects. **Conclusion:** The study highlights the importance of considering the multidimensionality of the health-disease process, as well as the paradoxical effects of urban interventions, in studies and evaluations of their impacts on health.

Keywords: urban transformation interventions; health perception; narrative; social determination of health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ATR	Análise Temática Reflexiva
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BHTRANS	Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais da Saúde
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CPqRR	Centro de Pesquisas René Rachou
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GR	Grupo de Referência
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
LPUOS	Lei de Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OP	Orçamento Participativo

OSUBH	Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte
PAC	Plano de Aceleração do Crescimento
PGE	Plano Global Específico
PM	Polícia Militar
PROFAVELA	Programa Municipal de Regularização de Favelas
PVV	Programa Vila Viva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Setor Especial
SLU	Superintendência de Limpeza Urbana
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UAP	Urbanização de Assentamentos Precários
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URBEL	Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
ZEIS	Zonas e Áreas Especiais de Interesse Social

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática das contribuições do contexto de vizinhança para os desfechos em saúde	33
Figura 2 - Mapa do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) 2012, em Belo Horizonte	41
Figura 3 – Mapas com destaque para as Vilas do Aglomerado Morro das Pedras, região oeste de Belo Horizonte, 2024	47
Figura 4 - Mapa do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) das vilas do Aglomerado das Pedras, na região oeste de Belo Horizonte, 2024	49
Figura 5 - Mapa temático	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos entrevistados	55
Quadro 2 - Quadro temático	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de domicílios e população das vilas do Aglomerado Morro das Pedras, 2020	49
Tabela 2 - Escolaridade dos moradores entrevistados	53
Tabela 3 - Renda média familiar dos moradores entrevistados	53
Tabela 4 - Distribuição etária dos moradores entrevistados	54

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. MARCO TEÓRICO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
2.1. Os processos saúde-doença: sobre doenças, enfermidades e releituras críticas sobre desfechos em saúde.....	16
2.1.1. Saúde e doença: entre processos e perspectivas.....	16
2.1.2. Abordagens críticas.....	19
2.2. Espaço, territorialidades e categorias sociais na saúde.....	22
2.2.1. Espaço, território e territorialidade.....	23
2.2.2. Marcadores Sociais e interseccionalidade no território.....	26
2.3. Intervenções de transformação urbana em favelas, indicadores de desfecho utilizados no campo da saúde urbana.....	27
2.3.1. Favelas como territórios vulnerabilizados.....	27
2.3.1.1. Definição, nomenclatura e estigmatização.....	27
2.3.1.2. Formação das favelas, conformação e vulnerabilidades.....	30
2.3.2. Saúde Urbana e Intervenções de transformação urbana em territórios vulnerabilizados.....	31
2.3.3. Desfechos utilizados no campo da saúde urbana - impacto das intervenções....	33
3. PROGRAMA VILA VIVA.....	36
4. FAVELAS EM BELO HORIZONTE E O ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE (IVS).....	39
5. JUSTIFICATIVA.....	42
6. OBJETIVOS.....	43
6.1. Objetivo Geral.....	43
6.2. Objetivos Específicos.....	43
7. MÉTODOS.....	44
7.1. Narrativas em saúde: perspectivas individuais e coletivas.....	44
7.2. Contexto do estudo.....	45
7.2.1. Projeto BH Viva.....	45
7.3. Pressupostos.....	46
7.4. Aspectos Éticos.....	46
7.5. Caracterização do campo de pesquisa.....	47
7.5.1. Aglomerado Morro Das Pedras.....	47
7.5.2. Caracterização dos participantes.....	50
7.6. Procedimentos Analíticos.....	51
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
8.1. Perfil dos entrevistados.....	53
8.1.1. Extratos de trajetória dos moradores entrevistados.....	57
8.2. Estrutura temática.....	59
8.3. Ter saúde: para além de ter ou não doenças.....	62

8.3.1. Dimensão biológica - ter ou não doenças.....	64
8.3.2. Dimensão das Funcionalidades - poder caminhar, trabalhar, lidar com a vida..	66
8.3.3. Aspectos psicológicos e emocionais: sofrimentos que adoecem.....	69
8.3.4. Ampliação das concepções.....	71
8.3.5. Produtores de saúde: Uso dos serviços de saúde e condições de acesso.....	72
8.3.6. A relação entre hábitos e condições de saúde.....	77
8.4. O processo saúde-doença na vizinhança.....	80
8.4.1. Saneamento básico - saúde e conforto.....	81
8.4.2. Acesso, mobilidade e estética - relações dentro e fora do morro.....	84
8.4.3. Favela encaixotada - enquadramentos de modos de vida.....	88
8.4.4. Vizinhanças boas e ruins - as relações entre vizinhos.....	95
8.4.5. Violências.....	101
8.4.5.1. Violências - tráfico e policiamento.....	101
8.4.5.2. Violências - Discriminação e estigma - “aqui todo mundo é trabalhador”... 106	
8.4.5.3. Violências - dignidade e desgosto nas realocações: “se eu mudar daqui eu até adoço”.....	110
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
10. REFERÊNCIAS.....	122
11. ARTIGO CIENTÍFICO FORMATADO PARA SUBMISSÃO À REVISTA CIENTÍFICA.....	129
ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	150
ANEXO B - FICHA DE DADOS DE ENTREVISTADOS.....	154
ANEXO C - FICHA CONTROLE DE PARTICIPANTES SEGUNDO TÉCNICA BOLA DE NEVE.....	155

1. INTRODUÇÃO

As intervenções de transformação urbana são amplamente promovidas e reconhecidas como estratégia financeiramente viável e socialmente adequada para melhorar as condições de vida em favelas (HABITAT, 2014). Tais intervenções são objeto de políticas públicas de vários países, o que torna premente a avaliação de seus efeitos, inclusive na saúde, onde há hoje poucas evidências de "melhorias da saúde e redução das iniquidades" (FRICHE *et al.*, 2015, p.S51).

As intervenções de transformação urbana buscam implantar melhorias nas condições de vida dos moradores e podem ser de infra-estrutura, de cunho social, ambiental, jurídico ou econômicas. Tais intervenções são muito heterogêneas, variando conforme o contexto regional e seu escopo (HENSON *et al.*, 2020). Implantação de saneamento básico, infraestrutura para transporte, legalização e posse de terra, estabelecimento de espaços verdes, são alguns exemplos de intervenções de transformação urbana (CORBURN; SVERDLIK, 2017; RIGON, 2022), que frequentemente são referidas na literatura como intervenções de "urbanização", "requalificação" ou "revitalização" urbana. No presente estudo, adotamos o termo "intervenções de transformação urbana" considerando que os espaços já são urbanizados e que nem todas as intervenções redundam efetiva e exclusivamente em melhorias, podendo gerar também efeitos indesejáveis e prejudiciais (HUCHZERMEYER, 2008).

As intervenções de transformação urbana têm como finalidade incontestemente a melhoria das condições de vida dos moradores e a promoção de ambientes mais equânimes e saudáveis, no entanto, elas também estão sujeitas a produzir consequências prejudiciais, ainda que não intencionais. As intervenções de transformação urbana, muitas vezes impulsionadas pela lógica da financeirização, frequentemente favorecem a valorização do território e a integração ao mercado em detrimento das necessidades e desejos dos moradores, resultando em processos que se preocupam com alterações estéticas no ambiente construído e deslocamentos que aprofundam desigualdades socioespaciais e podem produzir efeitos negativos na saúde, uma vez que impactam no bem-estar dos moradores (RIGON, 2022; YEBOAH; ASIBEY; ABDULAI, 2021).

Destacando ainda outro aspecto, Rigon (2022) afirma que intervenções de requalificação urbana em favelas muitas vezes partem de uma visão externa que frequentemente ignora a diversidade de identidades, necessidades e experiências dos moradores, o que também implica que os efeitos das intervenções sejam diferentes para

diversos grupos residentes nessas áreas (RIGON, 2022; YEBOAH; ASIBEY; ABDULAI, 2021). Tais diferenças devem também ser analisadas, uma vez que os benefícios, e possíveis prejuízos, podem ser distribuídos de maneiras distintas de acordo com a diversidade interna das vilas e favelas (RIGON, 2022).

Considerando a relação dessas intervenções com potenciais efeitos sobre a qualidade de vida e o processo saúde-doença da população, o campo da saúde urbana aborda tais efeitos sobre a qualidade de vida e processo saúde-doença das populações de diferentes formas. A maioria dos estudos que investigam os efeitos das intervenções de transformação urbana na saúde utiliza métodos quantitativos para avaliar o impacto dessas ações principalmente sobre doenças infecciosas. Em menor escala, mas com ênfase crescente, esses estudos também têm abordado os efeitos sobre doenças não infecciosas, além de analisar os estilos e modos de vida da população afetada, capital social, saúde mental e percepções de segurança e violência (CAIAFFA *et al.*, 2008; HENSON *et al.*, 2020; TURLEY *et al.*, 2013).

A análise dos efeitos das intervenções urbanas nas favelas na saúde e no bem-estar dos moradores está mediada pela compreensão da saúde e da doença de forma geral. Estudos do campo da saúde urbana, por exemplo, incorporam diferentes compreensões na medida em que definem os indicadores de desfechos de morbidades, subentendida a noção de presença ou ausência de doença. Todavia, as compreensões da saúde e da doença também marcam as percepções dos moradores quanto aos efeitos das intervenções de transformação urbana, na medida em que a percepção de saúde de uma população se ergue a partir de um contexto sociocultural, a partir do grupo social do qual faz parte (CÂMARA *et al.*, 2012).

Dessa forma, os moradores podem reconhecer dimensões de saúde e bem-estar diversas daquelas que geralmente são abordadas nos estudos. Informações qualitativas, como a aproximação dos sentidos atribuídos ao processo saúde-doença e suas representações, são importantes para melhor compreensão do funcionamento das intervenções e das experiências individuais e coletivas implicadas nas intervenções (CORBURN; SVERDLIK, 2017; COSTA; GUALDA, 2010; TURLEY *et al.*, 2013).

Outro potencial da abordagem qualitativa na compreensão das experiências dos moradores é a contribuição para contextualização das variações dos efeitos observados nos resultados quantitativos (HENSON *et al.*, 2020), propiciada por um maior aprofundamento do contexto individual e coletivo. Além disso, os estudos qualitativos permitem reconhecer melhor a heterogeneidade das experiências, apontando caminhos para tornar as intervenções

mais justas a partir de um ponto de vista interseccional¹, conforme descrito por Rigon (2022). O conhecimento acerca das representações e sentidos associados ao processo saúde-doença e bem-estar de uma determinada população é essencial para a compreensão da aceitação, utilização e avaliação de políticas e programas e seus respectivos efeitos no processo saúde-doença (UCHÔA; VIDAL, 1994), contribuindo para intervenções mais inclusivas e alinhadas com as necessidades diversificadas das populações afetadas.

Este estudo tem como objetivo compreender as percepções dos processos saúde-doença dos moradores de um território impactado por intervenções urbanas, bem como as determinações do processo saúde-doença vivenciados, a fim de subsidiar a análise dos efeitos dessas intervenções na saúde. A abordagem qualitativa é essencial para captar dimensões de bem-estar e mal-estar que não são refletidas nos indicadores tradicionais de morbimortalidade. Dessa forma, ao explorar as percepções dos moradores sobre os processos saúde-doença - considerado um espectro, não binário - o estudo oferece uma visão mais ampla e contextualizada de dimensões importantes para a compreensão dos efeitos da vizinhança em territórios com intervenções urbanas.

A análise das narrativas dos moradores de territórios marginalizados, onde ocorrem intervenções de transformação urbana, contribui para uma compreensão mais profunda dos efeitos dessas ações sobre diferentes grupos sociais. Esse conhecimento poderá complementar estudos quantitativos sobre o impacto do programa Vila Viva em Belo Horizonte, ao mesmo tempo em que poderá captar possíveis contradições nos resultados e gerar novas compreensões que contribuam para a análise dos efeitos de vizinhança na saúde no âmbito da saúde urbana.

Diante de uma crescente demanda por avaliações de políticas públicas e o reconhecimento destas como um instrumento democrático (ARRETCHE, 2013), este estudo destaca a importância de identificar as percepções dos moradores para avaliar a implementação e os efeitos das intervenções. A compreensão dessas percepções oferece informações valiosas para o desenvolvimento de políticas mais participativas e centradas nas necessidades e preferências dos grupos afetados. Além disso, essa abordagem pode contribuir para a identificação de barreiras e facilitadores socioculturais que podem influenciar a eficácia das intervenções urbanas, ampliando o potencial para ações que realmente

¹ A perspectiva interseccional destaca como as múltiplas formas de injustiça - relacionadas a gênero, raça, classe, idade e outras identidades - podem afetar de maneira desigual os grupos sociais, revelando desigualdades.

promovam melhorias na saúde e no bem-estar das populações desses territórios, evitando efeitos indesejados (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008; TURLEY *et al.*, 2013).

2. MARCO TEÓRICO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Os processos saúde-doença: sobre doenças, enfermidades e releituras críticas sobre desfechos em saúde

A compreensão dos conceitos de saúde e doença é fundamental para o campo da saúde pública, uma vez que essas noções influenciam diretamente a forma como os indivíduos e a sociedade percebem, interpretam e respondem às questões relacionadas ao processo saúde-doença. Tais concepções também irão moldar as ofertas de serviços e a concepção de políticas públicas que visem a melhoria das condições de saúde. Os significados de saúde e doença estão em constante transformação, refletindo as mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas que ocorrem ao longo do tempo. Em diferentes momentos históricos, as relações epistêmicas são constituídas a partir dos modelos interpretativos das matrizes de conhecimento convencionais e das condições sociopolíticas e culturais da sociedade (BREILH PAZ Y MIÑO; KRIEGER; BREILH AYORA, 2023, p.75). Esses, por sua vez, irão interagir de maneira a influenciar a transformação de conteúdos, valores, compromissos sociais, diretrizes e aplicações práticas (BREILH, 2021; BREILH PAZ Y MIÑO; KRIEGER; BREILH AYORA, 2023). Desta forma, os significados de saúde e doença têm se transformado de acordo com o contexto social, cultural e epistemológico de cada época. As representações de saúde e doença, ancoradas no âmbito sobrenatural ou natural, originando-se dentro ou fora do corpo humano, são diversas e nelas resistem "vestígios imemoriais", "impregnados de permanências" (SEVALHO, 1993, p. 361). Essas transformações históricas no entendimento do processo saúde-doença refletem diretamente na formulação de políticas públicas e na organização dos sistemas de saúde, que devem responder a essas novas e mais amplas expectativas de cuidado e promoção da saúde.

2.1.1. Saúde e doença: entre processos e perspectivas

Saúde e doença são conceituadas e abordadas de múltiplas formas na sociedade e na pesquisa científica. Do seu estatuto ontológico à historicidade de suas representações, da abordagem clínica à sua determinação social, do aspecto individual ao coletivo, do simbólico ao prático, do conceito à experiência, o binômio saúde-doença é tratado a partir de diversos enfoques teórico-metodológicos (ADAM; HERZLICH, 2001; CZERESNIA; MACIEL;

OVIEDO, 2013; FILHO, 2011; UCHÔA; VIDAL, 1994). Apesar das múltiplas abordagens, não é comum que os pressupostos teóricos, valores e enfoques estejam explícitos nas investigações e nas políticas quando se aborda a saúde. Esse tipo de enfoque é importante para o reconhecimento das potencialidades, limites de propostas e análises em saúde (MCCARTNEY *et al.*, 2019; MENDES, 1999). Ademais, conceitos e experiências são produzidos e reproduzidos, alimentando-se mutuamente, reificando a compreensão de saúde e doença cotidianamente. Por mais que os conceitos sejam generalizações, eles constituem explicações, propostas de intervenção, constituem consensos e dissensos comunicáveis, orientam ações concretas no âmbito das políticas e delinham experiências (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Em 1948, na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu-se o conceito de saúde como "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1948²). Este conceito foi desenvolvido em oposição à ideia negativa de saúde como ausência de doença. O conceito da OMS, aclamado pela ênfase em aspectos mais amplos, também foi criticado ao defini-la como um bem-estar completo, denotando um estado inatingível (YOUNG, 2005). Posteriormente, o Escritório Regional da OMS, elaborou um conceito, que fora incluído na Carta de Ottawa (1986), no âmbito da promoção da saúde:

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, [s.d.], p.1).

Nesta definição, a concepção de saúde é positiva e reconhece que fatores determinantes para a saúde extrapolam o setor saúde, que tem se apresentado focado majoritariamente na assistência às doenças. Na esteira de documentos como o Informe Lalonde (1974) e a Declaração de Alma-Ata (1978), que concebiam a saúde condicionada por fatores que extrapolam a atuação do setor saúde, a Carta de Ottawa expressa os pilares da promoção da saúde. Embora a versão mais abrangente da OMS não tenha sido alterada, a definição de saúde da Carta de Ottawa é uma das mais citadas. Este conceito ancora-se nos determinantes sobre as condições de saúde, reconhecendo a saúde como produto de um rol abrangente de fatores relacionados à qualidade de vida, tais como segurança alimentar e nutricional, habitação e saneamento adequados; boas condições de trabalho; educação;

² A Constituição foi adotada pela Conferência Internacional de Saúde em Nova York em 1946, assinada por 61 estados e entrou em vigor em 1948 (WHO).

ambiente saudável; "apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde" (BUSS, 2000, p.167).

Uma das noções de saúde mais enraizadas no senso comum e na prática médica, é a concepção de saúde como ausência de doença. Sob esse conceito, seria saudável o indivíduo sem sintomas, ou sem qualquer déficit funcional. Essa noção emerge na modernidade, consolidando-se no século XIX, fundamentada em explicações mono ou multicausais de causa e efeito (relação agente/hospedeiro/ambiente) e concretiza-se no campo das práticas e da produção do conhecimento em saúde "fundamentados nas ciências biológicas e médicas" (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; p.12). Muito influenciada pelos conhecimentos da microbiologia e orientada para o controle dos vetores e agentes infecciosos, essa equação teve a necessidade de ser revista com a emergência de novas doenças, passando a considerar as consequências da ação humana (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Esta concepção enfatiza o predomínio da abordagem clínica sobre a doença (fisiopatológica) e tem como consequência a organização de serviços "preventivos e curativo-reabilitadores" (MENDES, 1999).

A articulação da saúde com as condições de vida, para além da relação hospedeiro/agente infeccioso, a consideração de parâmetros não biomédicos para o estabelecimento de saúde, ou do que pode ser saudável, contribui para uma visão mais ampla e abrangente de saúde, doença e também do cuidado. Concepções de saúde abrangentes e positivas, passam a articular saúde às condições de vida por meio das "interrelações biológicas, ecológica, consciência e conduta e processos econômicos" (MENDES, 1999). No entanto, na prática, nas políticas e investigações sobre saúde, a maior parte baseia-se no conceito negativo de saúde como ausência de doença (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Abordagens históricas das representações de saúde e doença mostram como estas acompanham o contexto histórico e filosófico situados em determinado período, Sevalho (1993) delinea algumas representações de saúde e doença no curso da história ocidental relacionando-os aos contextos sociais, econômicos, filosóficos e culturais, destacando mudanças e permanências (SEVALHO, 1993). A saúde enquanto representação foi delineada especialmente pela sociologia e antropologia médica (SEVALHO, 1993). De acordo com esta abordagem, grupos sociais produzem representações do processo saúde-doença, os indivíduos lançam mão de um tipo específico de explicação do processo, apoiado num quadro interpretativo característico do seu grupo social (ADAM e HERZLICH, 2000). Representações de saúde e doença fundamentam as experiências e comportamentos das populações sobre determinados eventos de saúde. As redes de símbolos (Good, 1994 *apud*

FILHO, 2011) são essenciais para compreensão do processo saúde-doença, pois articulam os conceitos biomédicos e culturais e influenciam o comportamento e as atitudes frente a determinados problemas (FILHO, 2011). Por sua vez, a definição das causas, determinantes e fatores de risco é intermediada por códigos sociais tanto na experiência do adoecimento como na assistência à saúde (UCHÔA; VIDAL, 1994). Em uma perspectiva crítica, Bibeau e Corin propõem acrescentar à perspectiva de rede semântica os aspectos socioeconômicos, políticos e históricos do processo saúde-doença, inserindo desta forma a perspectiva global na compreensão da experiência do adoecimento (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002; FILHO, 2011). Considerando que as experiências são mediadas pelas representações socioculturais, a compreensão do adoecimento, enquanto experiência, individual (principalmente), mas também coletiva, passa a ser condicionada pela dimensão simbólica. Considerando as dimensões do processo saúde-doença, a antropologia médica irá propor distinções entre *disease* (doença/patologia), *illness* (enfermidade) e *sickness* (doença/mal-estar). *Disease* seria doença como objeto de conhecimento, relativo ao diagnóstico, com critérios e propriedades específicas; *Illness* é a experiência do adoecimento, é a perspectiva do paciente sobre a doença, um componente subjetivo; *Sickness*, diz respeito ao processo de socialização da doença, sua construção sociocultural (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; FILHO, 2011; LANGDON, 2014).

2.1.2. Abordagens críticas

No século XIX na Europa surge a chamada Medicina Social europeia, que relaciona o processo saúde-doença às condições de vida. Os movimentos revolucionários de 1848, com outros elementos contextuais da época como, a polícia médica alemã, a medicina urbana francesa, o ideário revolucionário francês, somado à precariedade das condições de trabalho da população, contribuíram para o surgimento dessa abordagem (SEVALHO, 1993). A intensa urbanização e miséria geraram graves problemas sociais, com consequente exacerbação de problemas de saúde. Czeresnia (1997) discorre sobre o período que “os médicos, envolvidos com o intenso movimento social que emergiu nesse período, ao relacionarem a doença com o ambiente, articulavam-no também às relações sociais que o produziam. A fome, a miséria, a exploração e a opressão foram identificadas como a principal origem das doenças” (CZERESNIA, 1997, p. 56). Tendo no patologista alemão Virchow uma de suas principais referências, a medicina social europeia identificou a necessidade de mudanças sociais para o devido enfrentamento das causas dos problemas de saúde, pois as condições sociais eram reconhecidas como geradoras de doenças. Desta forma,

a consideração de questões sociais e políticas tornam-se centrais para tratar a questão sanitária. Essas e elaborações teóricas e experiências práticas que foram desenvolvidos por médicos-sanitaristas como Espejo e Allende na América Latina, entrarão nas chamadas Epidemiologias Críticas e, de forma mais ampla, no que vem sendo referido como Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-Americana (BREILH, 2021; BREILH PAZ Y MIÑO; KRIEGER; BREILH AYORA, 2023).

A Medicina Social e Saúde Coletiva Latino-Americana, especialmente após a década de 70, desenvolveu a perspectiva da determinação social da saúde. Essa abordagem propõe que a produção da saúde deve ser compreendida em função do contexto socioeconômico e político (IRIART *et al.*, 2002). Ancorada na perspectiva latino-americana, a determinação social da saúde caracteriza-se por uma perspectiva crítica, a qual emerge da insuficiência das explicações estritamente biológicas para os processos saúde-doença, fundamentando-se na compreensão que tais processos são socialmente determinados (LAURELL, 1983), considerando as dinâmicas socioeconômicas globais.

Essa perspectiva fundamenta-se em pressupostos que priorizam a análise contextual dos processos saúde-doença: 1. a análise das particularidades a partir do contexto social que as define; 2. a consideração de populações cujas características extrapolam a esfera individual; 3. a inclusão das dimensões econômicas, sociais, políticas e ideológicas de uma sociedade específica em seu contexto histórico. Essas três dimensões formam a base para a compreensão de outras variáveis, como sexo e idade, que, isoladamente, não são suficientes para explicar as diferenças nos processos de saúde (IRIART *et al.*, 2002; LAURELL, 1983).

Essa perspectiva requer um aprofundamento do contexto social, uma vez que este determina diretamente o processo saúde-doença, uma vez que as condições sociais de vida expressam-se nos indivíduos, de acordo com Laurell (1983) "o processo saúde doença coletiva determina as características básicas sobre as quais assenta-se a variação biológica individual" (LAURELL, 1983, p.13). Dessa forma, diferentes condições sociais, resultam em diferentes condições e perfis de saúde (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

No diapasão da epidemiologia social e, em oposição ao isolamento do processo saúde-doença dos processos sociais, a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) situa os efeitos das perspectivas sociais na saúde. As desigualdades em saúde resultantes das disparidades de recursos e condições de vida, são reconhecidas como evitáveis e injustas - as iniquidades. Essa abordagem retoma a centralidade do social na saúde ao ser colocada na agenda política internacional pela OMS que criou, em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) e cujo relatório final, de 2008, consolidou-se como referência sobre

o tema das iniquidades em saúde (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). Algumas diferenças dessa abordagem, em relação à Determinação Social, residem na concepção de saúde dos DSS. A concepção de saúde dos DSS coincide com a ausência de morbimortalidade e longevidade, além disso, não supera a noção de causalidade convencional, o que redundava no reforço de relações unidirecionais e causais, capazes de gerar desfechos (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015) descontextualizando a saúde dos processos sociais mais abrangentes como fatores produtores das iniquidades em saúde.

Na análise do processo de determinação social, Breilh (2021;2023) ainda propõe três dimensões sociais onde se concretizam a reprodução social, por meio do metabolismo com a natureza: a dimensão social, a dimensão particular e a dimensão individual. A *dimensão geral* da sociedade, mais ampliada, consiste no regime de produção e constituição cultural; a *dimensão particular* são as relações de classe "com seus modos específicos de vida - cruzadas em uma matriz de poder por relações de gênero e étnico raciais" (BREILH PAZ Y MIÑO; KRIEGER; BREILH AYORA, 2023, p.169); e por fim, a *dimensão individual* de famílias e pessoas, abarcando o estilo de vida, "itinerários cotidianos, expressões corporais, psicológicas e espirituais" (BREILH PAZ Y MIÑO; KRIEGER; BREILH AYORA, 2023, p. 169).

A Determinação Social contextualiza os processos de vulnerabilização na distribuição assimétrica de recursos e poder nas suas múltiplas dimensões (BREILH, 2021). A análise a partir desta abordagem, implica no reconhecimento de que os processos estruturais de marginalização moldam a vida de modo a expressarem-se no processo saúde-doença (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015). A análise do processo saúde-doença se dá nos indivíduos, porém a interpretação considera o caráter social do grupo ao qual pertence, uma vez que a história social condiciona sua fisiologia a adoecer de determinado modo, sendo, portanto, imprescindível sua consideração (LAURELL, 1983). A natureza social da doença não se encontra nos indivíduos, mas no modo de adoecer e morrer de certos grupos sociais.

Krieger (2021), em uma perspectiva semelhante, explora a conexão do contexto ecológico e social como dimensões que moldam os padrões biológicos dos indivíduos. Na sua perspectiva do *embodiment*, ou corporificação, ela sugere que as desigualdades sociais e ambientais são incorporadas biologicamente, afetando padrões de saúde dos indivíduos. Ela argumenta que os corpos refletem as condições de vida e as experiências sociais ao longo do tempo, resultando em diferenças observáveis na saúde e doença entre diferentes grupos

populacionais. Dessa forma, as disparidades sociais e ecológicas se manifestam de maneira tangível nos corpos, evidenciando como as experiências de injustiça, discriminação e privação podem resultar em vulnerabilidades biológicas. Essa perspectiva oferece uma visão holística da saúde, sublinhando a importância de considerar os contextos socioambientais ao analisar os padrões de saúde e doença, e reforça a necessidade de políticas públicas que abordem essas desigualdades estruturais para promover a equidade em saúde (BREILH, 2021; BREILH PAZ Y MIÑO; KRIEGER; BREILH AYORA, 2023; KRIEGER, 2014):

O "mal-estar" traduz basicamente o que a Medicina Social e a Saúde Coletiva Latino-Americana teorizou em torno dos processos dinâmicos e dialéticos de "saúde-doença", em vez de categorias biomédicas dicotômicas de saúde e doença (Waitzkin e outros, 2001) e incorpora a ideia de saúde sendo sistematicamente ligada a princípios mais amplos de boa vida e bem-estar (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2022).

Entender a regressão global complexa é crucial para entender os processos multidimensionais que determinam as condições epidemiológicas coletivas. A determinação social do bem viver e da saúde, a subsunção do mundo biológico no mundo social, e as correspondentes formas de incorporação (*embodiment*) físicas e mentais, assim como as sociais podem ser entendidas quando sua análise é inserida em uma determinação contextual mais ampla (BREILH, 2021; BREILH PAZ Y MIÑO; KRIEGER; BREILH AYORA, 2023).

2.2. Espaço, territorialidades e categorias sociais na saúde

A compreensão dos conceitos de espaço e território, é crucial para a análise das condições de saúde e da percepção que as pessoas possuem do processo saúde-doença. A polissemia dos termos "espaço" e "território", frequentemente utilizados como sinônimos, reflete a necessidade de um olhar mais cuidadoso sobre suas nuances e sua relação com os processos saúde-doença, uma vez que é no território que se concretizam as interações sociais, as condições de vida e a distribuição dos recursos de saúde. Destaca-se a relevância de compreender o território não apenas como um contexto estático, mas também como um construto social que influencia diretamente os hábitos, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Desta forma, o território entendido não apenas como uma dimensão geográfica, mas também como um espaço socialmente construído, concentra relações de poder que afetam de forma desigual os grupos sociais, favorecendo a sobreposição de privilégios e marginalizações (Zamboni, 2014). Assim, ao estudar o território, é fundamental integrar os marcadores sociais como gênero, raça, entre outros, para entender como elas interferem na

distribuição dos recursos de saúde e na percepção de saúde dos indivíduos, permitindo uma análise mais crítica e completa dos processos de saúde-doença.

2.2.1. Espaço, território e territorialidade

Com diferentes abordagens em vários campos do conhecimento e ao longo da história, os conceitos de espaço e território possibilitam análises com perspectivas amplas e interdisciplinares. No campo da saúde, existem aproximações diversas que remontam a Hipócrates (MOLINA JARAMILLO, 2018). No Brasil, vale destacar o paradigma da medicina ambientalista e higienista que enfatizaram "a relação dinâmica entre o ambiente natural, os modos de vida e a produção e propagação de doenças" (FERREIRA, 2011, p. 74) e que, assim como a parasitologia, emergem interessando-se pelo espaço enquanto *locus* de doenças. Na epidemiologia tradicional o espaço constitui uma categoria analítica fundamental para a investigação da distribuição de enfermidades, e é caracterizado de forma autônoma, isolada do tempo e das pessoas (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000). Subjacente a esse conceito de espaço está a ideia de espaço-receptáculo, ou ainda, um "espaço ecológico externo" às pessoas, o qual determina suas doenças (MOLINA JARAMILLO, 2018, p. 2). Algumas análises de situação de saúde, embora avancem no reconhecimento da identificação das condições de vida e adoecimento no território, também utilizam o conceito de território no sentido mencionado: arrolando uma série de características constitutivas das condições de vida e saúde, desvinculadas de qualquer relação com o espaço, como "conteúdos desarticulados dos territórios analisados" (GONDIM *et al.*, 2008, p. 249). As relações entre espaço e saúde são tão variadas quanto às concepções de saúde e os conceitos de espaço.

A partir das décadas de 1960 e 1970, a geografia social promoveu um deslocamento epistemológico no conceito de espaço que influenciou vários campos do conhecimento, inclusive a saúde. Esse giro ocorre ao associar a produção da vida social ao espaço. Segundo Lefebvre (2006), o ser humano modifica o espaço e, simultaneamente, é transformado por ele; o espaço produz e é produzido. Essa concepção enfatiza a relação indissociável entre os indivíduos e o espaço, rompendo com a visão de espaço como realidade em si. De cenário neutro, o espaço passa a ser interpretado como elemento indispensável na produção da vida social. Nesse novo diapasão da geografia social, a abordagem de Milton Santos se revela particularmente profícua para o campo da saúde, ao estabelecer a categorização de espaço como um conjunto de objetos (fixos) e ações (fluxos) que interagem e refletem a estrutura do espaço geográfico (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000; MONKEN *et al.*, 2008). Os objetos são

identificados pelas formas (criadas ou não pela ação humana), como prédios, barragens, rios e montanhas. Já as ações são caracterizadas pelos movimentos, são os fluxos, circulação de pessoas, mercadorias, ideias. A interação entre os fluxos e fixos constituem o espaço geográfico.

O espaço é aquilo que resulta da relação entre a materialidade das coisas e a vida que as animam e transformam. A configuração territorial é uma produção histórica resultante dessas relações. As ações provêm das necessidades humanas: materiais, espirituais, econômicas, sociais, culturais, morais, afetivas. Sistemas de objetos e de ações interligam-se. Não há como separar natural e artificial (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000, p. 600).

Esse ferramental teórico fornecerá para o campo da saúde categorias analíticas valiosas para a investigação da relação entre espaço e o processo saúde-doença. A historicidade do espaço, constituída pelos seus usos e sua pertinência para os fluxos são aspectos do território que contribuirão para a melhor compreensão das dinâmicas sociais. Essas dinâmicas, por sua vez, possuem implicações em um nível macrossocial, das relações de poder e também simbólicas e afetivas uma vez que o espaço geográfico transcende a dimensão física. Desta forma, a percepção do espaço também será também marcada por estes aspectos subjetivos, superando a cisão humanidade-natureza.

A discussão sobre o espaço influenciará também a questão do território. O território é uma concepção utilizada em duas vertentes inicialmente: a primeira, na etologia, associada às condições de vida biológica das espécies nos estudos naturalistas, o assumindo uma faceta vinculada às dimensões de natureza e sobrevivência (MONKEN *et al.*, 2008); e a segunda remetendo à ideia de delimitação político-administrativa. A abordagem do território nesta segunda acepção é desenvolvida principalmente na gestão e nos serviços de saúde, priorizando uma visão mais operacionalizada do território. Posteriormente, são desenvolvidas propostas de inserção do território na caracterização da população ainda no âmbito dos serviços de saúde. Nesta segunda concepção, o Estado como é considerado o produtor do território, posteriormente, é incorporado o reconhecimento de outros atores como produtores, assim como a dimensão cultural e simbólica associada à dimensão material. Essa nova vertente amplia as fronteiras para uma escala social propiciando à saúde possibilidades de consideração do contexto do processo saúde-doença (MONKEN *et al.*, 2008). Como forma de superar a dicotomia constituinte do conceito de território, encarando-o de forma integrada - "a dimensão espacial material das relações sociais e o conjunto de representações sobre o espaço", Haesbaert (HASBAERT, 2014, *apud* MONKEN *et al.*, 2008, p.6) propõe as seguintes possibilidades para a definição de território:

admitir vários tipos de territórios que coexistiriam no mundo contemporâneo, dependendo dos fundamentos ligados ao controle e/ou apropriação do espaço, isto é, territórios políticos, econômicos e culturais, cada um deles com uma dinâmica própria, ou trabalhar com a idéia de uma nova forma de construirmos o território, se não de forma “total”, pelo menos de forma integrada (MONKEN *et al.*, 2008, p. 6).

Gondim *et al.* sintetizam a concepção de território:

O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente. O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (Barcellos *et al.*, 2002). O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (GONDIM *et al.*, 2008, p. 239).

Os atores produtores do território não estão desvinculados das relações de políticas e de poder, a comunidade local e o Estado participam de um constante processo de negociação e conflito, que define o uso e o controle do espaço urbano. Assim, a saúde dos indivíduos é influenciada por essas dinâmicas territoriais, que determinam o acesso a recursos, serviços e oportunidades, além de moldar as condições de vida e as experiências cotidianas (BORDE; TORRES-TOVAR, 2017). Considerando as dimensões de poder inerentes ao território, a inclusão do espaço geográfico na saúde pública pode identificar como as infraestruturas e os recursos disponíveis influenciam os padrões de saúde e doença, permitindo abordagens mais contextualizadas na avaliação e na promoção da saúde (BORDE; TORRES-TOVAR, 2017).

Os processos saúde-doença podem ser analisados territorialmente, relacionando perfis biológicos próprios a partir das relações socioespaciais do território em diversos níveis, locais, regionais e globais, considerando que os perfis biológicos podem resultar ou se adaptar às realidades territoriais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

A utilização dos conceitos de espaço e território em Milton Santos permitiu mudar o foco de atenção, que antes era centrado na doença, para os determinantes sociais das condições de saúde. A apropriação social do espaço produz territórios e territorialidades propícias à disseminação de determinadas enfermidades. Os usos e as funções que cada recorte espacial admite podem conformar perfis territoriais que revelam as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais (FARIA; BORTOLOZZI, 2009, p. 39).

O espaço, como conceito amplo e multidimensional, engloba essas interações e os processos de reestruturação urbana que influenciam a organização social e a distribuição de recursos, ou seja, dialogam mais diretamente com os processos de determinação de saúde e

doença. Assim, a compreensão das dinâmicas territoriais e espaciais é essencial para abordar os processos saúde-doença e promover intervenções que considerem a complexidade das relações sociais e econômicas no ambiente urbano.

2.2.2. Marcadores Sociais e interseccionalidade no território

Marcadores sociais da diferença são aspectos que devem ser considerados no tempo e no espaço, pois dependem do seu contexto. Tais marcadores estão impregnados na experiência dos indivíduos, não sendo desarticulados destes. Muitos aspectos individuais marcam mais ou menos as experiências a depender de sua articulação com os sistemas de poder em que estão inseridos. Raça, gênero, geração, classe social, religiosidade, são alguns dos marcadores mais estudados. Importantes frisar que há também uma dinâmica de articulação entre tais marcadores que contribuem para o processo de produção de desigualdades (ZAMBONI, 2014).

A sobreposição e a articulação entre os marcadores sociais da diferença, em uma dinâmica de privilégios e marginalização, irão interferir na produção das subjetividades, das condições de vida e, portanto, nos determinantes da saúde, em uma perspectiva interseccional. O conceito de interseccionalidade tornou-se notório a partir da conceituação da jurista norte-americana Kimberlé Crenshaw em 1989, a qual utilizou o termo para caracterizar a interdependência de classe, raça e gênero em um caso. No entanto, a articulação entre diferentes diferenciações sociais tem outros marcos simbólicos, como o manifesto "Uma Declaração Negra Feminista" de 1977 do Combahee River Collective, coletivo de mulheres negras e lésbicas estadunidense (DA SILVA, 2018; HENNING, 2015). Percorrendo a genealogia do conceito, a ideia remonta a década de 1830, presente em discursos abolicionistas e sobre o sufrágio universal (DA SILVA, 2018; HENNING, 2015; VIVEROS VIGOYA, 2016).

Henning (2015) destaca algumas variações e diferenças nas teorias da interseccionalidade. Consideramos para este estudo a síntese proposta pelo autor:

[...] proponho uma noção de interseccionalidade compreendida primeiramente como relativa às formas de entrelaçamento entre os marcadores sociais da diferença e suas potenciais decorrências em termos de desigualdades sociais, assim como relativa ao desenvolvimento de táticas de resistência, questionamento e desconstrução da desigualdade, sobretudo sob distintas formas de agência interseccional. Reforça-se que a interseccionalidade, portanto, precisa ser concebida também a partir de práticas sociais decorrentes da interação conjuntural desses marcadores não apenas em seus efeitos de produção de desigualdades (HENNING, 2015, p. 118).

Os marcadores sociais da diferença e seus entrelaçamentos foram utilizados enquanto categorias de análise e interpretação dos resultados, assim como suas articulações. A partir da análise dos dados, as articulações entre os marcadores sociais mostraram-se como aportes interpretativos enriquecedores para a compreensão dos mecanismos que condicionam as experiências relacionadas ao processo saúde doença, os acessos aos recursos e serviços de saúde (COUTO; DANTAS, 2016).

Os marcadores sociais da diferença, assim como os territórios, estão vinculados aos indivíduos, delineando suas experiências, constituindo as vulnerabilidades e as potencialidades. As assimetrias de poder, de recursos e acessos são territorializadas e corporificadas. Massey (2002, p.178) irá exemplificar, por exemplo, como os marcadores gênero e raça irão condicionar a mobilidade em determinado território à noite (MASSEY, 2000). Estes processos ganham, portanto, concretude no espaço delimitando acessos em diversas escalas de relação com complexas consequências nos processos saúde-doença (DETOMI; COLOSSO, 2023).

2.3. Intervenções de transformação urbana em favelas, indicadores de desfecho utilizados no campo da saúde urbana

2.3.1. Favelas como territórios vulnerabilizados

De acordo com o Relatório 2022 do Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (UN-HABITAT, 2022), aproximadamente 1,6 bilhão de pessoas no mundo vivem em condições habitacionais inadequadas, das quais cerca de 1 bilhão residem em favelas. Nas últimas décadas, o processo de urbanização global acelerou-se significativamente: enquanto em 1950 apenas 30% da população mundial residia nas áreas urbanas, em 2018 esse percentual passou para 55%. Contudo, essa proporção de urbanização varia entre as regiões do globo, evidenciando as desigualdades geográficas. Por exemplo, enquanto na América do Norte 82% da população vive em áreas urbanas, no continente africano esse percentual é de 43% (UNITED NATIONS, 2019).

2.3.1.1. Definição, nomenclatura e estigmatização

De modo geral, no âmbito das políticas públicas, a favela refere-se a localidades ou comunidades que apresentam condições habitacionais precárias. Um dos conceitos mais amplamente utilizados internacionalmente é o proposto pelo Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (UN-Habitat) de 2003, que estabelece e especifica os seguintes

critérios para a consideração de uma área como favela: acesso inadequado à água potável; acesso inadequado ao saneamento básico e outras infraestruturas; moradias com estrutura de baixa qualidade; superlotação (alta densidade populacional); ausência de posse legal da terra. Essa definição, conforme o próprio relatório destaca, exclui as dimensões sociais e simbólicas, concentrando-se nas características físicas e jurídicas (UN-HABITAT, 2003). Esse conceito trata-se, portanto, de uma definição operacional, utilizada pelas políticas habitacionais, censos e similares.

No Brasil, o termo surgiu na segunda década do século XX, substantivado do Morro da Favella, no Rio de Janeiro (VALLADARES, 2005). Para citar uma conceituação mais recente no âmbito das políticas públicas, segue a proposta utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³, até o Censo 2010 a seguinte definição geral com os seguintes critérios:

Um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas etc.) carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e/ou densa. A identificação dos aglomerados subnormais é feita com base nos seguintes critérios: a) Ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos); e b) possuir pelo menos uma das seguintes características: i) Urbanização fora dos padrões vigentes - refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos; ou ii) Precariedade de serviços públicos essenciais, tais quais energia elétrica, coleta de lixo e redes de água e esgoto (IBGE, 2024a, p.10).

As nomenclaturas para designar favelas são múltiplas e variam no território nacional brasileiro. Considerando as políticas públicas e documentos oficiais, "vila", "comunidade", "assentamento precário", "núcleos urbanos informais", são alguns dos termos utilizados para designar favelas. O IBGE utilizou nos censos, entre 1991 e 2022, o termo "aglomerado subnormal" (IBGE, 2024a). Os termos que nomeiam, ou as características que descrevem as favelas estão relacionados à precariedade, à pobreza e à ausência de serviços (QUEIROZ FILHO, 2015; UNGER; RILEY, 2007). O termo "aglomerados subnormais", por exemplo, está fundamentado na contraposição à legalidade, caracterizando esses territórios predominantemente a partir de sua condição de irregularidade frente à legislação. As definições desses territórios pela ausência, deslegitimam as formas de existência decorrentes da adaptação e apropriação do espaço, além de reforçar o estigma da ilegalidade. Vale destacar que as representações sociais negativas e estigmatizantes da favela no Brasil

³ Instituição responsável pela produção das principais estatísticas nacionais.

remontam ao início do século XX, quando de seu início no Rio de Janeiro, então capital República em um contexto em que a intelectualidade estava centrada "na saúde da sociedade, no saneamento do país e no embelezamento da cidade do Rio de Janeiro" (VALLADARES, 2005, p. 22). Considerando tal contexto, o conhecimento difundido sobre as favelas era externo, de não moradores, e produzido em prol de ações para solucionar o "problema favela", que era sobretudo, sanitário, moral e estético (VALLADARES, 2005). Nesse contexto, intensificam-se as representações negativas e marginalizantes dos moradores das favelas, cuja estigmatização possui raízes históricas, de natureza racial e econômica. As associações negativas reforçam a ideia de que os moradores das favelas são responsáveis por sua própria condição, naturalizando as desigualdades e dificultando o acesso à implementação de políticas públicas adequadas e que visem à melhoria das condições de vida desses territórios.

Com o intuito de atender as demandas da sociedade de evitar definições estigmatizantes e alinhar a nomenclatura aos paradigmas dos marcos legais do direito à moradia como direito humano e sua função social, após décadas de reivindicações e, reconhecendo a inadequação do termo "aglomerado subnormal", o IBGE promoveu uma consulta ampla para definir uma nova nomenclatura para esses territórios periféricos (IBGE, 2024a). O consenso estabelecido resultou na adoção do termo "Favelas e Comunidades Urbanas", retomando o uso de "favela", previamente utilizado nos censos de 1950 e 1960, e mais utilizado na região sudeste do Brasil e incorporando a expressão "comunidades urbanas" para abranger denominações mais recentes e de outras regiões do Brasil. Além dessa atualização terminológica, o IBGE revisou a redação dos critérios para a identificação dessas áreas, mantendo, entretanto, os mesmos parâmetros utilizados no Censo de 2022 (IBGE, 2024a). Essa atualização é significativa, pois sinaliza uma nova abordagem que reconhece a legitimidade das favelas, deslocando o foco de uma interpretação predominantemente legalista e negativa, para uma compreensão inclusiva, pautada no direito humano à moradia. Esse reposicionamento valoriza as favelas e suas populações como sujeitos de direitos, reconhecendo, igualmente, outras formas de produção urbana⁴.

⁴ Importa ressaltar que as populações residentes em favelas desenvolveram formas próprias de organização social, "configurando identidades e relações sociais diversas, e pautadas em outras presenças, como a coletividade e a criatividade" (IBGE, 2024, p.6).

2.3.1.2. Formação das favelas, conformação e vulnerabilidades

A formação das favelas pode ser explicada por uma série de fatores, entre os quais se destacam o crescimento populacional e o processo de urbanização, acompanhado pela intensa migração da população rural para os centros urbanos. Essa migração foi, e ainda é, impulsionada por diversos fatores de atração e expulsão. Entre os fatores de atração estão a busca por oportunidades de emprego e maiores rendimentos, a disponibilidade de serviços sociais (como educação e saúde), além de infraestrutura urbana. Por outro lado, os fatores de expulsão incluem a concentração da produção agrícola, a redução da dependência de mão de obra na área rural e a concentração fundiária (UN-HABITAT, 2003). O surgimento das favelas e, de forma mais ampla, as desigualdades que permeiam a paisagem intra-urbana no Brasil, refletem um modelo de desenvolvimento urbano excludente, cuja oferta de estrutura é insuficiente ou precária, o que intensifica as disparidades socioespaciais - promovendo processos de marginalização, excluindo populações territorial e socialmente (ROLNIK; KLINK, 2011).

Assim como em demais países de baixa e média renda, no Brasil, o crescimento demográfico acompanhou a migração de grande parte de sua população das áreas rurais para as áreas urbanas. Isto acarretou um acelerado e desordenado crescimento das cidades, com ocupações informais e em locais inseguros, com riscos geológicos presentes (EZEH *et al.*, 2017; UNGER; RILEY, 2007). As políticas públicas negligenciaram as favelas durante muito tempo. Sob o pretexto da informalidade de suas ocupações, as favelas foram negligenciadas em termos de políticas públicas durante um longo período, perpetuando o ciclo de marginalização de seus moradores. Como resultado desse processo, constata-se que embora as favelas sejam facilmente identificáveis no contexto urbano, persistem as dificuldades na produção de informações consistentes e relevantes para subsidiar as políticas públicas, bem como a realização de censos, etc. (LILFORD *et al.*, 2017).

A composição das favelas no Brasil está intrinsecamente ligada a questões raciais e de gênero, fatores que devem ser considerados no contexto da vulnerabilidade em saúde. Essa composição reflete-se na conformação atual desses territórios que mantêm a predominância de mulheres e negros. De acordo com o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), as favelas brasileiras apresentam características sociodemográficas:

[...] em termos raciais e de gênero, 67% das pessoas que vivem em favelas são negras, 12% a mais do que a composição total de brasileiros e brasileiras, na qual o percentual é de 55%. Com relação ao gênero, 6,3 milhões de mulheres brasileiras vivem em favelas e 69% delas são negras (MOTTA; BRANDÃO, 2022, online).

Esses dados indicam possíveis sobreposições e interações de vulnerabilidades sociais que afetam diretamente a saúde dessas populações, visto que a interseção entre raça, gênero e condições de vida precárias intensifica a exposição a riscos e limita o acesso a recursos de proteção à saúde, perpetuando iniquidades no processo saúde-doença.

A vulnerabilização das favelas é resultado de uma complexa interação de fatores, entre os quais se destacam os efeitos adversos da pobreza, da insalubridade ambiental e da marginalização associada à informalidade (UNGER; RILEY, 2007). A esses fatores somam-se questões relacionadas à raça, gênero e subalternidade, decorrentes da precariedade dos vínculos sociais e econômicos, que intensificam os processos de marginalização e agravam a vulnerabilidade dessas populações. Tal contexto contribui diretamente para impactos negativos no processo saúde-doença, ampliando as desigualdades em saúde.

2.3.2. Saúde Urbana e Intervenções de transformação urbana em territórios vulnerabilizados

O desenvolvimento e a dinâmica socioespacial das cidades, reflete as mudanças sociais, econômicas, culturais, políticas e históricas das populações, estes, por sua vez, terão efeitos sobre a saúde de seus habitantes. Uma das áreas de conhecimento que estuda a relação entre a saúde e o ambiente das cidades é a saúde urbana, que investiga as condições e os efeitos do ambiente urbano sobre a saúde das populações, suas vantagens e desvantagens em seus diversos grupos (CAIAFFA *et al.*, 2008, 2021). Inúmeros fatores e condições do meio urbano modulam a saúde e o bem-estar das populações, além de serem variados em quantidade, também o são em sua natureza, pois podem ser sociais, estruturais, simbólicos. Desta forma, em um mesmo centro urbano, existem grupos populacionais com situações epidemiológicas muito distintas (CAIAFFA *et al.*, 2008, 2021), diferenciados pelo contexto.

Os bairros são locais que oferecem recursos, estes podem ser tanto de bem-estar (parques, equipamentos sociais de qualidade, entre outros), como causadores de prejuízo à saúde (poluição, violência, etc.) (BERNARD *et al.*, 2007). A diferença na distribuição de recursos poderá gerar condições e desigualdades que refletirão na saúde (BERNARD *et al.*, 2007). O fator vizinhança é, portanto, um exemplo de contexto, com elementos físicos e sociais, que determinam a saúde e a doença (CAIAFFA *et al.*, 2021; DIEZ ROUX; MAIR, 2010). A área de residência associa-se à saúde para além dos fatores individuais de risco, ou seja, pessoas de uma mesma vizinhança, poderão ter desfechos em saúde similares (BERNARD *et al.*, 2007). A saúde urbana concentra-se nos determinantes de saúde da vizinhança e seus efeitos sobre a saúde e o bem-estar de indivíduos e populações, abordando,

assim, as características multidimensionais do ambiente urbano e seus impactos na saúde em uma linha de causalidade epidemiológica (KIM *et al.*, 2023). Em outras palavras, a saúde urbana opera em uma escala que abrange cidade ou vizinhança/bairro, focalizando como suas características atuam como determinantes sociais da saúde (KIM *et al.*, 2023).

A vulnerabilidade em saúde refere-se tanto à maior exposição a fatores nocivos à saúde quanto ao reduzido acesso a mecanismos de proteção, sendo um reflexo de processos de vulnerabilização estrutural e suas múltiplas manifestações, como o racismo institucional, o descaso e a ausência de priorização. Ademais, trata-se de um fenômeno relacional, que depende de um contexto que sustenta as suscetibilidades, formado por fatores individuais e coletivos/contextuais, os quais aumentam a probabilidade de adoecimento (AYRES *et al.*, 2009).

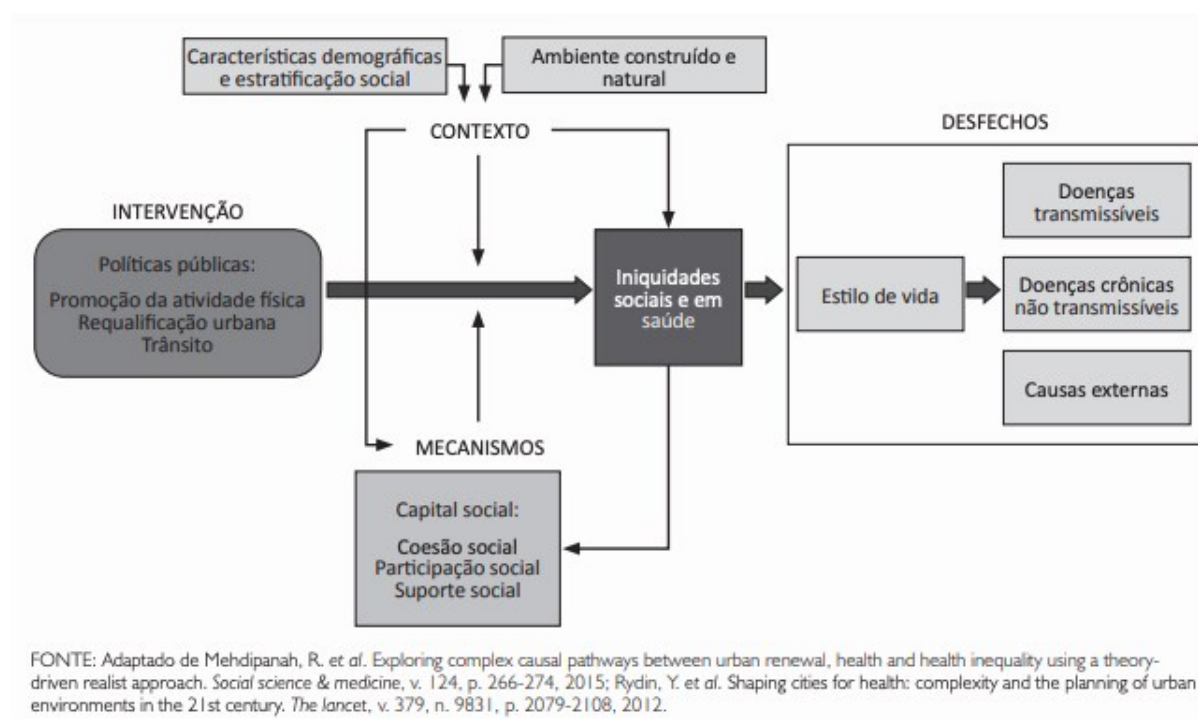
A partir do reconhecimento de condições de vida e sua relação com prejuízos à saúde e ao bem-estar, e com intuito de resolver ou mitigar tais efeitos nocivos, alguns governos começaram a implantar as então chamadas "intervenções de urbanização", posteriormente renomeadas de "intervenções de requalificação urbana". Neste trabalho, a nomenclatura utilizada é a de intervenções de transformação urbana, uma vez que nem sempre a intervenção redundará em qualidade. Esta escolha segue alguns trabalhos recentes, embora as nomenclaturas sejam utilizadas de forma variada na literatura nacional e internacional. O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 11: "Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis", e uma de suas metas (11.1) "Até 2030, garantir o acesso de todos à habitação segura, adequada e a preço acessível, e aos serviços básicos e urbanizar as favelas" (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2019) demonstra o reconhecimento global da vulnerabilização das favelas e reforça a estratégia de tais intervenções nesses territórios.

As intervenções de transformação urbana podem ser implementadas em áreas diversas do ambiente urbano, não só em territórios vulnerabilizados. Considerando que este trabalho trata de um território de favela, a literatura pesquisada refere-se a intervenções exclusivamente em locais socialmente marginalizados. Nesse ínterim, as intervenções podem ser físicas, jurídicas, sociais, entre outras. As mais estudadas, são aquelas intervenções na estrutura física, como saneamento básico, abertura e pavimentação de vias e instalação de equipamentos de interesse público (escolas, unidades de saúde, etc.). As intervenções podem ser abrangentes, implantando mais de um tipo intervenção, ou individuais, com a implantação de apenas uma categoria. Vale também destacar que seus efeitos podem extrapolar os resultados diretos: intervenções de melhoria de acesso, podem, e geralmente produzem,

efeitos sociais, por exemplo (CORBURN; SVERDLIK, 2017; HENSON *et al.*, 2020; RIGON, 2022; TURLEY *et al.*, 2013). É esperado que as intervenções gerem efeitos nas condições de vida. Desta forma, direta ou indiretamente, tais intervenções devem gerar efeitos na saúde, seja nos desfechos de morbidade, seja na qualidade de vida e bem-estar.

Considerando que as intervenções de transformação urbana são ações que têm a finalidade de alterar o contexto de vizinhança, o esquema abaixo (Figura 2) exemplifica a relação entre elementos de vizinhança, incluindo tais intervenções, e os desfechos de saúde.

Figura 1 - Representação esquemática das contribuições do contexto de vizinhança para os desfechos em saúde



Fonte: CAIAFFA *et al.*, 2021.

2.3.3. Desfechos utilizados no campo da saúde urbana - impacto das intervenções

Considerando o potencial das intervenções de transformação urbana de melhorar a qualidade de vida e impactar no processo saúde-doença de moradores dos territórios alvo das intervenções, vários estudos do campo da saúde urbana abordam e avaliam seus efeitos com intuito de gerar evidências científicas. Boa parte dos estudos abordam os efeitos sobre as

doenças infectocontagiosas e em menor grau, mas cada vez com maior ênfase, em estilos e modos de vida (CAIAFFA *et al.*, 2008; TURLEY *et al.*, 2013).

A maioria das investigações utiliza metodologias quantitativas para avaliar os efeitos, focando principalmente (embora não exclusivamente) em indicadores de desfechos relacionados a morbidades. A maior parte das investigações utilizam metodologias quantitativas para avaliar os efeitos utilizando, principalmente (mas não apenas), os indicadores de desfechos de morbidades. No entanto, a compreensão das limitações de tais indicadores para captar manifestações mais sutis de mal-estar, tem impulsionado a inclusão de indicadores mais gerais como, por exemplo, a “autopercepção da saúde” a partir de perguntas para avaliar o estado geral de saúde em “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”. Tais indicadores têm se mostrado preditivos de mortalidade e utilização dos serviços de saúde (AHMAD *et al.*, 2014; DESALVO *et al.*, 2006; SCHNITTKER; BACAK, 2014).

A fim de aprofundar a compreensão dos impactos das transformações urbanas em favelas sobre a saúde, foram selecionadas duas revisões sistemáticas que se concentram nos efeitos de intervenções físicas e de infraestrutura nesses ambientes. Cabe destacar que os métodos de avaliação de impacto no campo das políticas têm o objetivo de mensurar os impactos de uma intervenção, isolando seu efeito com o objetivo de identificar a causalidade da intervenção sobre determinado desfecho. Ou seja, é uma metodologia que visa avaliar se determinada intervenção teve efeito baseando-se na causalidade. Desta forma, as revisões selecionaram estudos com desenhos específicos que atendem aos critérios que possibilitam determinar a causalidade (estudos principais) e estudos que permitem fazer uma associação da intervenção com o desfecho (estudos secundários ou de apoio). Os impactos de políticas públicas em geral levam um maior tempo para mensuração adequada.

A primeira revisão, publicada por Turley *et al.* (2013), analisou estudos realizados até 2010, incluindo um estudo datado de 1987. A segunda revisão, conduzida por Henson *et al.* (2020), concentrou-se em um período mais recente, abrangendo estudos de 2012 a 2018. Ambas as revisões adotaram um enfoque restrito, analisando exclusivamente intervenções urbanas que visavam à melhoria do ambiente físico e da infraestrutura das favelas. O corpus de estudos resultante da seleção dessas duas revisões compreende um total de 27 artigos, dos quais 13 são estudos primários (diretamente relacionados aos impactos) e 14 são considerados estudos de apoio (relacionados a resultados associados que poderão contribuir para insights sobre os impactos) (HENSON *et al.*, 2020; TURLEY *et al.*, 2013).

Os principais resultados/desfechos de saúde abordados nos estudos de avaliação das intervenções urbanas foram morbidade ou mortalidade relacionadas a doenças transmissíveis (diarreia, doenças transmissíveis de veiculação hídrica, infecções parasitárias, episódios respiratórios, infecções dermatológicas), morbidade e mortalidade relacionadas a doenças crônicas, deficiências nutricionais, saúde materna e perinatal (mortalidade infantil e neonatal, complicações no parto, consultas pós natais), saúde física geral (asma, estado nutricional das crianças, asma adulta, doenças e ferimentos, saúde mental geral (bem estar psicológico, qualidade do sono e doença mental), qualidade de vida, lesões. Outros fatores avaliados não considerados resultados de saúde, foram os resultados secundários, como os socioeconômicos: emprego, renda, educação, capital social (relacionamentos sociais, pertencimento à comunidade), violência, segurança pessoal ou de vizinhança (segurança percebida, segurança ao caminhar à noite, agressão física, homicídios), mortalidade por causas externas.

Considerando as duas revisões, nota-se que dentre os desfechos considerados de saúde, não foram encontrados resultados relacionados a doenças crônicas em estudos primários/principais. Essa ausência deve-se, provavelmente, à dificuldade de realização de estudos que avaliam o impacto de intervenções sobre as doenças não transmissíveis, pois, além do caráter multifatorial das causas dessas doenças, o tempo necessário para que uma intervenção possa surtir efeito sobre elas é grande e os estudos com temporalidades mais longas são menos comuns. Uma abordagem possível relacionada a essa questão, sugerida por Henson et al. (2020), seria sobre os hábitos de vida que têm efeitos sobre tais desfechos. Em geral, embora a maior parte dos estudos avaliem medidas de morbimortalidade, houve uma ampliação do conjunto dos resultados em saúde ao longo dos anos. A quantidade de estudos que abordam resultados de saúde, mesmo considerados secundários, como qualidade de vida, capital social e saúde mental, além de medidas de segurança e violência, aumentou (HENSON et al., 2020; TURLEY et al., 2013). Isso indica uma tendência de ampliação das dimensões e saúde nos estudos de avaliação, embora ainda sejam escassos.

É importante destacar que nenhum estudo de avaliação relatou efeitos negativos das intervenções, apenas positivos ou nulos, podendo ser um viés de publicação ou dos relatos, uma vez que a maioria das avaliações se baseia em auto relatos (HENSON et al., 2020).

3. PROGRAMA VILA VIVA

Considerado internacionalmente direito humano universal, o direito à moradia, é previsto no Artigo 6ª da Constituição Federal de 1988. Este reconhecimento abrange a questão da dignidade do morar para além da moradia, abrangendo o direito à terra urbana, infraestrutura, lazer, entre outras constantes no Estatuto das Cidades (2001). Assim como no contexto nacional, em Belo Horizonte, as favelas foram alvo de diversas políticas de estado que passaram das inúmeras tentativas de erradicação, até o reconhecimento do direito de suas populações de permanecer em seus locais de moradia. Esse panorama histórico delinea uma trajetória de sucessivas lutas e resistências de suas populações que atravessaram o século XX e que, portanto, marcarão não apenas as representações dos territórios e suas populações, mas também as condições materiais de vida e saúde.

Em Belo Horizonte, a partir da década de 80, as favelas passaram a ser reconhecidas e legitimadas como territórios. A Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH), realiza o projeto “BH-Viva: A Saúde dos moradores em Zonas e Áreas Especiais De Interesse Social (ZEIS)”, que visa avaliar o impacto de algumas dessas intervenções de transformação urbana na saúde.

O reconhecimento do direito de permanência das favelas em Belo Horizonte ocorreu após 1983, com o Programa Municipal de Regularização de Favelas (PROFAVELA) autorizado pela Lei municipal nº 3.532 de 6 de janeiro de 1983. Segundo a lei, o programa objetivava "possibilitar a urbanização e a regularização jurídica das favelas" (BELO HORIZONTE, 1983). A partir desta lei (art. 2) também é criado o Setor Especial- 4 (SE- 4), que compreende as áreas de favelas e que será posteriormente incorporado à Lei nº 4.034 de 25 de março de 1985, que dispõe sobre o uso e a ocupação do solo municipal.

A Lei de Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo (Lei nº 7.166 de 27 de agosto de 1996) - LPUOS, em que se formalizou as Zonas de Especial Interesse Social (ZEIS), ampliou a abrangência das SE-4.

Art. 12 - São ZEISs as regiões nas quais há interesse público em ordenar a ocupação, por meio de urbanização e regularização fundiária, ou em implantar ou complementar programas habitacionais de interesse social, e que se sujeitam a critérios especiais de parcelamento, ocupação e uso do solo, subdividindo-se nas seguintes categorias:

I - ZEISs-1, regiões ocupadas desordenadamente por população de baixa renda, nas quais existe interesse público em promover programas habitacionais de urbanização e regularização fundiária, urbanística e jurídica, visando à promoção da melhoria da qualidade de vida de seus habitantes e a sua integração à malha urbana;

II - ZEISs-2, regiões não edificadas, subutilizadas ou não utilizadas, nas quais há interesse público em promover programas habitacionais de produção de moradias, ou terrenos urbanizados de interesse social;

III - ZEISs-3, regiões edificadas em que o Executivo tenha implantado conjuntos habitacionais de interesse social (BELO HORIZONTE, 1996, online).

Em 2000, a lei nº 8.137 fez alterações na LPUOS retirando a ZEIS-2 do rol de abrangência. No âmbito do Plano Diretor, inclui-se o instrumento do Plano Global Específico (PGE) como exigência para a implantação de programas habitacionais.

Art. 32 A - Os programas habitacionais referentes a assentamentos existentes devem ser implantados de acordo com as seguintes diretrizes:

I - elaborar Plano Global Específico para cada assentamento, considerando as particularidades de cada área e abordando de forma integrada os aspectos físico - ambiental, jurídico legal, sócio-econômico e organizativo, promovendo a integração à cidade;

II - adequar as intervenções dos diversos órgãos e esferas de governo às diretrizes do Plano Global Específico, ressalvadas aquelas para atendimento a situações emergenciais, de calamidade pública ou de manutenção; (...) (Redação acrescida pela Lei nº 8137/2000) (BELO HORIZONTE, 2000, online).

O PGE torna-se então um instrumento fundamental para as intervenções de transformação urbana em Belo Horizonte. O objetivo do PGE é realizar um diagnóstico integrado e abrangente, considerando as dimensões urbanístico-ambiental, jurídico-legal e sócioeconômico-organizativa do território, a partir desse diagnóstico são construídas e hierarquizadas as propostas de intervenção. Cada setor possui um projeto de execução detalhando as atividades previstas, incluindo intervenções habitacionais que abrangem assentamentos, construção de novas moradias e as remoções necessárias (SILVEIRA; CARMO; LUZ, 2019).

A partir dos levantamentos, os PGE apresentaram a classificação das áreas em (1) consolidadas, onde não há necessidade de intervenção; (2) não consolidadas, sujeitas a intervenções, e (3) não consolidáveis, onde as características físicas e geológicas inviabilizam o planejamento de obras e intervenções, propondo-se a desapropriação dessas últimas, destinando-as à criação de espaços verdes (SILVEIRA, 2015, p.51).

A metodologia do PGE inclui a participação comunitária em sua produção por meio do Grupo de Referência (GR) local, formado por lideranças e outros moradores (CARMO *et al.*, 2018; MOTTA, 2013).

Os recursos para a construção do PGE deveriam ser solicitados pelas comunidades por meio do Orçamento Participativo (OP). Já o pedido de recursos para as propostas priorizadas, seria realizado subsequentemente. Esse procedimento, somado ao despreparo das empreiteiras e à falta de mão de obra, tornou o processo moroso, gerando o descompasso entre o diagnóstico e a execução das obras previstas (CARMO *et al.*, 2018; MOTTA, 2013).

Segundo informações da prefeitura de Belo Horizonte, foram concluídos 76 PGE, beneficiando 105 localidades, onde vivem cerca de 264 mil pessoas.

Em que pese o caráter presumidamente participativo do PGE, a inclusão da participação é problematizada pela utilização de uma linguagem técnica que privilegia conhecimentos que não são do domínio de todas as partes, tornando a participação restrita; segundo, pela limitação da participação a algumas lideranças formais e informais, muitas das quais tiveram sua legitimidade questionada; e terceiro pela imposição das decisões do poder público à população (CARMO *et al.*, 2018; MOTTA, 2013).

O Programa Vila Viva - Intervenção Estrutural em Assentamentos Precários surgiu em 2005 para implementar as propostas do PGE, fruto em grande medida da Política Municipal de Habitação de Belo Horizonte, consolidada no decorrer dos anos 1990 e 2000, a partir da qual a questão das vilas e favelas passou a ter destaque na agenda pública de habitação com vistas à melhoria das condições destes locais. O programa promove intervenções estruturais físicas e de desenvolvimento social, além de promover a regularização fundiária para a melhoria das condições de vida (AFONSO; MAGALHÃES, 2014). Executado pela Prefeitura de Belo Horizonte, por meio da Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte (Urbel), sua execução iniciou no Aglomerado da Serra, região centro-sul da capital. Executado inicialmente com recursos municipais, recursos captados do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), o programa ganhou uma notável ampliação de aporte financeiro a partir de 2007, com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal. A captação desses recursos foi viabilizada pelos PGE que já estavam prontos e que, portanto, possibilitaram a captação desta monta de recursos para os projetos no município de Belo Horizonte.

O PAC foi lançado pelo segundo mandato do governo Lula, em 2007 e um de seus eixos foi "Infraestrutura Social e Urbana", no qual estava inserida a modalidade Urbanização de Assentamentos Precários (UAP). O programa esteve em execução durante o período de 2007 a 2016. Destaca-se que o Programa foi determinante para a continuidade do Programa Vila Viva em Belo Horizonte por todo aporte de recursos disponibilizado.

As ZEIS foram redefinidas pela Lei de Uso e Ocupação do Solo em 2019 (Lei nº 11.181 de 08 de agosto de 2019, seção VI) (BELO HORIZONTE, 2019):

Art. 96 - São classificadas como Zeis as porções do território municipal ocupadas predominantemente por população de baixa renda, nas quais há interesse público em promover a qualificação urbanística por meio da implantação de programas habitacionais de urbanização e regularização fundiária.

Parágrafo único - As Zeis dividem-se nas seguintes zonas:

I - Zeis-1: áreas ocupadas desordenadamente e de forma espontânea;

II - Zeis-2: áreas ocupadas em que o Executivo tenha implantado conjuntos habitacionais de interesse social (BELO HORIZONTE, 2019, online).

Atualmente, a cidade de Belo Horizonte possui 336 assentamentos de interesse social, com cerca de 480 mil habitantes, representando aproximadamente 20% da população do município. De acordo com a Prefeitura de Belo Horizonte:

São cerca de 120 mil domicílios nos 218 assentamentos de vilas, favelas e conjuntos irregulares (ZEIS) e 34 mil domicílios nos 118 assentamentos de interesse social (AEIS 2). Esses assentamentos foram definidos pelo novo Plano Diretor sancionado pela Lei 11.181/2019 (BELO HORIZONTE, 2024, online).

4. FAVELAS EM BELO HORIZONTE E O ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE (IVS)

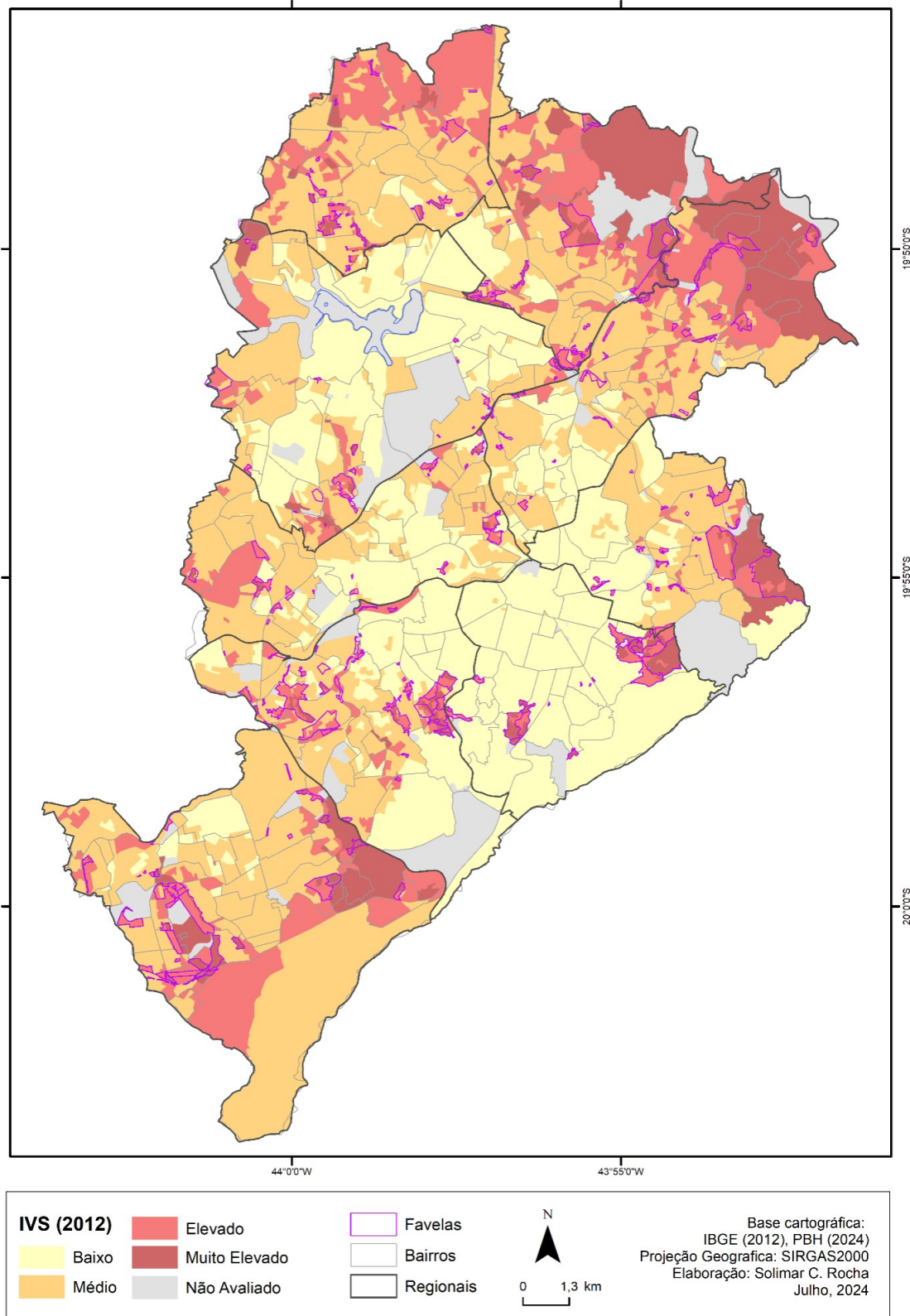
Com início que remonta o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, as primeiras favelas de Belo Horizonte foram formadas por operários. Apesar de haver moradias contempladas no regulamento da capital, esta diretriz não foi efetivada (MELO, 2009). As favelas surgiram tanto em áreas periféricas, como nas proximidades dos bairros centrais. A prefeitura iniciou então o processo de remoção das favelas das áreas centrais e, destinando alojamentos e lotes em áreas menos valorizadas às famílias, o que, somado à migração de áreas rurais, deu início à formação de novas favelas na cidade (BELO HORIZONTE, 2011). Na década de 60, as favelas tiveram uma expansão considerável em Belo Horizonte, com a migração de pessoas para trabalhar nas fábricas e o déficit habitacional de moradias causado em parte pela impossibilidade de aquisição de moradias pelo mercado imobiliário formal e preços impraticáveis (CAIAFFA *et al.*, 2005). O aumento da desigualdade de acesso a serviço decorrente de um modelo de planejamento e desenvolvimento urbano que perpetua a segregação socioespacial e a criação de órgãos municipais responsáveis pela desfavelização da cidade, deflagram também a mobilização dos moradores em prol de seus direitos em movimentos de favelas (BELO HORIZONTE, 2011; DE OLIVEIRA, 2009). Somente a partir da década de 80, conforme mencionado anteriormente, e no bojo dos movimentos de redemocratização nacional, que as favelas têm reconhecido seu direito de permanência na cidade pelo poder público.

O histórico da formação das favelas em Belo Horizonte é uma trajetória de resistência e luta por direitos que se relaciona à escassez de acesso a serviços e equipamentos públicos, assim como à vulnerabilidade socioeconômica, além de sucessivas remoções vivenciadas por

seus moradores. Tais questões relacionam-se aos processos saúde-doença dessas populações. Como forma de ilustrar essa vulnerabilização, consideramos o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS), composto por 8 indicadores abrangendo as dimensões socioeconômicas e de saneamento. Os indicadores possuem diferentes pesos e categorizam os setores censitários (IBGE) em baixo risco, médio risco, elevado risco e muito elevado risco.

Em Belo Horizonte, 33,7% da população vive em locais com IVS baixo, 39,9% médio, 19,1% elevado e 7,3% muito elevado (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018). Estudos mostraram a associação desse índice com indicadores associados às condições socioeconômicas, o que faz com que seja um instrumento capaz de "discriminar as desigualdades do adoecer e morrer no território" (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013, p. 20). Desta forma, é possível verificar a vulnerabilidade em saúde das favelas em Belo Horizonte, e, além disso, identificar as desigualdades entre os territórios. Observando que a maioria dos territórios de favela encontram-se em setores censitários com elevado ou muito elevado IVS.

Figura 2 - Mapa do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) 2012, em Belo Horizonte



Elaboração: Solimar Rocha, OSUBH/UFMG.

5. JUSTIFICATIVA

A complexidade da análise dos impactos de intervenções amplas e multifacetadas como o PAC-Vila Viva requer inovações metodológicas e conceituais para abordar a complexidade implicada nesses empreendimentos. Para além da avaliação dos efeitos na morbimortalidade, há a necessidade de compreender dimensões da experiência individual e coletiva, assim como dinâmicas socioterritoriais implicadas nas intervenções de transformação urbana para a melhor compreensão dos efeitos das transformações.

Partindo de uma compreensão ampliada dos processos saúde-doença e seus determinantes sociais, se faz necessário captar dimensões de saúde e bem-estar, mas também de enfermidade e mal-estar que não se refletem nos indicadores de morbimortalidade diagnosticada.

A compreensão das limitações de tais indicadores para captar manifestações mais sutis de mal-estar, tem impulsionado a inclusão de indicadores mais gerais como, por exemplo, a “autopercepção da saúde” a partir de perguntas pedindo para avaliar o estado geral de saúde em “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”, que tem se mostrado como preditivo de mortalidade e utilização dos serviços de saúde (AHMAD *et al.*, 2014; DESALVO *et al.*, 2006; SCHNITTKER; BACAK, 2014). Contudo, mesmo este tipo de indicadores mais gerais, não provém muitos elementos para explicar mais profundamente os efeitos de tais intervenções na saúde e no bem-estar da população, as desigualdades sociais nos efeitos das intervenções e efeitos contraditórios. Isso se relaciona a características gerais de pesquisas quantitativas que, assim como pesquisas qualitativas, trazem resultados parciais sobre uma realidade concreta, mas também à falta de (inclusão de) indicadores mais sensíveis à compreensão ampliada dos processos saúde-doença nos estudos sobre os efeitos de intervenções de transformação urbana.

Considerando o potencial de estudos qualitativos para promover inovação metodológica e conceitual, e de forma mais específica com relação à intervenções de transformação urbana, captar os sentidos sociais atribuídos, os processos não diretamente vinculados e as vivências individuais e coletivas implicadas na projeção, implementação e às vezes também na falta de implementação de intervenções de transformação urbana, pretende-se analisar as narrativas sobre o processo saúde-doença de moradores de uma favela participante do Programa Vila Viva em Belo Horizonte.

A análise das narrativas sobre os processos saúde-doença, de forma ampla, entre os moradores de um território urbano vulnerabilizado/marginalizado, marcado por intervenções de transformação urbana visa contribuir na compreensão dos efeitos dessas intervenções nos diversos grupos alvo do programa, podendo servir de subsídio para interpretar os resultados de outros estudos sobre os efeitos do Vila Viva em Belo Horizonte, além de dar pistas para uma análise de possíveis contradições no impacto das intervenções. Ao mesmo tempo, a análise poderá contribuir para a reflexão sobre as metodologias e conceitos utilizados para analisar os impactos de intervenções de transformação urbana no campo da saúde urbana a partir de uma ampliação da discussão sobre os desfechos, isso é, a morbimortalidade e o que é medido como saúde e doença.

A importância do estudo se explica diante de uma demanda crescente pela avaliação e estudos sobre os efeitos de políticas públicas e uma compreensão da necessidade de identificar barreiras para implementação efetiva de tais intervenções (TURLEY *et al.*, 2013). A identificação da percepção de um indivíduo, ou de determinado grupo social, traz insights importantes sobre quais elementos estão relacionados àquela percepção. Tais informações e aprofundamentos podem ser relevantes para avaliação de políticas de saúde, tanto da implementação como dos efeitos das intervenções, possibilitando ações participativas e baseadas nas preferências e necessidades dos grupos sociais; e, adicionalmente, para identificação de barreiras e facilitadores socioculturais, ao acessar valores, preocupações e emoções em quaisquer intervenções que tenham potencial de impactar de alguma forma a saúde (CASTELLANOS, 2014; NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo Geral

Compreender as percepções do processo saúde-doença dos moradores da favela Morro das Pedras, participante das intervenções de transformação urbana no marco do Programa PAC Vila Vila (PVV), em Belo Horizonte.

6.2. Objetivos Específicos

- Analisar a percepção e os sentidos do processo saúde-doença nos relatos dos moradores da favela Morro das Pedras, em Belo Horizonte.

- Identificar as dimensões da vizinhança que relacionam-se com os processos saúde-doença na percepção dos moradores da favela Morro das Pedras, em Belo Horizonte.
- Compreender os sentidos produzidos pelos moradores da favela Morro das Pedras, em Belo Horizonte, para os processos saúde-doença, a partir dos marcadores sociais da diferença.

7.MÉTODOS

7.1.Narrativas em saúde: perspectivas individuais e coletivas

A narrativa em estudos de análise qualitativa é considerada um elemento importante para a compreensão de realidades mais complexas, na medida em que expressam significados orientados pelo contexto que não são permeáveis a outras ferramentas de análise e investigação. Por meio da narrativa é possível investigar de forma mais aprofundada as perspectivas dos participantes, as ideologias e as realidades da vida cotidiana (FAVORETO; CABRAL, 2009; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008). A pesquisa qualitativa baseada em narrativas percorre uma variedade ampla de temas e metodologias na saúde, como experiência da vivência do adoecimento de pacientes, práticas dos profissionais de saúde, avaliação de serviços de saúde, entre outros (CASTELLANOS, 2014; FAVORETO; CABRAL, 2009; NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013; SCHRAIBER, 1995).

Resultante da síntese de discursos sociais, culturais e políticos, a narrativa expressa vivências e circunstâncias de vida, pois é uma linguagem com características socio-históricas e, como tal, delimita um contexto e é mediada por ele. Desta forma, a análise da narrativa pode ser um relevante elemento para a compreensão das identidades e experiências de seu enunciador, mediando experiência e linguagem (FAVORETO; CABRAL, 2009; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008). O aprofundamento que a abordagem das narrativas propicia é um de seus elementos mais importantes para as pesquisas em saúde. Este aprofundamento diz respeito à oportunidade de acesso à dimensão subjetiva da experiência. As narrativas sobre a experiência do adoecimento, por exemplo, trazem à tona elementos para além dos sintomas. No âmbito da antropologia médica, este é um dos temas que em que as narrativas mais foram utilizadas. O adoecimento como experiência mediada por aspectos socioculturais e suas representações têm na narrativa uma abordagem propícia para sua investigação (CASTELLANOS, 2014).

Um aspecto que Fonseca (1999) considera essencial para etnografias, mas que se estende a outros métodos qualitativos é situar os sujeitos em um contexto sócio histórico, uma vez que as experiências, mesmo as simbólicas, são construídas a partir de um sistema coletivo. Desta forma, gênero, faixa etária, raça, ou ainda, outros marcadores sociais são fundamentais para o entendimento dos universos simbólicos na análise das narrativas, mas também para identificar possíveis assimetrias existentes entre interlocutores que também poderão interferir nas falas. As experiências pessoais são construídas a partir de um contexto simbólico compartilhado e o discurso de tais experiências representam apenas um aspecto da "realidade social multifacetada" (FONSECA, 1999).

7.2. Contexto do estudo

7.2.1. Projeto BH Viva

Este estudo se vincula ao projeto “BH-Viva: A Saúde dos moradores em Zonas e Áreas Especiais De Interesse Social (ZEIS)”, uma proposta de pesquisa multimétodo com componentes de delineamento quantitativos e qualitativos, desenvolvido e executado pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo do projeto é produzir evidências acerca dos impactos das intervenções de transformação urbana sobre a saúde e o bem-estar, individuais e coletivos, dos moradores de ZEIS, no âmbito do Projeto Vila Viva, executado pela prefeitura de Belo Horizonte como parte do Plano de Aceleração do Crescimento do Governo Federal (FRICHE *et al.*, 2015). Ainda, segundo Friche (2015):

O Projeto BH-Viva é uma proposta de pesquisa e de aprendizagem cuja hipótese principal é a de que políticas públicas para além do setor saúde afetam favoravelmente o estado de saúde das populações, tanto dos moradores, diretamente expostos, como da vizinhança e seu entorno, indiretamente expostos (FRICHE *et al.*, 2015).

No âmbito do componente qualitativo do estudo foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 120 moradores das seguintes vilas e favelas da cidade de Belo Horizonte: Cabana Pai Tomás, Morro das Pedras, Pedreira Prado Lopes e Serra - todas participantes do Projeto Vila Viva. O roteiro utilizado para a realização das entrevistas foi elaborado pela OSUBH/UFMG em parceria com o Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR/FIOCRUZ MINAS). O objetivo geral das entrevistas no âmbito do Projeto BH-Viva foi:

- a) suscitar uma conversa sobre a experiência do/a entrevistado/a com o seu lugar de

moradia- Morro das Pedras

b) suscitar uma conversa sobre a experiência do entrevistado com as intervenções do PAC Vila Viva

c) apreender as representações sociais dos/as entrevistados/as sobre o seu lugar de moradia - o Morro das Pedras e sua relação com a saúde.

d) apreender as representações sociais dos entrevistados sobre as intervenções do PAC Vila Viva

Apesar do objetivo original do roteiro abranger objetivos diferentes da proposta dessa dissertação, entendeu-se que as perguntas elaboradas eram suficientes para responder os objetivos do presente estudo. Para o alcance dos objetivos dessa dissertação, foram selecionadas as entrevistas 37 entrevistas do Aglomerado Morro das Pedras.

O Aglomerado Morro das Pedras foi selecionado entre as quatro favelas em razão da proximidade geográfica com o local de residência da pesquisadora e do conhecimento prévio sobre o território. Esses fatores poderiam facilitar a compreensão das experiências dos moradores, especialmente considerando que meu envolvimento com o estudo ocorreu após a conclusão da fase de trabalho de campo da pesquisa.

7.3. Pressupostos

As percepções de saúde-doença dos moradores são mais amplas que desfechos de morbimortalidade, usualmente utilizados nos estudos de saúde urbana.

As Intervenções de transformação urbana do Projeto Vila Viva, da Prefeitura de Belo Horizonte, podem produzir efeitos diversificados na percepção dos moradores.

As percepções de saúde-doença influenciam a percepção dos efeitos das intervenções na saúde.

7.4. Aspectos Éticos

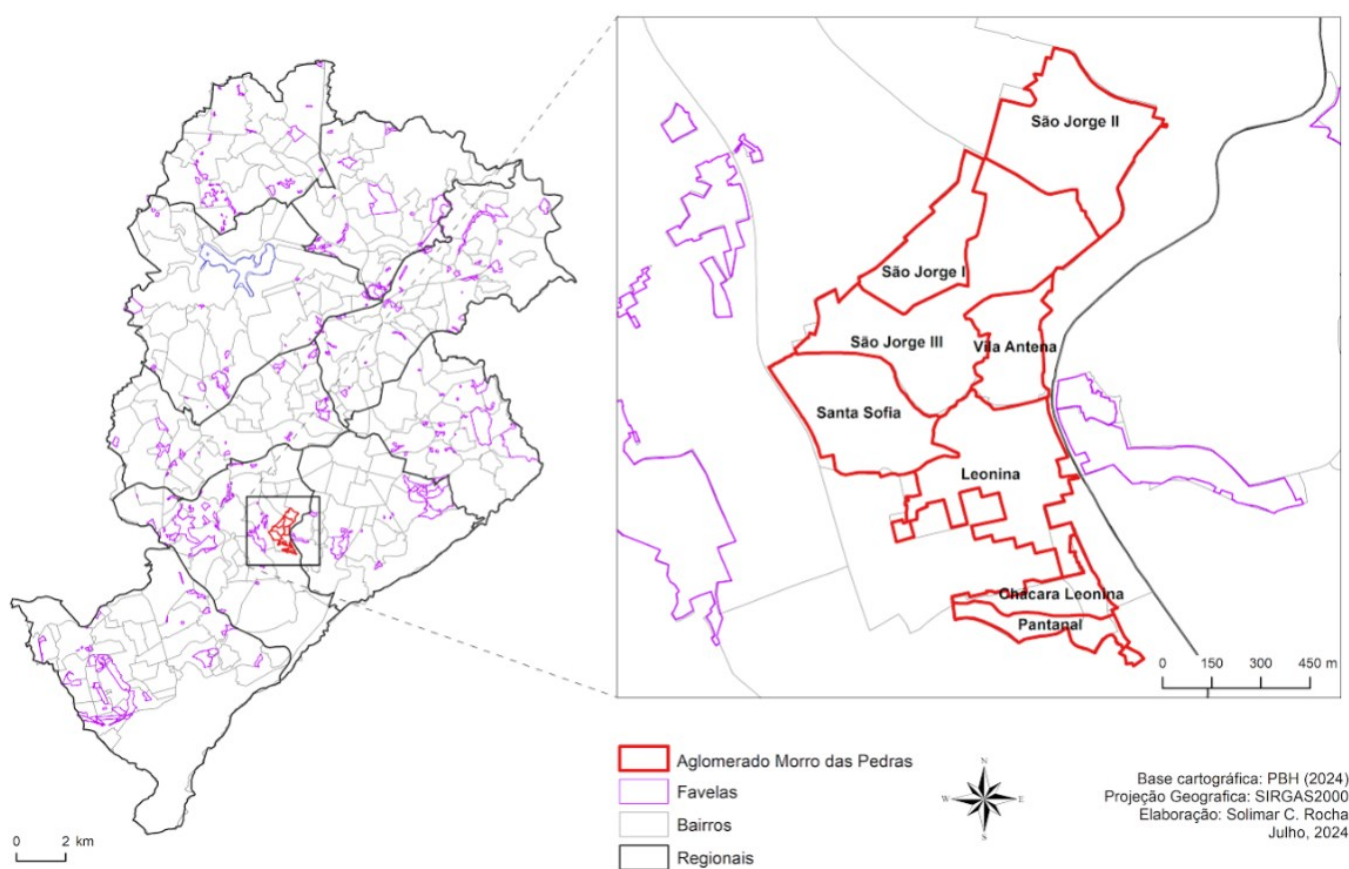
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (registro nº 11548913.3.0000.5149). Todas/os as/os entrevistados leram e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder a entrevista.

7.5. Caracterização do campo de pesquisa

7.5.1. Aglomerado Morro Das Pedras

O Aglomerado Morro das Pedras é formado por oito vilas: Antena, Santa Sofia, São Jorge I, II, III, Chácara Leonina, Leonina e Pantanal e está localizado na região oeste de Belo Horizonte, conforme o mapa abaixo:

Figura 3 – Mapas com destaque para as Vilas do Aglomerado Morro das Pedras, região oeste de Belo Horizonte, 2024



Elaboração: Solimar Rocha, OSUBH/UFMG.

Segundo pesquisa da Organização Não Governamental (ONG) Favela é isso aí, o local onde atualmente é o Aglomerado Morro das Pedras era constituído por várias fazendas e uma pedreira, de onde eram extraídas pedras para a edificação de Belo Horizonte no final do século XIX. O processo de formação do Aglomerado Morro das Pedras iniciou-se nas primeiras décadas do século XX. Segundo Silveira (2015), o PGE do Aglomerado Morro das Pedras traz as seguintes informações sobre a formação do Aglomerado:

O processo de ocupação iniciado também na década de 1920, foi protagonizado por moradores expulsos de uma área de ocupação para desenvolvimento de dois bairros da capital (Santo Agostinho e Barro Preto). Além disso, pessoas vindas do interior de MG e de outros estados do Nordeste, também participaram da sua formação (SILVEIRA, 2015, p. 45).

O processo de formação do Aglomerado está, portanto, intimamente ligado à construção de Belo Horizonte. Grande parte de seus ocupantes são operários migrantes que formaram inicialmente favelas na área central (atuais bairros Barro Preto, Santo Agostinho e Lourdes) que posteriormente foram removidos para outros locais. Em 1929 foi iniciado o alojamento de operários em terras pertencentes à prefeitura no Morro das Pedras (BELO HORIZONTE, 2011).

As primeiras casas eram construídas com tábuas, latas e papelão, sem qualquer infra-estrutura. A ocupação sempre gerou muita polêmica, pois várias casas foram construídas em encostas e áreas de risco. Na década de 30 foi implantado o Sanatório Morro das Pedras, que, posteriormente, tornou-se a Associação dos Tuberculosos Operários e Sanatório Marques Lisboa, onde hoje, funciona o atual Hospital Madre Teresa.

A partir da década de 50, como mostra pesquisa da URBEL, o entorno do Aglomerado Morro das Pedras [...] começa a dar lugar a bairros de classe média alta como o Gutierrez, Cidade Jardim e Santa Lúcia. A população pobre residente ali foi removida pelo Poder Público que, pressionado pelos movimentos populares, construiu o primeiro conjunto habitacional do município, o Conjunto Santa Maria. De acordo com a pesquisa, a expulsão continuou com a implantação das avenidas Raja Gabaglia, Barão Homem de Melo e com a construção do BH Shopping. O processo de deslocamento da população pobre aumentava na mesma proporção em que crescia a especulação imobiliária (GONÇALVES; JARDIM, 2004, online).

A intensificação do crescimento do aglomerado e das vilas do Morro das Pedras ocorreu entre meados da década de 60 e a década de 80, com o aumento da migração. Além disso, de 1945 a 1971, o lixo da cidade passou a ser depositado no local, atraindo pessoas e catalisando o surgimento de vilas em seu entorno. Em 1971, a morte de dezenas de pessoas em uma explosão no lixão impulsiona a criação de um Plano Diretor de Limpeza Urbana e a criação da Superintendência de Limpeza Urbana (SLU). Somente em 1975 o lixo de Belo Horizonte passa a ser devidamente depositado em aterro sanitário. Ainda outras tragédias ambientais ocorrem nas décadas seguintes que marcam o Aglomerado: em 1982 uma forte enchente atinge o "Grotão", onde desaguava parte do esgoto do aglomerado e em 2000 as chuvas causam a derrubada de vários barracos, causando a morte de várias pessoas.

Conforme dados do PGE, o aglomerado contava a sua época "com quase 20.000 habitantes, possuía 5.120 domicílios, com média de quatro moradores por residência" (SILVEIRA, 2015, p. 45). Na tabela 1, consta o número de domicílios e da população do Aglomerado Morro das Pedras contabilizados no Censo 2022 (IBGE, 2024b).

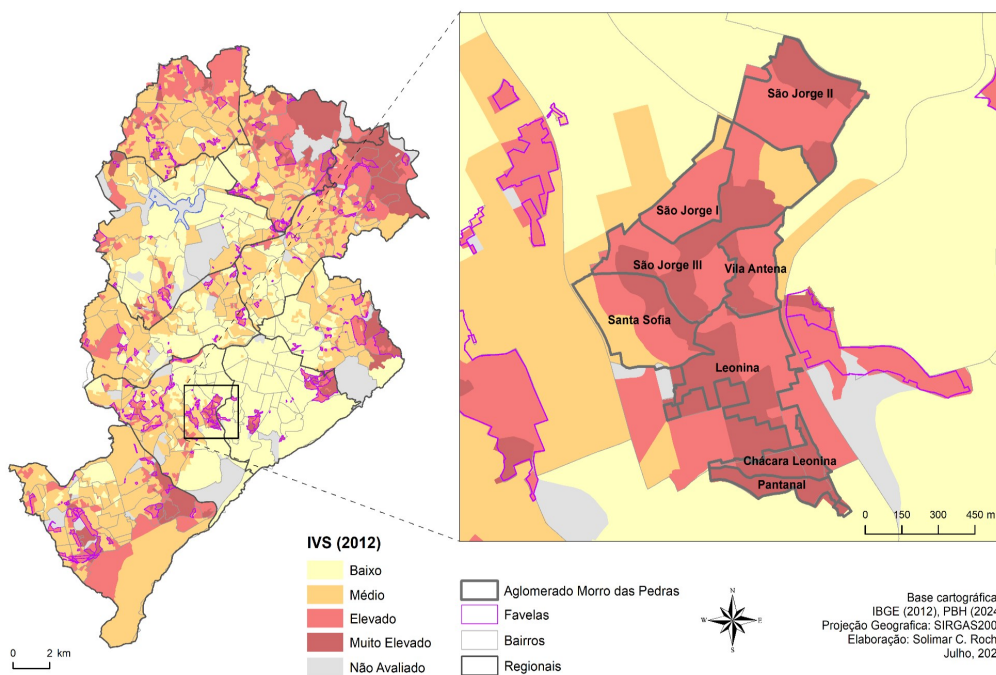
Tabela 1 - Número de domicílios e população das vilas do Aglomerado Morro das Pedras, 2020

	Domicílios	População
Chácara Leonina	183	501
Leonina	1104	3166
Pantanal	301	750
Santa Sofia	1053	2828
São Jorge I	640	1680
São Jorge II	811	2729
São Jorge III	1010	2661
Vila Antena	732	1857
Total	5834	16172

Elaboração própria. Fonte: Panorama Censo 2022, (IBGE, 2024b).

Abaixo segue o mapa com o IVS das vilas do Aglomerado Morro das Pedras. O Aglomerado possui IVS médio, elevado e muito elevado, sobressaindo os dois últimos. Apenas duas vilas possuem parte de seus setores censitários com IVS médio.

Figura 4 - Mapa do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) das vilas do Aglomerado das Pedras, na região oeste de Belo Horizonte, 2024



Elaboração: Solimar Rocha, OSUBH/UFMG.

7.5.2. Caracterização dos participantes

Este estudo analisa 37 entrevistas realizadas com moradores do Aglomerado Morro das Pedras. Foram realizadas entrevistas com moradores removidos e não removidos de seus domicílios. A escolha dos participantes entrevistados se deu pela técnica da bola de neve⁵, ao morador entrevistado era solicitada a indicação:

- (i) de um morador que não tenha sido removido; morador nunca se mudou de casa devido às obras do Programa Vila Viva;
- (ii) de um morador tenha sido removido e reassentado em outro local da mesma vila/favela, mas que não foi reassentado nas unidades habitacionais.

Os moradores entrevistados deveriam residir no Aglomerado no máximo até 2006, ano de início do PVV, ter idade igual ou acima de 18 anos, concordar em participar da pesquisa e estar enquadrado em alguma das seguintes situações: ser morador removido e

⁵ A técnica de amostragem bola de neve é um método não probabilístico utilizado para acessar grupos de difícil alcance. O processo começa com a escolha de *sementes*, como informantes-chave, que indicam pessoas com o perfil desejado para a pesquisa. Essas pessoas, por sua vez, sugerem novos contatos, formando uma cadeia de indicações. Geralmente, a amostragem continua até atingir a saturação, quando não surgem novos nomes ou informações relevantes. Essa técnica é útil quando métodos probabilísticos são inviáveis, permitindo explorar grupos específicos por meio de suas redes de conexão (VINUTO, 2014).

reassentado em apartamento; ser morador removido e reassentado em casa adquirida com dinheiro de indenização recebida pelo Programa ou ser morador não removido; morador nunca se mudou de casa devido às obras do Programa Vila Viva.

O roteiro das entrevistas foi composto por dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade e renda média - não foi solicitado o quesito raça/cor) e perguntas abertas norteadoras. O roteiro em inteiro teor segue no anexo A, com todas as questões. Todos os entrevistadores de campo passaram por treinamento antes de fazerem as entrevistas.

7.6. Procedimentos Analíticos

O referencial metodológico-analítico utilizado neste estudo foi o da Análise Temática Reflexiva (ATR) (BRAUN; CLARKE, 2019). Realizaram-se as seguintes etapas: Familiarização inicial com os dados; Produção de códigos iniciais; Construção de temas; Revisão de temas iniciais em um primeiro momento; Definição e nomeação dos temas; Produção de relatório de resultados. Os temas são padrões baseados em significado, evidentes de forma explícita (semântica) ou conceitual (latente) (BRAUN; CLARKE, 2019).

A primeira etapa, familiarização inicial com os dados, consistiu na leitura completa de todas as entrevistas realizadas. Esta etapa contemplou a identificação de possíveis padrões, relações entre participantes, a literatura e os dados (BRAUN; CLARKE, 2019; SOUZA, 2019). Na segunda etapa foram construídos os códigos, os quais visam organizar o corpo de dados em grupos de significados. A codificação foi realizada a partir dos dados (indutivamente), mas também foi conduzida dedutivamente, com conceitos e teorias a respeito dos códigos. A meta da codificação foi identificar aspectos sobre a percepção do processo saúde-doença dos moradores entrevistados. O banco foi analisado em sua completude, mas se ateuve apenas aos conteúdos relacionados ao assunto da pesquisa.

Foi realizada a leitura integral das 37 entrevistas e a codificação começou a ser realizada a partir da segunda leitura. O processo de codificação foi realizado com auxílio do software *Dedoose*. Este primeiro processo de codificação resultou em 53 códigos.

Em seguida foi realizada a análise de uma codificação⁶ realizada anteriormente por um grupo de estudos multiprofissional da pesquisa, a qual resultou em 43 códigos.

⁶ Essa codificação foi realizada a partir das 120 entrevistas realizadas pelo grupo de pesquisa multiprofissional. A partir desse material, foi realizado um filtro, selecionando-se apenas as 37 entrevistas do Aglomerado Morro das Pedras com a posterior leitura dos códigos e respectivos extratos.

Após a análise das duas codificações, que considerou sobreposições, inconsistências e semelhanças, foi realizado um refinamento cujo resultado foi um conjunto de 64 códigos, a partir dos quais foram construídos os temas.

Cabe mencionar aqui que a consideração desta outra codificação foi realizada exclusivamente com o objetivo de produzir possíveis insights para a codificação final, conforme previsto nos pressupostos da ATR.

Na terceira etapa, os códigos foram agrupados em temas, esta é uma fase cujo foco da análise torna-se mais abrangente, procedendo a classificação dos códigos em temas (temas abrangentes e subtemas). A fase quatro consistiu na revisão dos temas, onde identificou-se temas que pudessem ser aglutinados ou separados, a suficiência dos dados para sustentá-los, verificação de padrão comum de dados que apontasse para algo em comum entre eles e, concomitantemente, se havia diferenças evidentes entre cada tema. Além da análise da coerência da construção de temas, essa etapa envolveu a releitura do banco para verificar se os temas estavam de fato coerentes com o banco e se houve códigos adicionais que não haviam sido identificados (SOUZA, 2019). Os temas foram compostos por um padrão de significado compartilhado, ele reúne os dados de mesmo significado e capturam tanto ideias que estão implícitas, como dados explícitos e concretos. (BRAUN; CLARKE, 2019).

A quinta fase do processo foi a de construção de um mapa temático. Após a constatação da coerência e consistência dos temas, realizou-se a análise por tema separadamente, e relacionando-os entre si e situando como cada um se relaciona com a pesquisa e realizou-se a nomeação. A sexta e última fase foi a análise final e redação do presente volume.

O quadro epistemológico que fundamentará a análise dos dados e a construção dos temas foi explicitado no referencial teórico deste trabalho (BRAUN; CLARKE, 2019). As categorias analíticas específicas foram construídas a partir da leitura dos dados.

A produção final da análise e a interpretação dos extratos foi realizada a partir do referencial teórico da Saúde Urbana e da Saúde Coletiva, que consideram os efeitos da vizinhança e da determinação social os processos saúde doença, contextualizando a saúde e o adoecimento no cenário produtor de marginalização e iniquidades que favorecem sua produção e reprodução.

Para a descrição e análise da pesquisa procurou-se seguir a orientação do guia de avaliação de qualidade de pesquisas qualitativas específico para Análise Temática Reflexiva, desenvolvido por Braun e Clarke (2021) no artigo “One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?” (BRAUN; CLARKE, 2021).

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1. Perfil dos entrevistados

Foram realizadas 38 entrevistas no Aglomerado Morro das Pedras, sendo 37 com moradores e uma com um trabalhador de uma ONG que não reside no local. Considerando o foco deste estudo, analisou-se somente as 37 entrevistas com os moradores.

Dos 37 moradores entrevistados, 17 se auto referiram como homens e 20 mulheres, 16 não removidos e 21 removidos. Quanto à escolaridade, 10 informaram possuir Fundamental Incompleto, 9 Médio Incompleto e 9 Médio Completo.

Tabela 2 - Escolaridade dos moradores entrevistados

Escolaridade	n° de pessoas
Fundamental Completo	6
Fundamental Incompleto	10
Médio Completo	9
Médio Incompleto	9
Nenhuma	2
Superior	1
Total	37

Elaboração própria.

Sobre a renda média familiar, a maior parte dos entrevistados tinham renda entre um e dois salários mínimos (n=29), sendo seis salários mínimos a maior renda e menos de um salário mínimo, a menor renda média familiar.

Tabela 3 - Renda média familiar dos moradores entrevistados

Renda média familiar	n° de pessoas
0 a 1 SM	2
1 SM	13
1 a 2 SM	5
2 SM	11
3 SM	3
4 SM	2

6 SM	1
Total	37

Elaboração própria.

Sobre a distribuição etária dos moradores entrevistados, a maior parte estava na faixa etária entre 25 e 59 anos (n=23).

Tabela 4 - Distribuição etária dos moradores entrevistados

Faixa etária	n° de pessoas
18 a 29	7
30 a 39	7
40 a 49	9
50 a 59	5
60 a 69	7
acima de 70	2
Total	37

Elaboração própria.

Sobre o tempo de residência, a maior parte das pessoas entrevistadas residiam no aglomerado há mais de 10 anos, antes do Programa Vila Viva ter iniciado no local (n=28), em 2008. Sobre a ocupação, à época da entrevista, cinco pessoas disseram estar aposentadas (Dantas, Rosário, Lourdes, Santos, Inês e Cardoso) e quatro desempregadas (Braz, Clarice, Rosa e Tavares). Quatro mulheres trabalham exclusivamente em casa, na realização de cuidados e serviços domésticos (Violeta, Augusta, Rita e Margarida).

Segue abaixo o quadro com perfil sociodemográfico dos entrevistados, conforme mencionado, não foi coletada a informação raça/cor. O tempo de residência no Morro das Pedras foi depreendido das entrevistas:

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos entrevistados

Nome⁷	Remoções do PVV	Gênero	Idade	Escolaridade	Renda familiar	Tempo de residência no Morro das Pedras
Adália	Removido (outro)	Feminino	31	Médio Incompleto	4 SM	28
Alice	Não removido	Feminino	27	Médio Completo	2 SM	27
Amaral	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Masculino	64	Fundamental Incompleto	2 SM	26
Anita	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	21	Médio Completo	1 SM	16
Antônia	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	20	Médio Incompleto	1 SM	5
Araujo	Removido (Indenizado)	Masculino	48	Fundamental Incompleto	1 SM	48
Augusta	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	47	Fundamental Incompleto	1 SM	14
Bonina	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	47	Fundamental Incompleto	2 SM	30
Braga	Não removido	Masculino	35	Médio Completo	3 SM	36
Braz	Não removido	Masculino	44	Superior	0 a 1 SM	43
Cardoso	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Masculino	68	Fundamental Completo	1 SM	30
Clara	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	21	Médio Completo	2 SM	3
Clarice	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	40	Fundamental Completo	1 a 2 SM	18
Dantas	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Masculino	55	Nenhuma	1 a 2 SM	17
Elias	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Masculino	30	Médio Completo	3 SM	30

⁷ Nomes fictícios, inspirados em nomes de ruas e becos do Aglomerado Morro das Pedras.

Elvira	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	53	Médio Incompleto	1 SM	5
Fernandes	Não removido	Masculino	55	Fundamental Completo	1 SM	23
Gurgel	Não removido	Masculino	36	Médio Incompleto	1 a 2 SM	36
Helena	Não removido	Feminino	36	Médio Incompleto	0 a 1 SM	9
Heliotério	Não removido	Masculino	59	Fundamental Completo	2 SM	25
Inês	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	69	Fundamental Incompleto	2 SM	42
Kellen	Não removido	Feminino	31	Fundamental Completo	1 a 2 SM	17
Lourdes	Não removido	Feminino	56	Fundamental Incompleto	1 SM	56
Luzia	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	63	Fundamental Incompleto	1 SM	Não menciona
Manoel	Não removido	Masculino	47	Médio Incompleto	1 SM	41
Margarida	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	60	Fundamental Incompleto	2 SM	30
Martins	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Masculino	19	Médio Incompleto	1 a 2 SM	19
Muniz	Não removido	Masculino	25	Médio Completo	6 SM	25
Odete	Não removido	Feminino	45	Fundamental Completo	3 SM	18
Raul	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Masculino	40	Médio Completo	2 SM	40
Rita	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	40	Médio Incompleto	2 SM	Nasceu no MP, mudou-se e voltou há 3 anos
Rosa	Não removido	Feminino	32	Médio Completo	2 SM	12
Rosário	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	78	Nenhuma	1 SM	37

Santos	Não removido	Masculino	65	Fundamental Incompleto	1 SM	41
Saul	Não removido	Masculino	64	Médio Completo	4 SM	10
Tavares	Não removido	Masculino	20	Médio Incompleto	1 SM	20
Violeta	Removido (Apartamento do Vila Viva)	Feminino	81	Fundamental Incompleto	2 SM	30

Elaboração própria.

8.1.1.Extratos de trajetória dos moradores entrevistados

As identidades dos moradores entrevistados foram mantidas sob sigilo, sendo substituídas por nomes fictícios, relacionados às ruas do Aglomerado Morro das Pedras. Para contextualizar melhor o perfil dos participantes, optou-se por fazer uma breve apresentação das trajetórias que os levaram ao Aglomerado Morro das Pedras, mesmo que sintética, uma vez que as trajetórias não foram objeto da entrevista.

Sobre os percursos de vida dos entrevistados, 13 nasceram no Morro das Pedras, nove vieram de outras cidades, do interior de Minas Gerais ou outro estado, sete relataram que se mudaram após casarem com pessoas do Morro das Pedras, sem mencionar sua origem e cinco vieram de outros bairros de Belo Horizonte.

Os entrevistados Alice (27), Anita (21), Araújo (48), Braga (35), Clara (21), Elias (30), Gurgel (36), Lourdes (56), Martins (19), Raul (40), Rita (40), Rosa (32) e Tavares (20) nasceram e foram criados no Morro das Pedras. Sendo que Alice saiu aos cinco anos para o interior, após a separação dos pais e retornou aos 20 anos de idade. Anita morou de cinco a seis anos no município de São Joaquim de Bicas, região metropolitana de Belo Horizonte e retornou para o Aglomerado para morar com o pai. Rita saiu para residir em Ribeirão das Neves, também região metropolitana de Belo Horizonte, e retornou anos depois para fazer o pré-natal no serviço de saúde do aglomerado, devido à maior facilidade de acesso.

Entrevistadora: Me conta como você veio morar aqui no Morro das Pedras?
 Entrevistada: Olha eu vim morar aqui, eu morei um tempo aqui, depois o meu pai vendeu a casa que a gente tinha aqui e comprou lá em Neves. [...] Aí eu vim pra cá, minha mãe veio primeiro pra tomar conta do apartamento dos herdeiros⁸ e depois eu vim, porque lá em Neves era tudo difícil, médico também era difícil, então eu tive que vim pra cá pra mim fazer minha consulta, pré natal, esses trem, eu fiz aqui, quando eu engravidei eu fazia aqui... [...] Consegui fazer meu pré-natal, eu consegui fazer a minha laqueadura, que lá em Neves não tinha recurso pra fazer, lá era muito difícil de fazer, e aqui não [...].

⁸ Foram residir no apartamento da avó, que faleceu e havia sido removida para o apartamento do PVV.

(Rita, 40 anos, removida)

Dos moradores que vieram do interior de Minas Gerais, ou de outros estados (São Paulo), (Adália (31), Antônia (20), Braz (44), Dantas (55), Heliotério (59), Margarida (60), Muniz (25) e Rosário (78)), Braz (44) veio com um ano de idade, outros parentes já residiam no Morro quando os pais vieram em busca de melhores condições de vida e Heliotério veio refugiado da seca, conforme os relatos abaixo:

Entrevistado: Ah aquela rotina do pessoal do interior que quer vim pra cidade pra tentar melhorar de vida, vieram meus parente primeiro depois meu pai veio, aquele êxodo natural do pessoal do interior pra cidade.

(Braz, 44 anos, não removido)

Entrevistado: Meus pais eram de São Paulo, e a vida lá ficou meio difícil, minha mãe veio tentar ganhar a vida aqui, desde então tamo aí, tem mais ou menos uns 26 anos que nós tão aí.

(Muniz, 25 anos, não removido)

Entrevistado: Refugiado da seca do norte de Minas, a cidade chama Joaquim Felício.

(Heliotério, 59 anos, não removido)

Entrevistado: Não, eu vim do interior pra cá em busca de emprego né, aí eu comecei a morar com a minha tia, aí depois eu conheci meu marido e ele me trouxe pra morar aqui nesse apartamento que era da vó dele. Aí foi nesse jeito que eu vim morar aqui no Morro das Pedras, aí se tivesse como morar em outro lugar teria né, mas foi assim que eu vim morar aqui. [...] Isso tem 5 anos. Quando eu vim morar aqui eu tava com 16, ia fazer 17, hoje eu já tenho 20...isso tem de uns 3 a 4 anos, ou mais né.

(Antônia, 20 anos, removida)

Entrevistada: Quando eu saí de Campanário. Eu vim viúva com nove filhos, o meu filho mais velho que me trouxe para aqui. Só ele trabalhava para mim e meus oito filhos. Aí de lá eu morei lá vinte e nove anos, de lá eu vim para cá. Entrevistador: E aqui a Sra. está há quantos anos? Entrevistada: Aqui vai fazer oito anos. Entrevistador: Então tem trinta e tantos anos que a Sra. já mora aqui nessa região do Morro das Pedras? Entrevistada: É nesse pedaço aqui, de lá no morro quando eu vim do interior lá de Campanário, eu morei em uns quatro barracões por aí, porque nós não tinha casa, vivia aqui e ali naqueles barracozinhos. Aí Deus me abençoou que eu ganhei lá. Uma filha de Deus da Igreja dali da Contorno, aquela igrejoninha que tem na Contorno, a dona Augusta que mandou a fiscal que trabalhava com ela comprar ali para mim. Mandou eu andar com ela para procurar ou uma casa que seja fora que não seja ligado com ninguém ou achar uma área para eles comprar e construir para mim, é onde que eu morei quase trinta anos ali em uma casa ali, que é essa que eu saí para vim para aqui.

(Rosário, 78 anos, removida)

Entrevistada: Nós viemos de São Paulo para cá, aí minha vó construiu um barraco de madeirite e nós estamos até hoje. Mas não mais de madeirite! [...] Entrevistador: E você sabe me dizer por que eles vieram especificamente para cá? Entrevistada: Porque lá era difícil para tudo, minha vó fala, eles vendiam rosas essas coisas, tudo para comer para vestir era mais difícil. Aí viemos para cá até hoje.

(Adália, 31 anos, removida)

Sobre os que vieram de outros bairros de Belo Horizonte, Elvira (53) e Kellen (31) vieram indenizadas, ao serem removidas por outras intervenções urbanas, Amaral veio de um bairro da mesma região (oeste), comprou uma área e construiu uma casa. Augusta veio acompanhando o marido que trocou uma casa em outro bairro periférico da região leste e Fernandes veio acompanhando a sogra que saiu de um bairro vizinho, devido à maior facilidade de acesso ao hospital no Aglomerado.

Os demais moradores (Bonina (47), Helena (36), Inês (69), Luzia (63), Odete (45), Santos (65) e Saul (64)) vieram acompanhando seus cônjuges que foram residir no Aglomerado, sem mencionar o local de onde eram provenientes.

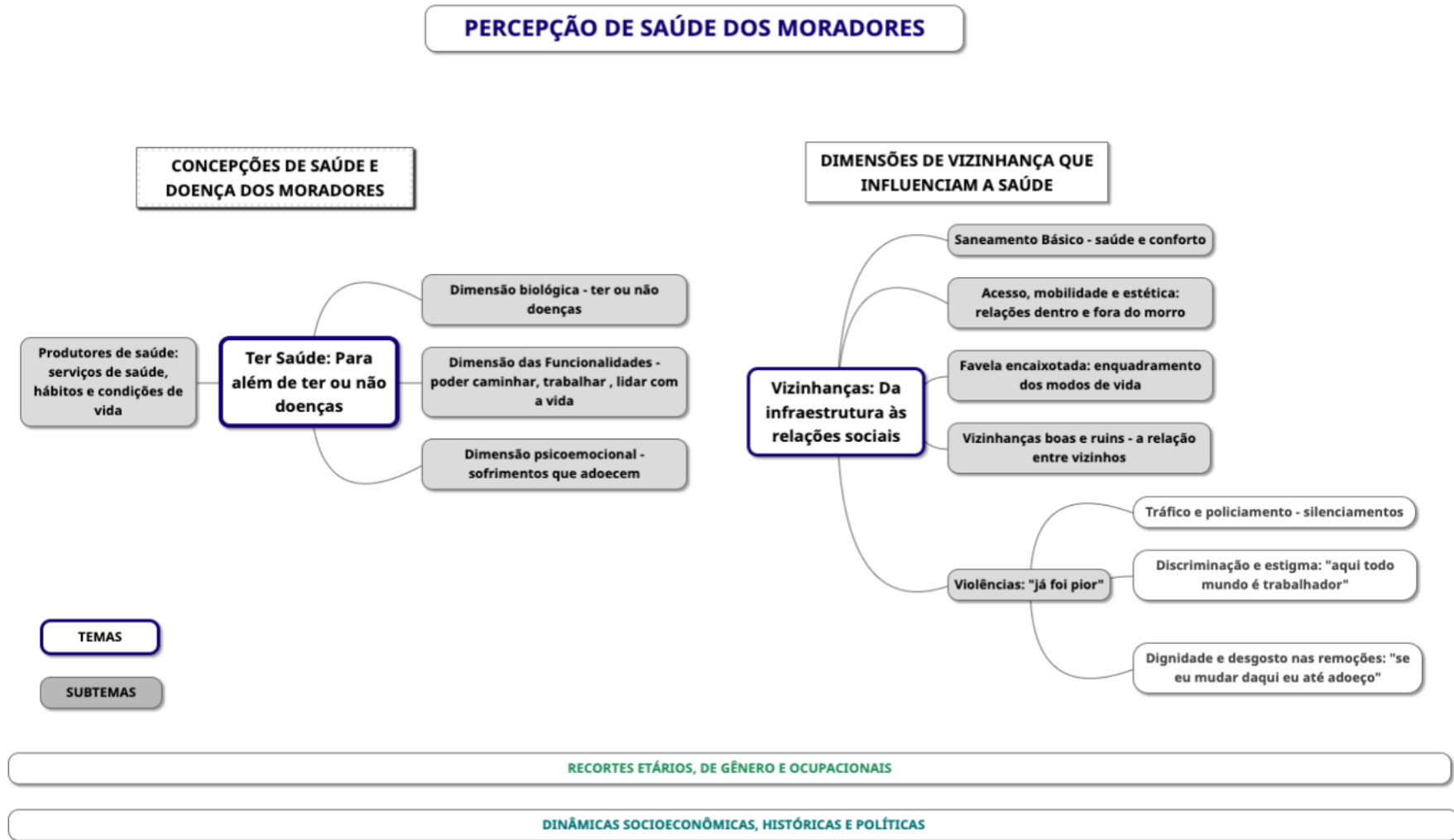
Analisando as narrativas dos moradores, a maior parte dos entrevistados nasceu no Aglomerado Morro das Pedras, ou provêm de outras localidades periféricas urbanas, com contextos similares ao do aglomerado. Diferencia-se destes, os moradores que vieram de localidades no interior do estado em busca de melhores condições de vida, um movimento característico de processos históricos de migração rural que resultou nas configurações das grandes cidades e também das favelas brasileiras. No entanto, em que pese a diferença do local proveniência, todos compartilham um histórico de busca por melhores condições de vida e a situação de marginalização.

8.2. Estrutura temática

Conforme citado anteriormente, para subsidiar a compreensão da percepção de saúde dos moradores do Morro das Pedras entrevistados foi utilizado o referencial teórico da saúde urbana e da determinação social da saúde, com o apoio do referencial analítico da Análise Temática Reflexiva.

Partindo dos temas e subtemas desenvolvidos, primeiramente serão caracterizadas algumas concepções de saúde dos moradores entrevistados. Posteriormente, serão exploradas as principais dimensões (determinantes) implicadas na percepção do processo saúde-doença e bem-estar.

Figura 5 - Mapa temático



Elaboração Própria.

Quadro 2 - Quadro temático

Título do Tema	Resumo	Subtemas
Ter saúde: para além de ter ou não doenças.	Concepções de saúde e doença dos moradores	<ul style="list-style-type: none"> ● Dimensão biológica - ter ou não doenças ● Dimensão das funcionalidades - poder caminhar, trabalhar, lidar com a vida ● Dimensão psicoemocional - Aspectos psicológicos e emocionais: sofrimentos que adoecem ● Produtores de saúde: Uso dos serviços de saúde e condições de acesso ● A relação entre hábitos e condições de Saúde
Vizinhanças: Da infraestrutura às relações sociais	Multidimensionalidade dos aspectos de vizinhança que influenciam a saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Saneamento Básico - saúde e conforto ● Acesso, mobilidade e estética: relações dentro e fora do morro ● Favela encaixotada: enquadramento dos modos de vida ● Vizinhanças boas e ruins - a relação entre vizinhos ● Violências: "já foi pior" <ul style="list-style-type: none"> ○ Tráfico e policiamento - silenciamentos ○ Discriminação e estigma: "aqui todo mundo é trabalhador" ○ Dignidade e desgosto nas remoções: "se eu mudar daqui eu até adoço"

Elaboração própria.

Passos para a compreensão das percepções do processo saúde doença nas narrativas, contextualizadas em um território de favela com intervenção de transformação urbana.

- I) Análise panorâmica sobre as concepções de saúde e o que está subjacente na autoavaliação de saúde, quais os componentes do processo saúde doença.
- II) Identificação e análise das principais dimensões de vizinhança que influenciam o processo saúde-doença.

Para melhor subsidiar a compreensão das narrativas sobre os processos saúde-doença dos moradores, a análise foi organizada em suas partes. A primeira, para identificação das concepções de saúde, os entendimentos de saúde e doença, bem como os marcadores podem influenciar sua percepção. Foram considerados, também, aspectos que "produzem" saúde como o uso dos serviços de saúde, hábitos e condições de saúde, uma vez que estes são moldados pelas percepções de saúde, e, em certa medida, também moldam as percepções de saúde. A segunda parte da análise abordou as dimensões de vizinhança que influenciam o processo saúde-doença dos moradores, a partir das narrativas. Embora não fosse o objetivo principal investigar os efeitos do Programa Vila Viva na saúde dos moradores, tais efeitos foram identificados transversalmente nas narrativas, como era previsível, tanto pela inclusão do tema no questionário quanto pela magnitude evidente do programa.

8.3. Ter saúde: para além de ter ou não doenças

Para subsidiar uma melhor compreensão das concepções e definições de saúde dos moradores entrevistados, as entrevistas foram analisadas em sua integralidade. Este processo foi importante porque nas primeiras leituras observou-se que algumas ideias e concepções de uma mesma pessoa entrevistada podiam ganhar novos contornos e conotações durante a entrevista. As narrativas em uma entrevista são colocadas em uma perspectiva relacional, tanto pela relação entre pesquisador e pesquisado, que muitas vezes parte de uma assimetria, como pelo contexto situacional da entrevista que pode alterar a performance narrativa, de forma consciente ou não (CASTELLANOS, 2014). É importante também ter em perspectiva que as narrativas possibilitam diferentes interpretações e não trazem, portanto, uma realidade neutra, existe uma escolha sobre o que é, ou não é falado. Elas geram informações valiosas sobre as perspectivas individuais ou coletivas, mas devem ser situadas em seus contextos e possíveis performances. Desta forma, possíveis mudanças de discurso podem ser esperadas à medida que se cria uma maior ou menor confiança com o entrevistador. As perguntas podem

também levar os entrevistados a diferentes reflexões que podem ampliar ou alterar determinadas percepções. Do mesmo modo, as informações trazidas pelos entrevistados modificam ou redirecionam as questões hipotetizadas pelo pesquisador/a (FONSECA, 1999). Ademais, as narrativas devem ser consideradas além do contexto interacional, incluindo o contexto social mais amplo, além de também considerar seu caráter de agenciamento social (CASTELLANOS, 2014; FONSECA, 1999). Conforme Castellanos (2014):

A narrativa é uma ação social que deve ser analisada nos contextos específicos de interação em que é produzida, mas também na interpelação das estruturas sociais (levando-se em consideração as relações de poder e de distribuição social dos capitais em jogo nos contextos narrativos) (CASTELLANOS, 2014, p. 1070).

Inicialmente, foram analisadas as concepções gerais de saúde e doença e as dimensões implicadas nessas concepções. Na sessão seguinte, foram abordados quais os aspectos de vizinhança são relacionados ao processo saúde-doença, sejam eles explícitos ou subjacentes às narrativas dos moradores durante as entrevistas. A análise foi feita de forma contextualizada, considerando o referencial teórico do trabalho.

Embora esta pesquisa não trate do indicador de autoavaliação e nem de autoavaliações de saúde em si, entendeu-se como importante dialogar com a literatura sobre o tema, uma vez que quando instados a falar sobre a própria saúde, a maioria dos entrevistados deram um parecer positivo ou negativo sobre sua saúde. Desta forma, considerou-se pertinente o diálogo com a literatura sobre autoavaliação de saúde para a análise das percepções de saúde dos entrevistados.

A autoavaliação envolve escolhas orientadas pela compreensão do que significa saúde, ou seja, para avaliar a própria saúde, a pessoa aciona dimensões do que acredita estar envolvido na saúde (JYLHÄ, 2009).

[...] não quero sugerir que essas auto avaliações sejam sempre baseadas em etapas lógicas de raciocínio consciente. Há boas razões para acreditar que as respostas à questão da autoavaliação da saúde às vezes são mais intuitivas, às vezes mais conscientemente reflexivas. No entanto, a avaliação envolve necessariamente o processamento de informações, interpretação de significados e seleção. Embora seja um processo individual e subjetivo, ele está inserido em um determinado ambiente social e cultural e faz uso dos recursos conceituais e padrões de representações fornecidos por esse ambiente (JYLHÄ, 2009, p. 308).

Geralmente utilizada como indicador em pesquisas populacionais, a autoavaliação envolve questões multidimensionais e é muito estudada pela sua relevância na predição de mortalidade e utilização de serviços de saúde (AHMAD *et al.*, 2014; DESALVO *et al.*, 2006; JYLHÄ, 2009; SCHNITTKER; BACAK, 2014).

Alguns estudos qualitativos investigaram quais elementos são considerados no processo cognitivo complexo que é a autoavaliação. Além dos óbvios fatores biológicos, amplamente reconhecidos e considerados no senso comum, também são critérios de avaliação as limitações funcionais que afetam as atividades rotineiras e os determinantes de ordem menos palpável, como questões psicossociais (LITVA; EYLES, 1994). Ademais, verificou-se que algumas características individuais dão maior ou menor peso à autoavaliação, como históricos de saúde, recortes etários, entre outros (JYLHÄ, 2009). Sendo assim, no presente estudo, com o intuito de compreender as percepções sobre o processo saúde doença dos entrevistados e o que está implicado nessas percepções, analisou-se também as narrativas acerca da avaliação da própria saúde (autoavaliação).

8.3.1. Dimensão biológica - ter ou não doenças

Nas respostas acerca da autoavaliação de saúde, após o parecer positivo ou negativo de sua saúde, a maioria dos entrevistados menciona a presença ou ausência de doenças diagnosticadas e sintomas físicos, mobilizando, desta forma, a dimensão biológica da saúde. A presença ou ausência de doenças diagnosticadas e a experiência de sintomas fisiológicos são os primeiros elementos mobilizados nas narrativas sobre suas percepções do estado de saúde, evidenciando a relevância do componente biológico na autoavaliação.

Inicialmente, algumas falas dos moradores ilustram esse tipo de concepção: "Ah, minha saúde... Eu tenho pressão alta, colesterol alto (risos), tenho uns probleminhas de joelho, na perna tem..." (Bonina, 47 anos, removida); "Boa! Ótima, 65 anos, não sinto nada... minha saúde é ótima!" (Santos, 65 anos, não removido). Ter uma boa saúde, ou ter saúde, significa não ter sintomas ou alterações no funcionamento normal, ou ainda, não ter doenças.

Entrevistador: Você poderia agora me falar sobre a sua saúde?

Entrevistado: Eu tenho diabetes, tenho pressão alta, tem meu problema que hoje eu sou deficiente pela doença que eu tenho, eu tinha desgastes nos ossos, com que fala tendinite, é tendinite, hoje eu sofro por isso. Tomo remédio, tomo remédio controlado, tomo é, muita coisa.

Entrevistador: E como é o cuidado com a saúde?

Entrevistado: Eu cuido, cuido. Cuido, tomo remédio direitinho, tomo remédio duas vezes por dia, aliás, três vezes por dia.

(Dantas, 55 anos, removido)

Entrevistadora: O que você poderia falar a respeito da sua saúde?

Entrevistada: Na verdade creio que ela está boa, faz tempo que eu não vou no médico olhar, essas coisa e tal, mas não sei assim...

(Clara, 21 anos, removida)

Entrevistador: A Sra. agora poderia falar um pouco sobre sua saúde?

Entrevistada: A minha saúde é péssima, eu vivo no médico direto, direto no médico. Agora eu estou, um mês e pouquinho que passei no médico, tive que renovar tudo quanto é tipo de exame porque deu problema de colesterol e a tireoide é a que está

acabando comigo. [...] Uma falta de ar, eu estava toda cheia de aparelho por causa de problemas no coração, aí graças a deus, quando foi esse mês a médica falou que eu estou melhor, mas eu tive muito mal mesmo. E tomo remédio direto, tomo sete qualidades de remédio por dia.
(Rosário, 78 anos, removida)

Tanto a presença de doenças como a utilização de remédios, mencionadas por Dantas e Rosário, marcam sua percepção da falta de sua saúde: “Tomo remédio, tomo remédio controlado, tomo é, muita coisa.” (Dantas); “E tomo remédio direto, tomo sete qualidades de remédio por dia.” (Rosário). Tomar remédio está ligado à percepção de que a saúde é ruim, o que, em última instância, aponta para a presença de enfermidades. Outra face da medicalização é o cuidado com a saúde, seu uso também aparece com uma forma de cuidado, como na fala de Dantas: “Cuido, tomo remédio direitinho, tomo remédio duas vezes por dia, aliás, três vezes por dia.”

Amplamente dominante nas práticas de saúde, a abordagem exclusivamente biomédica privilegia abordagens focadas em formas de cuidado clínicas e medicamentosas centradas na doença. Essas intervenções centram-se na identificação e tratamento individualizado dos sintomas, muitas vezes desconsiderando determinantes sociais e contextuais da saúde. Nesse ínterim, cuidar da saúde pode significar tomar o remédio ou fazer exames, ao tempo em que a figura do profissional de saúde, especialmente o médico, assume a centralidade do cuidado e detém a autoridade para definir e interpretar a condição de saúde do indivíduo, tornando o paciente receptor de suas prescrições, em uma interação assimétrica.

Na perspectiva do paradigma biomédico, a saúde é definida de forma negativa, como a ausência de doença, com foco praticamente exclusivo nas alterações do funcionamento corporais. Nessa perspectiva, a definição do estado de saúde baseia-se nos parâmetros estatísticos de normalidade e na consideração dos limites da função orgânica: a saúde é um negativo da doença, a qual, por sua vez é considerada uma alteração no funcionamento biológico, uma anormalidade respaldada em critérios estatísticos (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Essa perspectiva, considerada por muitos reducionista por focar exclusivamente nos aspectos fisiológicos e biológicos, são características amplamente disseminadas no senso comum (CZERESNIA, 1999; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

8.3.2. Dimensão das Funcionalidades - poder caminhar, trabalhar, lidar com a vida

A limitação funcional é um aspecto de destaque nas percepções de saúde dos moradores, pois mesmo quando não mencionada de forma explícita, interfere na autoavaliação de saúde. Todos os entrevistados que avaliam negativamente sua saúde, relatam problemas funcionais limitantes como falta de ar, dificuldade para enxergar, fraqueza ou dificuldade para caminhar. Tais limitações impactam diretamente na percepção de bem-estar, uma vez que a funcionalidade está intrinsecamente ligada à capacidade de realizar atividades cotidianas, à autonomia.

Entrevistadora: E a sua saúde como é que está?

Entrevistada: Péssima (risos)! Nossa não fala não minha filha de Deus, nossa, eu já tive entubada 2 vezes, por isso que eu falo com cê, eu não aguento subir morro não! Tive entubada 2 vez só dentro de 1 ano, eu entubei 2 vezes. Tô fazendo tratamento na Santa Casa, eu não posso, assim um tanto de coisa assim sabe, eu só vivo passando mal.

(Elvira, 53 anos, removida)

Entrevistador: O senhor tava falando que como aqui é abafado isso pode prejudicar a sua saúde, o senhor pode falar um pouco sobre isso?

Entrevistado: A gente que tem problema de falta de ar, qualquer lugar pra gente é ruim, principalmente aqui que é muito abafado demais, cê tá vendo aí né, então não tem como. Pra mim, seria bom o lugar lá onde é que eu morava lá mesmo, que aí podia botar uma rede do lado de fora e ficava deitado o dia inteiro debaixo da árvore, entendeu? Livre, tem dia que eu levanto com raiva, mas é de mim mesmo de ficar o dia inteiro parado, acostumado a trabalhar desde criança, agora ficar parado, não aguentar nem andar direito, pra mim começa uma tragédia já, a falta de saúde.

(Amaral, 64 anos, removido)

Muitas atividades rotineiras assumem grande importância porque são essenciais para o cumprimento de papéis sociais com autonomia. Trabalhar ou frequentar a igreja, por exemplo, são atividades que denotam não apenas a manutenção da independência física, mas também meios para a preservação da identidade social e da integração comunitária. Dessa forma, a avaliação da funcionalidade é associada à percepção global de saúde, já que ela influencia a qualidade de vida e a capacidade dos indivíduos de se engajarem plenamente nas atividades que conferem sentido à sua existência.

Apesar da onipresença da abordagem das doenças na autoavaliação da saúde, não há uma relação direta entre a presença de doenças e uma avaliação negativa da saúde. Da mesma forma, avaliações positivas não necessariamente decorrem da ausência de doenças como poderia se supor em um âmbito essencialmente biomédico. Mesmo diante da presença de doenças, a avaliação de saúde pode ser considerada positiva, uma vez que o indivíduo consiga realizar atividades importantes, como aparece no relato de Margarida:

Minha saúde? Ah minha saúde é boa, assim, a médica, eu tomo remédio pra glicose, mas a minha glicose não é muito alta não, eu não evito muito doce não, eu como doce de vez enquanto eu como por que sou teimosa, e também um problema no joelho, que eu tive um problema sério nós dois joelho, eu fiz ressonância, fiz raio x, fiz ultrassom, fiz fisioterapia, agora hoje em dia não, hoje em dia depois que eu vou, eu vou na igreja né, eu na igreja toda terça, quase todo domingo, na sexta, aí melhorou bem, só o de cá que dói um pouquinho mas pouca coisa.
(Margarida, 60 anos, removida)

Essa percepção vai ao encontro da perspectiva de George Canguilhem sobre saúde em sua obra *O Normal e o Patológico*, segundo a qual a saúde é constituída pela capacidade de adaptação diante das crises orgânicas, instalando uma "nova ordem fisiológica" (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999). Nesse ínterim, a saúde não é estabelecida pela ausência de sintomas e patologias, mas define-se pela habilidade de adaptar-se às condições adversas e restaurar seu equilíbrio, estabelecendo novas normatividades. Ou seja, ser saudável é também recuperar-se da doença ou adaptar-se, sendo, portanto, um potencial humano (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Em consonância com essa concepção, as autoavaliações de saúde refletem a noção de que, se o indivíduo se sente predominantemente bem, ele pode se considerar saudável, mesmo diante de marcadores fisiológicos fora dos padrões normativos, ou ainda de algum nível de sofrimento (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

A limitação funcional, a depender do seu nível e do grau de interferência nas atividades cotidianas dos moradores, aparecerá como um elemento gerador de insatisfação e mal-estar, redundando em uma avaliação negativa de saúde. Por outro lado, se não for suficiente para alterar ou interferir de forma significativa nas principais atividades cotidianas, a percepção poderá ser positiva. Embora esse seja um elemento relevante, é necessário ir além de sua identificação como um fator isolado e analisar os possíveis significados que as experiências dessas limitações proporcionam. Um dos pontos importantes é o fato de que as limitações podem representar a barreira de exercer papéis sociais importantes, a depender do contexto. No caso de Amaral, por exemplo, a impossibilidade de trabalhar, pode implicar no impedimento de cumprimento de papéis sociais importantes no seu contexto sociocultural e econômico. O impedimento do trabalho, seja por desemprego, aposentadoria ou impedimento por motivo de doença, tem consequências singulares no processo saúde-doença⁹.

⁹ Os homens são demandados socialmente a não falharem e a se realizarem no trabalho, marcados pelo dispositivo da eficácia, o ideal hegemônico de masculinidade é caracterizado pelas virilidades sexual e laborativa, desta forma, homens são valorizados pelo trabalho (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015). Em última instância, a insatisfação com a limitação funcional, que muitas vezes impacta ou impede o exercício laboral, diz respeito às barreiras sociais que esta pode significar. No presente estudo a insatisfação com o impedimento de trabalho foi mencionada por homens e mulheres, no entanto, não houve elementos suficientes de aprofundamento nas motivações dado que não foi também o objetivo da pesquisa.

A perda da capacidade laborativa também tem consequências diretas sobre as condições materiais de sobrevivência devido ao efeito que possui sobre a renda. Este efeito poderá ser ainda agravado em situações como as de Amaral que possuem uma trajetória de prováveis dificuldades materiais, "*acostumado a trabalhar desde criança*". Além disso, a insatisfação com o ambiente domiciliar, descrito como "muito abafado", agrava a insatisfação com a limitação que o impede de trabalhar e sair de casa. Portanto, é fundamental situar os efeitos da limitação funcional no contexto socioeconômico e habitacional, considerando como essas condições interagem e influenciam a qualidade de vida.

A idade é percebida pelos entrevistados, especialmente pelos mais jovens (com menos de 30 anos) e pelos idosos, como um parâmetro determinante da condição de saúde. Vários entrevistados relativizam a avaliação da sua saúde com a idade. De acordo com a literatura sobre o assunto, há diferenças nas expectativas de saúde entre os grupos etários, os indivíduos mais jovens, por exemplo, tendem a ter expectativas mais altas em relação à sua saúde, em comparação com grupos etários mais velhos. Segundo Jylhä:

[...] a idade constitui um quadro importante de avaliação, particularmente porque a frequência de problemas de saúde difere entre as faixas etárias. Isso também é verdade quando a questão global não comparativa de saúde autoavaliada é usada. Os jovens, que avaliam sua saúde em relação à expectativa específica da idade de um bom estado de saúde, podem interpretar as informações de sua própria saúde de forma diferente das pessoas mais velhas que esperam ter algum grau de problemas de saúde. Pode-se presumir que, para pessoas mais jovens, estar livre de doenças graves constitui a linha de base da avaliação de saúde. Nessa situação, fatores como comportamento de saúde favorável e aptidão física servem como argumentos para uma avaliação positiva, e doenças crônicas ou limitações funcionais para uma avaliação negativa. Na velhice, o contexto da avaliação é mais complexo. Para a maioria dos idosos, é necessária uma negociação entre a categoria normativa não problemática de "boa" saúde e problemas vivenciados em saúde e funcionamento. [...] os idosos, mais frequentemente do que os mais jovens, baseiam suas autoavaliações de saúde em comparações sociais e temporais com a saúde anterior ou expectativas futuras, ou, acima de tudo, em comparações com pares da mesma idade (Cheng *et al.*, 2007 , Fayers *et al.*, 2007 , Idler *et al.*, 2004 , Suls *et al.*, 1991, Tissue, 1972). Essas comparações com pessoas específicas, mas também com membros falecidos da própria coorte de nascimento, ou com estereótipos negativos da velhice, provavelmente levarão a um menor nível de aspiração em relação à própria "boa" saúde, permitindo avaliações positivas apesar dos problemas funcionais e de saúde (Torstam, 1975) (JYLHÄ, 2009, p.310).

A idade é um referencial importante em várias narrativas ao refletirem sobre a própria saúde. Foram comuns falas como a de Heliotério, ao comparar sua saúde com as expectativas associadas à sua faixa etárias: "Olha, minha saúde, pela minha idade eu considero de razoável pra bom, pra velho eu considero ela boa." (Heliotério, 59 anos, não removido). A concepção de saúde subjacente à questão da faixa etária é a saúde funcional, isto porque a relativização se dá em virtude da expectativa da presença ou ausência de doenças e da autonomia para

realizar as atividades. Tanto entre os jovens quanto entre os idosos, há uma tendência a autoavaliações negativas de saúde quando ocorrem mal-estares frequentes, limitações funcionais e doenças graves. Em contrapartida, indivíduos com doenças crônicas controladas e sem sintomas e mal estar frequente, tendem a avaliar sua saúde de maneira positiva em todos os grupos etários, como nos relatos de Alice e Braz:

Entrevistado: Minha saúde? Boa, o problema que eu tenho é o problema normal assim de qualquer pessoa hereditária, eu tenho hipotireoidismo, o único problema que eu tenho é esse.

(Braz, 44 anos, não removido)

Entrevistadora: E a sua saúde como é que está?

Entrevistada: (risos) minha saúde tá boa, até hoje eu sei que tá boa, só meu colesterol que tá alto (risos)... Tava fazendo umas dietas aí só que o colesterol não abaixava de jeito nenhum...

(Alice, 27 anos, não removida)

Considerando o relato de Alice, vale ainda destacar que embora a tendência de maiores expectativas sobre a saúde em pessoas jovens suscite avaliações negativas, a questão da funcionalidade parece sobrepor-se e influenciar de maneira mais direta as avaliações da saúde. As percepções e avaliações sobre o processo saúde-doença é, portanto, complexa e multifacetada, não ocorrendo de maneira linear ou unidirecional.

8.3.3. Aspectos psicológicos e emocionais: sofrimentos que adoecem

Aspectos psicológicos e emocionais, especialmente os negativos, são frequentemente percebidos como desencadeadores de doenças, sintomas e mal-estar. Essa dimensão é também utilizada com recorrência como critério de avaliação de saúde. Um exemplo disso, é o relato de Anita, que inicialmente avalia sua saúde como "boa", por não ter problema sério ou constante de saúde, entendidos como aspectos biológicos e, no decorrer da narrativa amplia sua avaliação incorporando a dimensão da saúde mental, relacionando o estresse e outros sintomas emocionais ao processo de adoecimento.

O sofrimento é considerado um componente chave no processo saúde-doença em diversas narrativas. Os participantes Araújo e Martins, por exemplo, relacionam seus quadros de adoecimento ao âmbito mental, atribuindo seu adoecimento a experiências de sofrimento extremo. Araújo, por separação conjugal, e Martins pela morte do pai. Além disso, outra forma de sofrimento associada ao processo saúde-doença, que será abordada em discussões posteriores, refere-se às rupturas de vínculo e às alterações nos modos de vida causadas pelas remoções. Essas experiências evidenciam, por meio de vários exemplos, a percepção de como

fatores psicossociais, como perdas e mudanças abruptas, desempenham um papel significativo na determinação do adoecimento e em última instância, de morte.

Assim a minha saúde é boa, que eu sou jovem né, mas, a minha saúde é boa, mas às vezes eu me sinto muito cansada, muito desgastada, às vezes nem precisa ter feito nada assim, mas muito desgastada, muito cansada, aí eu tenho uma escoliose aqui na coluna aí às vezes ela dá uma tacada, aí dói, e tal. Um pouco de estresse, às vezes eu sou muito estressada, muito ansiosa, aí saúde mental, psicológica né e tal, mas eu não tenho problema de saúde assim sério ou constante.

Entrevistador: Você acha que o lugar onde você mora tem influência sobre a sua saúde?

Entrevistada: Sim, aí cê tocou no ponto, sim, lá eu me sentia muito mais ativa, mais com ânimo sabe, pra fazer as coisas, pra estudar, pra tudo, depois que eu vim pra cá, tipo assim, eu morgo em casa, sem saber que eu tô morgando, é isso que eu tô te falando, dá a sensação de prisão mesmo sabe, do cê ficar em casa véi. [...] Que cê ficar em casa o dia todo, tipo assim, nós vai pra cozinha, eu como muito mais, eu virei uma, sei lá, uma comedora compulsiva mesmo; isso é questão de saúde, eu (como) compulsivamente às vezes, eu como quando eu tô em casa, por prisão mesmo, tipo assim nó, vou comer, não tem nada pra fazer aqui, vou comer (risos). No mais assim, eu senti mais coisas relacionadas ao meu psico, sabe, ao meu psicológico e por dentro mesmo.

(Anita, 21 anos, removida)

[...] minha saúde ficou ruim mesmo depois que eu, eu acho que depois que eu separei da muié (risos). Eu sofri demais, eu tinha depressão, e cê tem depressão e não teve como, assim, correr atrás de médico, essas coisa, aí eu fui e deixei pra lá, fui seguir minha vida, igual cê vê, cê separa de uma pessoa cê vai seguir sua vida pra lá, não vai nem se importar com ela mais, eu acho que foi isso que me ajudou bastante, meu menino, minha família, eu acho que foi isso.

(Araújo, 48 anos, removido)

[...] a ansiedade, ela se manifesta, igual uma doença, como se tivesse doente. Aí eu comecei a ter problema intestinal, mas era ansiedade e tal. Aí com 3 meses parou, tive 3 meses de surto direto, aí depois parou, aí depois parava e voltava, aí variava, intestino muito preso, muita diarreia, febre, não sei o que. Aí era ansiedade, e hoje eu vejo, hoje eu vejo assim “gente eu tenho que tratar essa cabeça” (risos). [...] Eu comecei a ter ansiedade depois que meu pai morreu e a gente saiu da casa, foi bem assim né.

(Martins, 19 anos, removido)

As dimensões biológicas e psicológicas são frequentemente mencionadas separadamente, no entanto, as narrativas sobre a vivência do sofrimento, assim como sua recuperação, demonstram a interdependência entre esses aspectos. Diversos relatos mencionam pessoas que adoeceram ou morreram em virtude de experiências de intensos sofrimentos emocionais. O sofrimento, por sua vez, é marcado por sua subjetividade e por atribuições sociais, e não se limita à esfera individual, sendo inserido em um contexto histórico e cultural específico (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). As narrativas analisadas evidenciam como o sofrimento psíquico, decorrente de experiências de perda ou violência, pode desencadear processos que afetam a saúde de maneira multidimensional. Da mesma forma, desentendimentos e conflitos são frequentemente reconhecidos como fatores que provocam o adoecimento.

Aspectos psicológicos e emocionais, e a saúde mental de forma mais abrangente, é reconhecida como uma parte componente do processo saúde-doença nas diferentes faixas etárias e nível de escolaridade dos entrevistados. No entanto, há uma distinção na forma como ela é mencionada: entre os mais jovens, e com escolaridade maior (ensino médio e médio incompleto) a saúde mental é referida de maneira direta e com uma formulação conceitual explícita, enquanto entre os mais velhos e com menor tempo de escolaridade, ela é subjacente e mencionada principalmente por meio de seus sintomas, ou mal-estares causados por conflitos familiares e entre vizinhos. Ou seja, embora indivíduos de todas as idades reconheçam a saúde mental como parte do processo saúde-doença, suas expressões variam, caracterizando um recorte geracional e de escolaridade. É importante salientar aqui que geração não diz respeito apenas à idade, mas também aos aspectos socioculturais compartilhados entre os indivíduos de uma faixa etária, numa relação complexa entre o fator social e biológico (GROPPO, 2021).

Outro aspecto que deve ser destacado é que as questões de saúde mental são preponderantes nos relatos dos participantes removidos, especialmente por estarem relacionadas às experiências de sofrimento causado direta ou indiretamente pelas remoções, o que será tratado mais detalhadamente adiante.

8.3.4. Ampliação das concepções

Quando as entrevistas são analisadas em sua integralidade, observa-se que a menor parte dos entrevistados (apenas oito) mantêm percepções relacionadas exclusivamente a elementos biológicos, em uma perspectiva biomédica. Um exemplo é o caso de Elias, que, ao ser questionado sobre sua saúde, inicialmente fundamentou sua resposta na presença ou ausência de doenças e em suas capacidades funcionais preservadas. No entanto, ao ser questionado sobre a influência da vizinhança na saúde, ampliou significativamente sua perspectiva, incorporando fatores como o bem-estar psicológico, as características do ambiente, a disposição do espaço habitacional e as oportunidades de lazer.

Minha saúde é boa, apesar desses históricos [familiares, não individuais] aí de hipertensão, diabetes, pressão alta, aliás, AVC¹⁰ na família. Graças a Deus, até o momento saúde boa, pressão 12 por 8, 11, 12 por 8, é uma saúde boa, visão boa também, recentemente eu tratei com oftalmologista, tive uma irritaçõzinha, uma inflamação no olho, mas tranquilo, no geral é boa.
[...] Entrevistador: Você acha que o lugar onde você mora, a sua casa, em volta da sua casa, a redondeza, tem influência na sua saúde?

¹⁰ Acidente Vascular Cerebral.

Entrevistado: Sim, com certeza, com certeza, o quê que eu entendo de saúde, eu entendo que a saúde não é só física, saúde ela é mental também, saúde psique. Então quando a gente tá num ambiente bom, um ambiente que dá prazer, igual a gente tá aqui, cê vê que tem bastante planta, a gente cuidou do jardim, a gente mantém passarinho cantando ali, tem uma energia muito boa, isso te favorece, né?! Tem as partes aqui que batem sol, então, a pessoa consegue aproveitar mais o dia externo, porque eu percebi, uma outra coisa que eu percebi também é o seguinte, depois que o pessoal veio pros apartamentos eles se tornaram mais sedentários. Bastante, assim, quem não era se tornou e quem já era ficou mais ainda. Não sei porque, será se é por que a pessoa se fecha mais no apartamento e quer ficar mais tranquila e tal, mas de certa forma as elas perderam essa coisa questão de sair pra comprar as coisas, sair pra tomar um sol pra aproveitar o dia. Então, eu vejo que o entorno ele contribui bastante.

(Elias, 30 anos, removido)

Este exemplo demonstra a relevância do aprofundamento e da abordagem diversa da questão do processo saúde-doença para melhor compreensão das nuances e variáveis que influenciam e compõem a percepção de saúde dos entrevistados. O que a princípio poderia basear o entendimento de uma saúde composta por aspectos biológicos e fisiológicos normalizados, ampliou-se para dimensões diversas, como bem-estar mental, ambiência, a presença de jardim, pássaros, sol, bem viver, no geral.

As concepções de saúde mais ampliadas suscitam avaliações positivas de saúde, das vinte e duas percepções positivas de saúde, dezesseis apresentam concepções de saúde que consideram tanto as questões biológicas, quanto questões funcionais, psicológicas e estruturais. Enquanto apenas duas apresentaram concepções de saúde na perspectiva do paradigma biomédico, considerando exclusivamente fatores biológicos. Essa característica de indivíduos com uma visão mais ampliada sobre a saúde tenderem a avaliar sua saúde de forma positiva, está em consonância com a literatura existente, a qual associa a autoavaliação positiva da saúde a concepções mais abrangentes sobre a saúde e o bem-estar (IDLER; HUDSON; LEVENTHAL, 1999).

8.3.5. Produtores de saúde: Uso dos serviços de saúde e condições de acesso

Assim como a organização dos serviços de saúde são condicionados pelas concepções de saúde de uma determinada sociedade ou território, a forma como a saúde é concebida pelos indivíduos influenciará as expectativas sobre os cuidados, assim como o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Além do contexto sociocultural, a qualidade dos serviços irá moldar o comportamento dos usuários em relação à procura dos serviços.

Os serviços de saúde convencionais, como unidades básicas de saúde e hospitais, são mencionados como locais utilizados para tratamento de doenças e recuperação da saúde,

embora não tenha sido objeto da entrevista tratar outras formas e locais de cuidado. A consulta médica e a realização de exames são consideradas elementos importantes de produção de saúde. No trecho de entrevista abaixo, nota-se a perspectiva biomédica, em que o foco está na realização periódica de *check up* e na autoridade médica para validar a saúde:

Entrevistadora: Você pode falar um pouco sobre a sua saúde?

Entrevistado: Minha saúde? Ah inclusive eu fiz, todo ano eu faço né, sobre assim, faz um geral mesmo, faço um *check-up* geral, minha saúde tá, a doutora [...] disse que tá boa, ela disse né (risos), eu fiz exame de tudo.

Entrevistadora: Quando você precisa se cuidar...

Entrevistado: Eu vou mais é no posto, eu prefiro ir no posto [...]

(Raul, 40 anos, removido)

A confiança nos exames laboratoriais e no parecer médico, sugerem uma percepção de saúde como algo a ser confirmado e assegurado através de práticas biomédicas. Essa visão mais restrita não considera aspectos mais amplos do bem-estar e não reflete uma abordagem integral e centrada na pessoa.

Embora não tenha sido questionada outras formas e locais de cuidado, alguns moradores referiram a utilização de medicinas integrativas e não convencionais como estratégias de recuperação e manutenção da saúde. Para uma melhor compreensão deste tema seria necessária uma abordagem mais direcionada ao tema, uma vez que a religiosidade também apareceu de forma subjacente nas narrativas.

A utilização dos serviços convencionais de saúde (unidades básicas de saúde¹¹, unidades de pronto atendimento e hospitais), parece estar majoritariamente relacionada a situações de adoecimento agudo, ou seja, os indivíduos tendem a procurar esses serviços apenas quando apresentam sintomas ou sentem algum mal-estar físico. Menções ao uso de serviços de atenção psicossocial, para tratamento de depressão e ansiedade, também foram mencionados. Em termos gerais, a procura por serviços de saúde, portanto, é, em grande parte, reativa sendo motivada por sinais de enfermidade.

Moradores com doenças crônicas relataram acompanhar suas condições de saúde de forma contínua, o que representa uma forma de prevenção terciária, voltada a evitar a piora do quadro clínico. Este tipo de acompanhamento foi mencionado, principalmente, por indivíduos de faixas etárias mais avançadas, refletindo a maior prevalência de condições crônicas neste grupo. Ações individuais como dietas e atividades físicas, também foram mencionadas como forma de cuidar dessas condições. A prevenção de complicações é a principal motivação de tais cuidados nessa faixa etária.

¹¹ Mesmo que as Unidades Básicas de Saúde se proponham a ser serviços que se pautem na prevenção e promoção, as mesmas são utilizadas em situações agudas.

A imunização foi um dos poucos exemplos citados de prevenção primária, em que os serviços de saúde são utilizados antes do aparecimento de doenças para proteger a saúde. Esta prática reflete uma concepção de saúde mais preventiva. A necessidade de ações preventivas relacionadas à educação em saúde foi observada por uma moradora, considerando o perfil epidemiológico no território.

Entrevistador: E você então é atendida no posto. Como que é, é próximo da sua casa, o atendimento é bom?

Entrevistada: Não, é longe, o atendimento também não é bom, não é bom. Tem vez que, igual eu tô te falando tem que ir atrás por que elas sabe, não orienta. Quem não sabe dos direito, dança, quem não sabe que pode ir atrás, né.

Entrevistador: Você falou que a sua saúde tá boa, mas da população aqui em geral não está, por que você tem essa impressão?

Entrevistada: Por causa de tudo eu ouço falando, por exemplo assim, tem menina aqui que nunca foi no posto, só vai quando engravida, aí quando engravida descobre que é HIV positivo, e aí? Falta muita orientação, falta falar sobre hepatite porque é um lugar onde o consumo de droga é muito grande... Então, eu no meu ponto de vista falta [...]

(Odete, 45 anos, não removida)

Dois questões parecem prejudicar as ações de prevenção, uma aparente falta de diálogo entre profissionais e usuários e a não procura por essas ações. Ações preventivas, mesmo que acessíveis, não são isentas de desafios de acesso, justificando, portanto, a necessidade de orientações ativas dos serviços de saúde. Além disso, as vulnerabilidades territoriais acentuam a necessidade de esforços de educação em saúde, como bem ilustrado no relato de Odete.

A garantia de acesso aos serviços de saúde, muitas vezes, é condicionada por questões relacionadas à disponibilidade de informações e recursos próprios dos moradores. Além disso, capital social torna-se fundamental, para *ir atrás* para ter reconhecidos os direitos de usuário e mobilizar recursos e conhecimentos, nem sempre disponíveis facilmente. A narrativa de Odete exemplifica essas dificuldades cotidianas para garantir atendimento adequado:

Olha minha saúde, ela tá legal hoje por que eu vou atrás. Mas muita gente aqui padece pra caramba [...] uma quantidade muito grande de gente atendida. Aí médico cê vai não tem, ginecologista “ah, tá de férias”, [...] o posto tem todos os equipamentos mas não tem o dentista. Remédio pra quem toma remédio, por exemplo, eu tenho pressão alta aí eu tenho que comprar o remédio, eu compro por que eu trabalho eu tenho condição de comprar, mas tem gente que não tem condição de comprar, e sempre tá em falta. [...] Então assim a minha saúde tá legal, uma vez por ano eu vou, faço um *check up* tudo bonitinho, e a galera que não tem essa consciência, só vai quando o trem tá mais sério, aí padece, e a saúde, eu acho que a saúde da população não tá bem.

[...] Eu vou, por exemplo, se eu chegar no posto e não tiver ginecologista eu já vou lá na regional e já reclamo, cê tá entendendo? Tipo assim né, e já dou o grito, aí eles dão um jeito, me põe em outra equipe que tem, eu não vou ficar 1 ano, 2 ano esperando vim alguém e depois é alguma coisa? Por exemplo, foi uma médica do posto, eu senti uma dor de cabeça constante, ninguém nunca tinha falado que era pra mim fazer um exame de vista. Aí uma médica que falou, de uma outra equipe, que a médica da minha equipe nunca tinha falado, nunca tinha pensado nessa possibilidade de eu tá sofrendo da vista. Foi de uma outra equipe, que eu fui atrás, existe uma

gerência na regional, da saúde, que você tem que ir e falar, mas só que nem todo mundo tem esse tipo de acesso, tem gente que nem vai na regional, [...] eu já vou e já falo “dá seu jeito, é um direito nosso”.

(Odete, 45 anos, não removida)

O trecho acima destaca fatores que causam disparidades no acesso a cuidados. As condições limitadas nas unidades de saúde — desde a ausência de profissionais médicos e dentistas, até a falta de medicamentos — afetam a regularidade e a qualidade do atendimento, pressionando a busca de alternativas pelos moradores, como a compra de medicamentos, quando podem, ou a desistência dos cuidados com condições de saúde. Outro fator relevante é o capital social e a capacidade de mobilização dos indivíduos frente às fragilidades da oferta de serviços. A mobilização individual, como a relatada por Odete, evidencia a importância do conhecimento sobre os direitos do usuário e da informação sobre a rede de atenção à saúde como recursos essenciais para superar as barreiras de acesso.

A utilização dos serviços de saúde pode também ser moldada pela confiança em sua efetividade. A percepção de que o serviço não resolverá os problemas de saúde pode levar à resistência em utilizá-los, como na fala de Fernandes:

Não, eu não gosto de ir no posto não, não gosto de ir no posto, porque tipo assim, o posto, se você tiver passando mal não resolve você ir no posto não. Cê vai no posto só pra pegar remédio ou pra poder marcar consulta sabe, esse negócio assim sabe, pra consultar só. Muitas das vezes você vai consultar e seu problema é grave e não vai resolver nada, cê vai ter que vim de lá a pé, que lá não tem ambulância, não tem nenhum carro pra poder levar você, cê já tá fraco, caminhada procê ir, e pra você voltar é pior por que é só subida sabe, de lá pra cá, aí piorou a situação (risos). Aí fica mais difícil, aí de preferência na UPA [...] eles chamam a ambulância pra levar você. Ou, do contrário, cê fica lá mesmo, eles te medicam você direitinho [...].

(Fernandes, 55 anos, não removido)

A desconfiança na resolutividade da Unidade Básica de Saúde (UBS), somada à questão da dificuldade de transporte desencoraja a utilização do serviço. A utilização preferencial de serviços de urgência e emergência, a exemplo da UPA (Unidade de Pronto Atendimento), como porta de entrada em detrimento dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), é um fenômeno comum no Brasil e em outros países. Algumas vezes tais relutâncias baseiam-se em experiências negativas prévias e outras em desconhecimento do funcionamento da rede (COSTER *et al.*, 2017; MENDES, 2011).

Um aspecto interessante também diz respeito à resistência de procurar serviços de saúde preventivamente:

Entrevistador: E o sr. tem frequência de ir aos equipamentos de saúde, como que é?

Entrevistado: Não, eu não tenho frequência. Inclusive o pessoal lá me fala: ‘cê tem que vir mais no posto’. Mas se você está com saúde você vai procurar médico, você está procurando doença, ah... (Risos). Você não tem nada, aí chega lá o cara fala que

“você está doente e aquilo te cresce na cabeça, então eu prefiro não ir. Só vou quando precisa mesmo!”
(Santos, 65 anos, não removido)

A motivação da resistência da busca pelo serviço não está evidente. Esse comportamento pode refletir várias questões: o receio e a dificuldade de lidar com as consequências emocionais de um diagnóstico desfavorável; o contexto de resistência característico da masculinidade hegemônica¹², que nega possíveis "vulnerabilidades" e exerce influência na busca aos serviços de saúde, que são procurados tardiamente ou em situações agudas; ou ainda, o receio de ser diagnosticado com uma doença inexistente, o que, em última análise, gera desconfiança quanto à capacidade do serviço de saúde em fornecer diagnósticos e tratamentos adequados.

Esse último aspecto é um importante ponto crítico que refere-se às possíveis consequências de uma sobreutilização dos serviços de saúde. Tais consequências podem se configurar em sobrediagnósticos, medicalização excessiva e suas consequências iatrogênicas - quando danos são causados por intervenções médicas (TABET *et al.*, 2017; TESSER, 2017). Embora a questão das formas de prevenção não seja o foco deste estudo, ela é frequentemente mencionada nas narrativas, especialmente em relação aos *check-up*, que são percebidos como uma forma indiscutivelmente positiva de cuidado em saúde. Contudo, o excesso de exames, especialmente quando realizados sem uma base clínica sólida, pode levar a falsos positivos e a riscos associados a exames invasivos, expondo os indivíduos a intervenções desnecessárias e, potencialmente, aumentando sua vulnerabilidade (JAMOULLE, 2015; TESSER, 2017).

Quanto aos os padrões de gênero, enquanto 64% dos homens avaliaram positivamente sua própria saúde, esse percentual foi de 55% entre as mulheres. Já nas avaliações negativas, a discrepância é maior: 17% dos homens consideraram sua saúde ruim, em comparação com 35% das mulheres. Chama a atenção a diferença entre o percentual de avaliações negativas de

¹² Sobre esta questão, a literatura sobre saúde pública e gênero aponta que as expectativas sociais sobre o que significa ser masculino afetam o uso dos serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). De acordo com Couto (2016), estudos indicam que o modelo de masculinidade hegemônica, que valoriza a força e a invulnerabilidade, pode levar os homens a negligenciarem sua saúde e evitarem buscar cuidados. Esse fenômeno é descrito como a incapacidade de muitos homens de reconhecer suas vulnerabilidades e a dificuldade em lidar com seu lado emocional, resultando em resistência ao cuidado médico.

Diferentes estudos têm tratado do tema e argumentam que, para boa parte dos homens, crescer sob a pressão social dos modelos de masculinidade hegemônica pode os tornar muitos incapazes de reconhecer suas vulnerabilidades e inábeis para lidar com o seu lado emocional. O desejo de ser visto como um 'homem forte' pode significar uma recusa em admitir fraquezas e impedi-los de consultar um médico quando estão doentes. Na verdade, a própria doença pode ser especialmente temida por causa de sua capacidade de reduzir os homens ao que tem sido chamado de "masculinidade marginalizada" (Richardson e Smith, 2011; Doyal, 2000; Schraiber *et al.*, 2010). (COUTO, 2016, p.49)

saúde, sendo o das mulheres o dobro em relação ao dos homens. Este aparente otimismo masculino pode ser explicado pela dimensão cultural dos dispositivos de gênero que moldam a autopercepção de saúde. Uma dessas características é a maior tendência feminina a procurar os serviços de saúde (LEVORATO *et al.*, 2014), o que pode aumentar sua conscientização sobre possíveis problemas. Além disso, as mulheres, tradicionalmente, acumulam papéis sociais e familiares que podem contribuir para uma maior percepção de sobrecarga física e emocional, o que influencia negativamente essa autoavaliação. Por outro lado, o aparente otimismo masculino pode estar relacionado aos estereótipos de gênero que moldam a forma como os homens percebem e expressam seu bem-estar (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015). Códigos culturais e sociais muitas vezes incentivam os homens a adotarem uma postura de força e invulnerabilidade, o que os leva a minimizar sintomas e a adotar uma visão mais positiva, ainda que isso possa não refletir a realidade de sua saúde. Essa perspectiva é alimentada por uma construção cultural que associa a masculinidade à resistência física e emocional, resultando em uma menor probabilidade de que os homens reconheçam ou expressem problemas de saúde, a menos que sejam graves, o que como discutido resultará na procura por serviços emergenciais (GOMES *et al.*, 2009).

8.3.6. A relação entre hábitos e condições de saúde

A relação entre hábitos de vida e as condições de produção de saúde é central para entender as concepções implicadas no processo saúde-doença. As narrativas dos entrevistados refletem que, embora hábitos como alimentação saudável, atividade física e limpeza do ambiente sejam reconhecidos como promotores de saúde, sua prática não depende exclusivamente de escolhas individuais. As condições de vida, como renda, acesso a serviços básicos e equipamentos de lazer e saúde, e a disponibilidade de tempo livre, surgem como determinantes fundamentais que facilitam ou limitam esses hábitos.

Na perspectiva dos moradores, a alimentação é destacada como um fator essencial para a saúde, mas sua qualidade está condicionada ao poder aquisitivo. O relato de Fernandes, por exemplo, ilustra a dificuldade em adquirir alimentos nutritivos e o impacto disso sobre sua saúde, mostrando como a limitação financeira pode comprometer o tratamento médico e a qualidade da dieta:

A gente vai pra igreja sente aquele fraquedor assim nas pernas assim sabe, aqui assim, aí cê já para e pensa, “poxa será que eu já tô com anemia?”. Começa a doer os ossos também, aí cê vai comer, cê não tem condições de comprar uma comida boa, cê não tem condições, cê tem condições de comprar alguma coisa pra você encher, mas não comida boa; uma coisa assim mais forte, tipo assim, verdura,

preciso comer verdura, tipo uma carne assim, então, a condições da saúde não é boa não.
(Fernandes, 55 anos, não removido)

A prática de atividades físicas, especialmente em espaços comunitários, como quadras e campos de futebol, é outro hábito que favorece a saúde e o bem viver que aparece nas narrativas. Documentação histórica da região atesta a importância do futebol como um importante referencial de lazer e sociabilidade ao longo das décadas, evidenciando a importância dessa prática na identidade comunitária (BELO HORIZONTE, 2011). Assim como a alimentação, a prática de atividades físicas e esportes é influenciada pelas condições de vida. A fala de Araújo destaca o impacto positivo de atividades esportivas no bem-estar social, proporcionando interação com pessoas de diferentes locais e mostrando como a mudança na vizinhança pode influenciar mudanças nos comportamentos. No entanto, são comuns as experiências como a de Raul que traz no trecho de sua narrativa a questão da dificuldade de conciliação com outras demandas como trabalho e estudo. Desta forma, a prática de esportes pode ser abandonada devido ao cansaço e à falta de tempo. Isso evidencia que, embora as atividades físicas sejam reconhecidas como um promotor de saúde, sua prática contínua requer infraestrutura adequada e disponibilidade de tempo livre, aspectos muitas vezes determinados pelas condições de vida.

Entrevistado: Eu acho que foi bom pra mim [instalação de quadra de futebol próxima], por que eu não tinha, ficava só dentro de casa, dentro de casa assistindo mais nada, o quê que tinha pra fazer, assistir televisão e mais nada, agora não, agora cê vem cá tem um jogo de futebol dia de domingo, cê vê muita gente, vem gente diferente, pessoa diferente, cê não vê as mesmas pessoa, de vez em quando cê vê gente diferente, gente de outro lugar pra vim ver, do Barreiro vim jogar bola aqui, quer dizer, é diferente.
(Araújo, 48 anos, removido)

Olha, aqui eu acho que tem uma quadra só aqui embaixo, mas eu jogava bola mesmo era lá em cima na Antena, aqui nunca fui não (risos). Tem um tempão que eu não jogo bola, parei mesmo, depois que a gente começa a trabalhar assim vai desanimando, vai desistindo. Igual eu trabalhava e estudava, na 8º série, eu tinha acho que era 18 ou menos, aí trabalhando e estudando a gente vai desanimando, fica pesado, trabalhar a semana toda, estudava, aí chegava final de semana não dava pra animar jogar bola (risos), ficava cansado.
(Raul, 40 anos, removido)

A relação entre os hábitos de vida, as condições materiais relacionam-se estreitamente com os processos saúde-doença. A determinação social da saúde propõe que as condições de vida e de trabalho, o ambiente físico, a renda, a educação e o acesso a recursos fundamentais são fatores que moldam a saúde das populações, muitas vezes de forma mais significativa do que os comportamentos individuais.

A percepção de saúde entre os moradores entrevistados é marcada por uma abordagem multifacetada que vai além da presença ou ausência de doenças. Embora a dimensão biológica (ter ou não doenças e sintomas) seja uma referência em todas as entrevistas, a maioria dos entrevistados não se restringe a essa dimensão, considerando aspectos relacionados à funcionalidade e à saúde psicoemocional, abrangendo uma perspectiva mais ampla de bem e mal estar.

Essas percepções são influenciadas por aspectos de gênero e geracionais, além de estarem situadas dentro de um contexto social mais amplo, no qual as relações de poder, classe e vulnerabilidade moldam a experiência de saúde. Esses fatores desempenham um papel significativo na construção da percepção de saúde entre os moradores, e, como veremos adiante, irão interagir com os elementos de vizinhança.

Em relação ao adoecimento, considerando-a no espectro não binário do processo saúde-doença, ela é percebida por meio de sintomas biológicos, incapacidade de realizar atividades cotidianas e sofrimentos psicoemocionais. Essa compreensão multifacetada do processo saúde-doença sugere que a doença não se restringe a alterações físicas detectáveis, mas também envolve dimensões subjetivas e sociais. Nesse sentido, o adoecimento é experienciado não apenas como uma alteração física detectável, mas por meio das impressões sensíveis produzidas por mal estares físicos ou psíquicos (CANESQUI, 2003).

Já a saúde é frequentemente associada à capacidade de desempenhar funções sociais de maneira autônoma, sem limitações significativas, e está relacionada ao acesso a serviços de qualidade, lazer e outras formas de bem-estar. Esta visão reflete uma construção social da saúde, em que a ausência de sintomas físicos não é suficiente para definir o estado de saúde. A habilidade de participar plenamente nas atividades e papéis sociais do indivíduo é vista como um indicador chave de saúde. Essa percepção é moldada pelos padrões socioculturais, que definem as expectativas sobre o que significa estar saudável ou adoecido em diferentes contextos. Assim, a saúde é socialmente construída e é avaliada não só pela ausência de sintomas, mas também pela habilidade do indivíduo em participar plenamente das funções sociais. Ser saudável não decorre da ausência de doenças e mal-estares.

A análise dessa percepção de saúde e doença não pode ser dissociada do território da favela. Os contextos de marginalização e exclusão social vivenciados pelos moradores do território estudado influenciam diretamente a forma como esses indivíduos experienciam saúde e adoecimento e também será abordado nas discussões posteriores. A marginalização agrava as vulnerabilidades e pode favorecer a emergência de adoecimentos, especialmente em contextos de privação material e social.

8.4. O processo saúde-doença na vizinhança

O estudo dos efeitos da vizinhança na saúde é uma das principais áreas de abordagem da saúde urbana (CAIAFFA *et al.*, 2008; DIEZ ROUX, 2001; DIEZ ROUX; MAIR, 2010). Podendo afetar o processo saúde-doença em suas múltiplas dimensões (física, mental, social, ambiental, etc.), a vizinhança, lugar de residência, é abordada enquanto território, em seus aspectos físicos e sociais, materiais e simbólicos e, portanto, dinâmicos e relacionais (MOLINA JARAMILLO, 2018). Nesse contexto, o território é compreendido não só em seus aspectos físicos e relacionais internos/comunitários, mas também a partir de sua inserção resultante das relações de poder com outros atores sociais e econômicos (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2022). É a vizinhança, portanto, dinâmica e relacional, onde ocorrem as relações cotidianas e a interação entre agentes sociais (comunidade e Estado). Desta forma, compreendida como este espaço de produção de significados e práticas, os elementos materiais e simbólicos, incluindo os marcadores sociais, irão interagir de modo a afetar a saúde e o bem-estar dos residentes.

A compreensão das percepções dos moradores sobre a relação entre vizinhança e a saúde contribui para uma melhor aproximação dos sentidos do processo saúde-doença e também da própria noção de vizinhança. Embora a investigação sobre a percepção de vizinhança não seja o foco do presente trabalho, é relevante destacar algumas dimensões do tema mencionadas nas narrativas. A maioria dos moradores entrevistados identifica tanto aspectos físicos quanto aspectos sociais do território da vizinhança como influenciadores significativos do processo saúde-doença. Considerando que tais aspectos vão desde as estruturas de saneamento e viária, passando pela disponibilidade de serviços e as relações sociais entre pessoas, a compreensão de vizinhança subjacente nas narrativas é multidimensional. Tais aspectos serão discutidos posteriormente, evidenciando a complexidade das interações entre os aspectos territoriais e o processo saúde-doença dos moradores.

Vale destacar também que alguns moradores entrevistados consideraram que a vizinhança não exerce influência sobre a saúde. Estas percepções foram justificadas a partir de suas circunstâncias particulares, que correspondiam a compreensão de uma influência exclusivamente biológica sobre a saúde:

"Se tem... Eu acho que não, né. Porque o que eu tenho é no sangue então acho que não... Num influencia não, né. Isso aí tem que ver se é de genética, mas ele não influencia nada não."
(Antônia, 20 anos, removida)

"Entrevistada: Não, eu acho que não, é doença mesmo comum. Eu também a doença assim que eu tenho também é dor de cabeça constantemente, embrulhação de estômago, não posso comer muita coisa; tem que comer pouca coisa, tem que saber o que come, o quê que bebe, é saúde frágil."
(Lourdes, 56 anos, não removida)

Entre os entrevistados que consideram que o processo saúde-doença é influenciado pela vizinhança, a maioria das respostas diretas aponta para influências prejudiciais à saúde, geradoras de doenças ou mal-estar. No entanto, durante a análise integral das narrativas, diversas dimensões de vizinhança com impacto positivo sobre a saúde foram identificadas. Destaca-se que esses aspectos de vizinhança percebidos são dinâmicos e inter-relacionados, além de estarem inseridos em um contexto mais amplo. Serão analisados tanto os temas explicitamente mencionados, como aqueles seguidos pela análise dos elementos subjacentes das narrativas que afetam a saúde. Os elementos da vizinhança considerados como influenciadores do processo saúde-doença, de forma direta ou subjacente, são listados a seguir:

- Saneamento Básico - saúde e conforto
- Acesso, mobilidade e estética: relações dentro e fora do morro
- Favela encaixotada: enquadramento dos modos de vida
- Vizinhanças boas e ruins - a relação entre vizinhos
- Violências - já foi pior
 - Tráfego e policiamento - silenciamentos
 - Discriminação e estigma: "aqui todo mundo é trabalhador"
 - Dignidade e desgosto nas remoções: "se eu mudar daqui eu até adoço"

8.4.1. Saneamento básico - saúde e conforto

Definido pela lei nº 14.026 de 15 de julho de 2020 como "conjunto de serviços públicos, infraestruturas e instalações operacionais" (BRASIL, 2020), o saneamento básico abarca o abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Nas entrevistas, esses itens são mencionados como um elemento protetor da saúde, seja separadamente, ou em seu conjunto. Além de serem reconhecidos como um aspecto da vizinhança que influencia positivamente a saúde, evitando doenças, o saneamento é visto como um ponto positivo do Aglomerado que melhorou a vida de seus moradores nas últimas décadas também pelo conforto proporcionado.

A questão do lixo é mencionada em várias oportunidades. O lixo é compreendido como uma questão ligada à doença e sua coleta frequente é considerada uma das vantagens viabilizadas pelas intervenções, ao abrir e pavimentar ruas. A presença ou ausência do lixo é reconhecida como um fator que torna a vizinhança saudável ou insalubre, conforme as falas dos moradores a seguir que ilustra os dois exemplos:

Entrevistador: Você acha que o lugar que você mora ou como você mora, ou em volta, influenciam a sua saúde?

Entrevistado: Não, aqui tem saneamento básico, não tem muito, o meio que a gente vive não tem como proporcionar doença pra gente por que tem saneamento básico, tem esgoto, tem água; o lixo que tinha acabou, ninguém joga lixo na rua mais, tem a coleta seletiva, tem os dias de coleta de lixo, então o pessoal coloca o lixo na hora certa... Não, o meio aqui é saudável.

Entrevistador: Então influencia de uma forma positiva?

Entrevistado: é, negativa não.

(Braz, 44 anos, não removido)

Entrevistadora: Você acha que de alguma maneira o lugar onde você mora tem alguma influência sobre a sua saúde?

Entrevistadora: Muita, me mata, eu estou morrendo aos poucos. [...] Por causa do lixo, do rato, da barata, da ignorância, da falta de compreensão, da falta de educação que não tem. Está bonito quando você passa lá e olha para cá, são maravilhosos os prédios, mas a precariedade é ruim. [...] A gente fica labutando, mas vamos parar com o lixo que o posto de saúde não fica mais lotado.

(Manoel, 47 anos, não removido)

Os autores das narrativas em questão residem em diferentes vilas do Aglomerado Morro das Pedras, o que demonstra a variabilidade dos serviços de gestão dos resíduos na região. Embora a oferta desses serviços públicos tenha se expandido e melhorado em todo o Aglomerado, a cobertura ainda é incompleta em algumas áreas. O acúmulo de lixo e entulho em determinados locais, continua a atrair animais, constituindo uma fonte significativa de insatisfação dos moradores.

[...] Por que as pessoas aqui são mais pessoas idosas, pessoas carente, os pessoal que mora aqui nessa [nome da rua], são os mais antigos da rua sabe, e não temos nem uma caçamba pra colocar o lixo. Cê precisa de vir aqui a noite pro cê vê o tanto de rato que sobe e desce, cê tem que pedir licença pra eles sabe, é pros ratos (risos) pro cê descer! Cê tem que pedir licença pro cê descer, gato aqui sobe no muro pra evitar, os rato atropela eles, aqui de noite é assim! [...]

(Fernandes, 55 anos, não removido)

Outro ponto levantado é que, apesar das intervenções urbanas viabilizarem de maneira incontestemente a coleta do lixo domiciliar, o entulho deixado pelas obras do programa é também mencionado como motivos de insatisfação. A infestação de ratos e baratas, juntamente com a elevada quantidade de cães, gatos e cavalos que servem como hospedeiros de carrapatos, é considerada um risco à saúde na vizinhança.

O saneamento, além de ser amplamente reconhecido como um fator preventivo de doenças, desempenha também um papel fundamental para o bem-estar, contribuindo para a

melhoria das condições de vida dos moradores. Esse efeito é ilustrado no relato de Elias, que relembra a época anterior à estruturação da rede de abastecimento de água encanada, em que havia a necessidade de os moradores transportarem água em tonéis até suas residências, evidenciando as dificuldades enfrentadas antes da instalação e melhoria dos serviços de saneamento na região.

No início aqui não se tinha água encanada nas casas, tinha uma espécie de um torneirão, onde as famílias dependendo do horário, que tinha um horário determinado pra tirar água desse local e levar a água pras suas casas. Inclusive, boa parte do sustento que vinha pra minha vó e minha mãe era justamente trabalhando pros outros carregando essa água. Então eles enchiam ali várias latas de água, pra encher os tonéis, na época o pessoal nem caixa d'água tinham, então enchia ali os reservatórios que as pessoas tinham em casa e ela tirava o sustento.
(Elias, 30 anos, removido)

O saneamento, portanto, além de ser reconhecido um importante fator de prevenção de doenças, é amplamente reconhecido como uma fonte de bem-estar e conforto para os moradores: "Melhorou também, porque antigamente quando era casa a gente não tinha água encanada né, buscava lá embaixo em lata, aí agora a gente tem água, tem muito mais conforto" (Inês, 69 anos, removida).

Muitas intervenções que promovem o saneamento, redundam no bem-estar dos moradores devido à economia de tempo, melhoria das condições de higiene, incidindo inclusive sobre questões de gênero (TURLEY *et al.*, 2013). A infraestrutura garante uma oferta mais segura e constante de água, o que reflete diretamente na saúde, na higiene pessoal e no conforto dos habitantes. Nos estudos sobre impactos na saúde de intervenções de transformação urbana, as intervenções de saneamento são as mais avaliadas, mas principalmente nas dimensões de desfecho de morbidades como a diarreia (HENSON *et al.*, 2020; TURLEY *et al.*, 2013). Amplamente estudado e reconhecido na literatura como um fator de impacto importante na prevenção de doenças infecciosas (BAUZA *et al.*, 2023; TEIXEIRA *et al.*, 2014; WOLF *et al.*, 2022), melhores níveis de saneamento também estão associados a melhores níveis de saúde auto relatada na literatura (MASSA; CHIAVEGATTO FILHO, 2020), assim como em outras condições de vida como a escolaridade, renda e equidade de gênero (TURLEY *et al.*, 2013). O saneamento, portanto, incorpora uma melhoria geral nas condições de vida, contribuindo para um ambiente mais digno e saudável.

Vale, porém, destacar um efeito paradoxal, mencionado nas entrevistas, decorrente da instalação de serviços de abastecimento de água (assim como os de energia elétrica) foi o aumento do custo do acesso para os moradores, o incremento no preço dos serviços gerou uma nova carga financeira para as famílias. Esse aumento de custos pode dificultar o acesso

contínuo a esses recursos criando uma barreira ao consumo regular e adequado de água ou até de outros bens básicos, como alimentação e vestuário, como no relato de Cardoso:

Isso aí vem, isso aí eu vou falar com cê do meu lado, agora do lado do outros eu não sei como funciona se tá tudo em dia [pagamento do fornecimento de água e energia elétrica], ou se tá, ou se tá ou não, por que eles não fala, é uma coisa que às vezes tá com alguma coisa fica até com vergonha de falar a vida que passa, que tá passando, que as vez não dá conta, o salário que ganha não dá conta de pagar uma luz, não dá conta de pagar uma água, por que vai pagar falta um arroz com feijão pra comer, com uma gordura e um sal, que pelo menos a carne eu não vou falar nada mais não, e nem o leite, o leite tá sendo encostado [...]
(Cardoso, 68 anos, removido)

Consequentemente, as intervenções urbanas, embora visem à melhoria das condições de vida, podem ter efeitos adversos, amplificando novas disparidades e expondo os moradores a novos desafios relacionados à sustentabilidade dos serviços básicos no cotidiano.

8.4.2. Acesso, mobilidade e estética - relações dentro e fora do morro

A localização do Morro das Pedras na cidade de Belo Horizonte é percebida pelos seus moradores como uma grande vantagem em decorrência do acesso que ela proporciona às demais regiões da cidade. A facilidade de acesso ao centro da cidade e a outros locais é muito facilitada pelas grandes avenidas que o circundam (Raja Gabaglia, Barão Homem de Melo e Silva Lobo) com grande disponibilidade de transporte público. Essa vantagem de acesso a outros locais, significa acesso a oportunidades de emprego e também a serviços, equipamentos sociais e bens de consumo, caracterizando a inserção urbana do aglomerado e acesso a fatores promotores de saúde.

A presença de unidades de saúde no Aglomerado, assim como a proximidade com hospitais, é citada como um fator importante para o processo saúde-doença, evidenciando a percepção dos residentes quanto à importância do acesso facilitado aos serviços de saúde. A proximidade desses serviços exerce um papel relevante no processo saúde-doença na percepção da população local. Alguns moradores mencionam terem se mudado para o Morro das Pedras devido à maior facilidade de acesso a equipamentos e serviços de saúde, que em outros locais, de onde eram provenientes. A escolha do local de moradia, influenciada pela disponibilidade de unidades de saúde, demonstra a percepção dos indivíduos quanto ao papel fundamental desses serviços na promoção do bem-estar. Além disso, muitos moradores mencionam o fato de ter unidade de saúde próximo como uma vantagem do Aglomerado. Considerando que os serviços de saúde são reconhecidos como importantes meios de

recuperação da saúde, promovendo acesso a serviços e insumos, esta é mais uma vantagem da vizinhança na relação com o processo saúde-doença.

Como facilitador do acesso às grandes vias, a abertura de becos é vista pela maioria dos moradores positivamente, pois amplia o acesso a vários serviços públicos. Com a abertura de estruturas viárias internas, o acesso de veículos, como aqueles dos serviços de coleta de lixo, de serviços de atendimento móvel de saúde é viabilizado, além da presença de viaturas de policiamento, embora este último seja visto de forma ambígua em relação à segurança.

Apesar da melhoria do acesso por meio do alargamento de ruas trazer benefícios patentes para a qualidade de vida dos moradores, esta percepção não é totalizante. Algumas visões críticas sobre algumas consequências contemporizam suas vantagens. Martins aponta como um efeito adverso associado à sua ampliação o aumento da circulação de pessoas externas ao Aglomerado para compra de drogas, causando o aumento da sensação de insegurança.

Entrevistadora: Você se sente seguro aqui no seu local de moradia?

Entrevistado: Não muito.

Entrevistadora: Por quê?

Entrevistado: É a questão dessa Avenida que corta aqui a gente, o fluxo né, porque esse fluxo de pessoas, eles não vem aqui por um motivo que não é específico, né?! Eles vêm comprar droga e tal, eu não me sinto seguro aí fora, que eu me sinto triste, porque eu vejo meninos de 12 anos vendendo droga. [...] Já tinha antes, mas como as dificuldades aqui são um pouco maiores, aumenta.

(Martins, 19 anos, removido)

A fala supracitada evidencia outra dimensão essencial do acesso e da inserção urbana do aglomerado: a intensificação dos fluxos cotidianos que ocorrem tanto de dentro para fora quanto de fora para dentro da favela. O movimento de dentro para fora, presente nas narrativas da maioria dos entrevistados, refere-se ao deslocamento dos moradores em busca de oportunidades de emprego, consumo e serviços em outras áreas da cidade, abrangendo uma variedade de possibilidades. Em contrapartida, o fluxo de fora para dentro diz respeito à entrada de indivíduos externos à comunidade, motivados, conforme relatado pelos entrevistados, por atividades ilícitas gerando insegurança e preocupação. A partir das narrativas, pode-se observar uma intensificação desse fluxo em ambas as direções, sem, no entanto, alterar a sua natureza: "Eles não vêm aqui por um motivo que não seja específico, né?!" (Martins, 19 anos, removido).

A abertura das vias na favela, com a retirada de becos e a abertura das ruas, provoca transformações na paisagem e incide sobre uma dimensão estética do território. Tais mudanças suscitam uma diversidade de opiniões entre os moradores, desafiando a ideia de que tais alterações seriam unanimemente valorizadas. Braga, por exemplo, prefere a estética

original, "Eu prefiro o original, como eu cresci acostumado com isso, é a mesma coisa que eu chegar e querer fazer uma mansão numa cidadezinha do interior, chegar lá o povo vai falar "que isso?" (risos)." (Braga, 35 anos, não removido). Já Raul, percebe as alterações positivamente, associando-as à valorização local: "É em parte foi bom que abriu várias ruas, que era a maioria beco, aí ficou melhor [...] valoriza até mais o local, né?! Imagina no beco a Vila assim fica desvalorizada, fica mais assim, bem desvalorizada, assim as rua já valoriza mais." (Raul, 40 anos, removido). A valorização do espaço está intrinsecamente ligada à dinâmica imobiliária, a qual pode gerar uma série de efeitos, como a atração de mais comércio e serviços, mas também pode gerar consequências adversas, como o aumento dos preços dos serviços e bens de consumo. Esse fenômeno, embora muitas vezes associado à melhoria das condições urbanas e à elevação do valor do imóvel, pode resultar no deslocamento de moradores de longa data, como a gentrificação, e na perda de características culturais e sociais do local, alterando a composição e a identidade da comunidade.

ficou essa coisa padronizada, eu enxergo assim, pelo menos eu acho mais bonitinho, não é que é bonito as casa uma amontoada em cima da outra, mas é uma estética periférica, véi! A favela brotou e sempre foi assim e sempre nasceu assim e ninguém reclamou da sua casa assim, ninguém reclamou da sua casa assim, ninguém nunca reclamou. Então tipo, mudou na paisagem que fica parecendo que cê tá entrando num lugar de rico, entendeu? Mas não é, quando cê vai ver é tudo mundo gente da gente, sabe, gente da gente, [...] Eu fiquei reparando, que aí a Odebrecht veio pra cá [...] Aí depois começou os predinho, falei, oh a Odebrecht veio pra cá, cada sala ali de aluguel é 300 mil por mês, ninguém vai alugar uma sala 300 mil por mês do lado da favela, eles vão botar predinho, dito e feito, aí a estética. Muda a estética né, fica mais aparente [...] que eles não gostam de casinha amontoada uma em cima da outra... Ficou mais bonito, digamos assim, mas meio desleal.
(Anita, 21 anos, removida)

A padronização estética e a homogeneização do espaço urbano podem resultar na perda de características que conferiam identidade ao local. Essa transformação pode provocar, entre os moradores, um sentimento de insegurança devido à perda de referências culturais e espaciais com as quais estavam mais familiarizados e que eram valorizadas. Ao alterar a percepção de pertencimento e a conexão afetiva com o território - elementos fundamentais para a sensação de estabilidade e bem-estar no cotidiano -, essas mudanças geram respostas ambivalentes. Enquanto alguns moradores se sentem mais incluídos e menos estigmatizados com a "transformação da favela em bairro", outros experimentam um mal-estar por não se reconhecerem mais no espaço transformado. Além do mal-estar pelo não reconhecimento existe a percepção de que as mudanças respondem mais a demandas estéticas externas do que internas à comunidade. Dessa forma, os efeitos estéticos das aberturas de vias e retirada de

becos, produzem consequências difusas, que variam de acordo com as diferentes experiências e expectativas dos moradores.

A mobilidade interna é outro elemento que se destaca nas narrativas dos moradores. Apesar da melhoria no acesso proporcionada pela abertura das vias, o transporte público interno continua sendo percebido como insuficiente pelos moradores. À época da entrevista, o Morro das Pedras contava apenas com uma linha suplementar, conhecida como "miquinho", cuja disponibilidade de horários era limitada. Este é um problema de longa data, uma vez que a demanda pela melhoria do transporte público no interior da comunidade já se estende por décadas e faz parte do histórico de reivindicações dos moradores (BELO HORIZONTE, 2011). Somada à oferta insuficiente de transporte público interno, a presença de muitas declividades acentuadas no Aglomerado Morro das Pedras é mencionada como outro fator que intensifica a limitação da mobilidade interna. A declividade é largamente citada como um dificultador à caminhabilidade de algumas pessoas (não somente daquelas com dificuldades de locomoção) e reconhecida como um aspecto prejudicial à saúde por causar indisposição, como também por dificultar o acesso a serviços como os de saúde.

Entrevistador: Você acha que o lugar que você mora tem alguma influência sobre a sua saúde?

Entrevistado: Tem, porque como tem muito morro aí fez com que eu ficasse mais sedentário, comprei uma moto e ando muito mais de moto do que a pé, então influencia sim. Me deixou mais sedentário.

(Braga, 35 anos, não removido)

Entrevistado: é comodidade né; quando você tem alguma coisa perto da sua casa, cê usa, quando dificulta um pouquinho cê acaba não indo.

Entrevistadora: Tem que andar muito pra chegar lá?

Entrevistado: é aqui embaixo, dá pra ver daqui. Se tivesse uma linha reta seria pertinho, mas a gente tem que descer, fazer aquela rua todinha ali, ou descer aqui pelos becos, não ficou legal não, pra gente não, pro pessoal que mora lá do lado vai ser bacana."

(Braz, 44 anos, não removido)

Em alguns casos, soma-se a remoção para os apartamentos, que têm escadas, acentuando o problema:

"Entrevistador: Você acha que morar aqui onde você mora, tem alguma influência sobre sua saúde? Beneficia ou prejudica sua saúde de alguma maneira?

Entrevistado: Olha, depois que eu vim morar aqui, como assim... Me afetou muito esse problema no joelho. É escada demais...

Entrevistador: Aqui tem morro demais...

Entrevistado: Muito morro né. Assim, cê precisa de uma padaria é longe, cê tem que descer muito morro, é muito morro. Então assim, depois que eu vim morar aqui eu fiquei muito ruim. Minha perna hoje... Eu fico com o pé inchado, eu fico... Ó a perna tá feia, mas esse pé aqui sempre tá inchado, sempre tá dolorido, eu agora vivo a base de remédio. Porque eu não dou conta da dor. Porque é sobe e desce escada, eu moro no terceiro andar, sobe e desce escada..."

(Bonina, 47 anos, removida)

A declividade do terreno constitui um fator de diferenciação entre as diversas áreas do Aglomerado, influenciando diretamente as percepções de satisfação dos moradores em relação à proximidade de serviços e comércios. Enquanto alguns residentes expressaram contentamento com a facilidade de acesso a estabelecimentos próximos, outros manifestam insatisfação devido à distância, ou às dificuldades impostas pelas encostas íngremes. A distribuição espacial dos comércios, equipamentos e serviços no Aglomerado é heterogênea, e, conseqüentemente, a declividade tem um impacto mais significativo nas áreas com menor oferta de tais recursos, intensificando as barreiras ao acesso. A ineficiência de transporte público interno somada à intensa declividade dos terrenos, compromete não apenas a mobilidade cotidiana, mas também o acesso a serviços essenciais, impactando diretamente a qualidade de vida e nos processos saúde-doença dos moradores.

8.4.3. Favela encaixotada - enquadramentos de modos de vida

Os efeitos das condições de moradia sobre a saúde física e mental têm sido amplamente documentados na literatura científica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Habitações em condições inadequadas podem expor os moradores a diversos riscos, tanto físicos quanto psicossociais. No aspecto físico, destaca-se o aumento da probabilidade de quedas e lesões em locais com acessibilidade deficiente, bem como o desenvolvimento de doenças respiratórias em ambientes mal ventilados e com iluminação inadequada. Já no campo psicossocial, moradias precárias podem induzir estresse e isolamento social, sobretudo em espaços muito pequenos ou com isolamento acústico insuficiente, comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos. Em resposta a esses desafios, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu diretrizes baseadas em evidências, com o objetivo de promover habitações saudáveis. Tais diretrizes enfatizam que moradias saudáveis são aquelas que, além de prover segurança e privacidade, oferecem uma estrutura física adequada, capaz de promover o bem-estar dos moradores e mitigar potenciais riscos à saúde.

Reconhecido como um importante elemento no processo saúde doença, a menção ao espaço domiciliar como um fator de bem e mal estar em momentos variados das é recorrente nas entrevistas. A menção é feita especialmente, embora não somente, pelos moradores que foram removidos pelo Programa Vila Viva para os apartamentos e que, portanto, residiam em casas antes da remoção¹³.

¹³ As remoções são definidas no âmbito das intervenções urbanístico-ambientais do PGE, que, conforme mencionado anteriormente, é um instrumento de planejamento das ações do PVV e está estruturado nos setores

O processo de remoção das casas para os apartamentos constitui uma alteração física com impacto nas mais diversas dimensões de saúde, uma vez que altera não só as condições físicas do habitar, mas também as condições sociais, relacionais e modos de vida. Apesar da sua dimensão obviamente física, o espaço não é mero cenário passivo das ações humanas, o espaço molda e é moldado pelas diversas configurações sociais. O espaço é condição da vida social, é por meio dele que as dinâmicas de produção e reprodução da vida social são viabilizadas, é portanto, o lugar das práticas simbólicas, para além do espaço material (LEFEBVRE, 2006; SANTOS, 2006).

Quando pensamos a forma não a imaginamos isolada da ação que a produz, que a conforma e a altera. Não a pensamos separada de seu uso, da apropriação inerente a ela. Lembrando da totalidade do espaço (LEFEBVRE, 1993), a própria forma se dá imbricadamente na constituição do espaço por sua realização e transformação. Ainda mais na favela, onde o ato de construir se mistura ao ato de habitar e se apropriar de espaços vazios, de brechas que se transformam em novos espaços que ampliam o cotidiano (MELO, 2009, p.133).

Características estruturais, como o tamanho exíguo dos apartamentos, a falta de áreas abertas e a má qualidade dos materiais da construção e problemas de engenharia, são frequentemente mencionadas como fontes de mal-estar pelos moradores removidos. Subjacente a essas insatisfações com o espaço domiciliar, mesmo entre aqueles satisfeitos com a remoção, está a inadequação do espaço aos modos de vida dos moradores. As configurações familiares e as possíveis mudanças, como o crescimento das famílias, bem como a limitação das práticas cotidianas dos moradores (lazer, cultivo de plantas, criação de animais), são desarticuladas pelo novo espaço, redundando em um descompasso entre o ambiente construído e as necessidades e práticas diárias dos residentes (ORLANDO-ROMERO *et al.*, 2023). Os extratos abaixo ilustram as múltiplas facetas do mal-estar relacionadas a inadequação dos novos espaços:

Morar nesses trem assim é ruim, muito apertado, muito, como diz a minha vizinha “favela encaixotada” (risos). Ô meu Deus, que você é obrigado a conviver com gente de tudo enquanto é tipo.

Entrevistadora: E você falou que o apartamento também é muito pequeno...

Entrevistada: Muito pequeno...

Entrevistadora: Todos os apartamentos são pequenos?

Entrevistada: Tudo do mesmo tamanho, igual, pro cê vê, eu tenho 3 meninas, no quarto das minhas meninas não cabe 3 camas, é duas camas e uma cômoda, porque não dá nem pra por um guarda-roupa, entendeu? É muito pequeno.

Entrevistadora: Na casa que você morava era maior?

urbanístico-ambiental, socioeconômico e jurídico-legal. Após escolhidas as intervenções necessárias, é definido o que precisará ser removido conforme a classificação das áreas. Sendo assim, a decisão é feita de forma a viabilizar as ações prioritizadas, em prol das obras a serem executadas, a partir de "critérios de engenharia" (MOTTA, 2013, p.37). A partir daí, a equipe técnica social dá início ao processo de comunicação das remoções e demais trâmites junto às famílias.

Entrevistada: Era bem maior, só que eram duas famílias, a família do meu marido embaixo e a nossa em cima; como a indenização podia ser uma só, aí minha sogra optou por pegar 2 apartamentos, por que se ela fosse pegar o dinheiro, eu e meu marido ia ter que ir pro aluguel, entendeu? Aí ela ia ter que comprar a casa dela e nós ia ter que ir pro aluguel, aí não compensava. Como ela quis ajudar o filho dela né, aí ela optou por isso. Eles falaram “ou é isso, ou é isso”, “ou é tanto ou é os 2 apartamentos”, nós optamos pelo apartamento por causa disso, na época eu só tinha uma menina, mas hoje eu já tenho 3 (risos).

(Clarice, 40 anos, removida)

[...] Presenciei muitas coisas aqui na Vila, então quando a pessoa saía do barraco para morar no apartamento, para quem não conhece o que está por trás é uma coroa de ouro. Mas a partir do momento que ele entra lá dentro que quando ele morava no que era dele, na casa dele, ele tinha a possibilidade de fazer uma horta, de criar um cachorro, de chamar o vizinho para almoçar na casa dele.

(Manoel, 47 anos, não removido)

A flexibilidade de construção e ampliação dos espaços residenciais, anteriormente comuns para adequar o tamanho das famílias e viabilizar áreas de lazer ou trabalho, tornou-se inviável com a nova configuração dos condomínios. Essa mudança tem um impacto significativo nas formas cotidianas de vida dos moradores, considerando que o espaço residencial não é apenas um local de abrigo, mas também um ambiente que suporta uma variedade de atividades e interações sociais. A possibilidade de adaptar e expandir o espaço doméstico permitia aos moradores criar um ambiente que atendesse às suas necessidades específicas e modos de vida, promovendo um senso de autonomia, bem-estar e satisfação. Além disso, a conversibilidade do espaço residencial para atividades laborais e negócios, poderia ainda agregar mais valor ao domicílio no contexto da favela (MOTTA, 2019).

Uma das principais fontes de insatisfação com o espaço reduzido e a ausência de uma área aberta, aparece nas narrativas como um mal-estar, descrito nas sensações de "engaiolamento" e "reclusão". Essas percepções refletem a inadequação do ambiente às necessidades psicológicas e de bem-estar dos moradores, evidenciando, desta forma, a importância do espaço para o processo saúde-doença. O espaço domiciliar pequeno, sem acesso a áreas abertas, restringe as possibilidades de atividades ao ar livre, essenciais para o bem-estar mental e físico. Evidencia-se também que a sensação de confinamento e isolamento resultante da falta de espaço adequado, pode causar sentimentos de ansiedade e estresse, contribuindo para um ambiente que torna-se uma fonte de desconforto e insatisfação, uma vez que restauração do estresse e do cansaço, por exemplo, podem ser diretamente afetados pelas propriedades do ambiente construído (EVANS, 2003).

Entrevistador: O senhor estava falando que como aqui é abafado isso pode prejudicar a sua saúde, o senhor pode falar um pouco sobre isso?

Entrevistado: A gente que tem problema de falta de ar, qualquer lugar pra gente é ruim, principalmente aqui que é muito abafado demais, cê tá vendo aí né, então não tem como. Pra mim seria bom o lugar lá onde é que eu morava lá mesmo, que aí

podia botar uma rede do lado de fora e ficava deitado o dia inteiro debaixo da árvore, entendeu? Livre, tem dia que eu levanto com raiva, mas é de mim mesmo de ficar o dia inteiro parado, acostumado a trabalhar desde criança, agora ficar parado, não aguentar nem andar direito, pra mim começa uma tragédia já, a falta de saúde.

[...] Vou te falar a verdade, se eu soubesse do jeito é, do jeito que é esse negócio aqui, que eu ia ficar lá tipo cadeia, no outro dia eu tinha cascado fora daqui, ir pra outro lugar, mas é difícil.

[...] Entrevistador: O senhor concorda com a forma com que as obras do programa Vila Viva foram realizadas aqui no Morro das Pedras?

Entrevistado: A única coisa que eles fizeram que não ficou muito bom foi a cozinha, ficou muito pequenininha, olha lá pro cê vê, a cozinha do apartamento, nem uma máquina de lavar, olha aí pro cê vê, não tem nada aí, o que tem já entupiu tudo. É difícil, até pra ligar o micro-ondas é difícil, comprar um fogão maior já não cabe o botijão, tá vendo? O botijão tem que ficar lá perto do banheiro por causa que não cabe do lado aqui ó, o problema foi esse, que aquela parte lá podia ter deixado meio metro pra lá, aumentava meio metro da cozinha pra lá.

(Amaral, 64 anos, removido)

Olha, pra falar a verdade, dependendo não, dependendo sim, sabe [sobre a possibilidade de ir para um apartamento do PVV]. Porque eu tenho 3 filhos, são rapazes já, eu minha esposa e mais 3, são 5 dentro de casa e pra ganhar um apartamento de 2 quartos pra gente não seria nada bom, não seria nada bom não. Então, eu não achava bom não, eu mesmo, particularmente eu. Eu não achava bom apartamentinho não sabe, se fosse tipo de 3 quartos assim tudo bem, mas mesmo assim eu não achava bom não, negócio de subir escada, não, cê não pode plantar nada sabe, não pode plantar um pé de couve, se não pode plantar nada assim na casa. Então seria melhor aqui mesmo onde eu moro mesmo, sabe. (Fernandes, 55 anos, não removido)

Mesmo dentre os entrevistados satisfeitos com a mudança, a questão do espaço aparece como um ponto possível de melhoria, tanto em relação ao tamanho como em relação à configuração no apartamento.

[...] toda e qualquer mudança não agrada todo mundo, vai ter sempre gente que tá satisfeito como eu, que acha que poderia melhorar, que poderia ser nos próximos ter projetos mais elaborados, pensando justamente na questão do lazer do próprio morador, de ter uma área maior, na questão de ter uma quantidade maior de vagas de carros. Por exemplo, nós tamos num condomínio aqui, num conjunto que são 32 famílias, só tem 13 vagas no estacionamento, daqui a pouco todas essas 32 vão ter carro. E aí, como vai fazer? Então é pensar melhor nisso, por que se quer fazer, faz bem pensado, bem elaborado.

(Elias, 30 anos, removido)

Entrevistadora: Você concorda com a forma que as obras do programa Vila Viva foram feitas aqui?

Entrevistada: Olha assim, olhando assim de como tá hoje, igual eu falei, a estrutura é muito diferente, eu acho que foi bom, eu acho que só deveria colocar mais espaço assim, tinha muito espaço pra aproveitar, ali fora tem um espaço que eu acho que nem precisaria ter ele e tal, mas assim, tirando essa coisa deles não ter aproveitado muito o espaço é bom, eu gosto.

(Clara, 21 anos, removida)

Entrevistada: Eu tinha vontade de mudar pro lugar que tivesse mais um quarto, eu tem parente demais menina, aí vem pra cá, tem uns que mora em São Paulo, outros mora no Rio, outros moram no interior, eu tenho meus irmãos, mas eu nem convido eles pra vim, porque eles vêm eles quer ficar aí 3, 4 dias, quer aproveitar a viagem né, vim e aproveitar a viagem, e eu não tenho condição de hospedar uma pessoa, que eu não tenho lugar pra pôr.

Entrevistadora: Aqui são 2 quartos?

Entrevistada: São 2 quartos, e então, se tivesse mais um que era bom né (risos), mas mesmo assim, tô muito feliz.
(Elvira, 53 anos, removida)

As lajes, espaços abertos e quintais viabilizam a apropriação do espaço para práticas de bem-estar entre os moradores. A questão do lazer é uma das mais mencionadas, o espaço para festas e confraternizações, assim como uma maior liberdade para utilização de som são limitados nos apartamentos.

Outra questão relevante apontada nas narrativas é a ausência de áreas de lazer adequadas para as crianças, o que resulta em disputas de espaço com as garagens dos prédios ou, em muitos casos, na permanência das crianças dentro de casa. Essa é uma situação crítica mencionada tanto por cuidadores, quanto por moradores que se sentem incomodados com o barulho proveniente das brincadeiras em locais inadequados, como as proximidades das janelas dos apartamentos. Além disso, a insatisfação decorrente de danos materiais, como arranhões em automóveis ou a destruição de plantas e jardins em áreas comuns, é também fonte constante de conflitos. Retomando a questão da inadequação dos espaços destinados à socialização e às brincadeiras infantis, uma consequência possível é que essa carência de infraestrutura acarrete efeitos negativos específicos no bem-estar e no desenvolvimento das crianças, considerando que o espaço interno dos apartamentos é muito pequeno e que não há espaço seguro que possibilite o livre brincar em áreas externas (BROWN, 2014; ENGEMANN *et al.*, 2019).

O cultivo de plantas, tanto as ornamentais em jardins, quanto hortas, assim como a criação de animais, destacam-se como práticas mencionadas pelos moradores que, além de promoverem o bem-estar, podem estar associadas à geração de renda e à segurança alimentar das famílias e da vizinhança. Essas atividades possuem o potencial de impactar significativamente o processo saúde-doença, uma vez que contribuem para a disponibilidade, diversificação e qualidade nutricional da alimentação, ao mesmo tempo em que proporcionam benefícios psicoemocionais relacionados ao contato com a natureza e com atividades que tragam prazer. Ademais, tais práticas podem mitigar os efeitos de inseguranças alimentares e econômicas, reforçando o papel da saúde como um fenômeno multidimensional, influenciado por fatores econômicos, sociais e ambientais.

Eu não sei que influência pode ter dado na vida de outras pessoas assim, mas ao meu ver não sei se é uma das melhores, por que eu não sei se um pessoa se sente melhor no apartamento do que numa casa véi, que é mais arejada, mais aberta sabe, que cê tem mais liberdade, pro cê acordar a hora que cê quer, fazer barulho a hora que cê quer, entendeu? Aqui se não pode fazer barulho depois das 22, até as 22 e meia da noite, até as 22, aí cê quer fazer uma festa, a galera é divertida véi, a galera quer fazer churrasco e ó, cortar de 80 no samba, mas não dá. E isso também envolve nossa saúde sim, por que é o nosso lazer, a gente tá se divertindo, tá tirando o

tempinho, então, olhando por esse lado assim eu acho que não foi muito bem não, mas influencia.

(Anita, 21 anos, removida)

Um outro fator negativo também é, você constrói os apartamentos, você preocupa muito a questão do lazer né, houve também uma preocupação em fazer garagem, mas não houve uma preocupação em construir área de lazer pras criança. E aí o quê que acontece, a maioria dos conflitos que gera até morte, que não é falado dentro dos apartamentos desses conjuntos do Vila Viva é isso; são brigas de vizinhos assim ó: menino que arranhou carro às vez o cara é bandido, aí o cara vai tirar satisfação, às vezes a mãe não tem condição nem de comer, aí vai pagar um absurdo, que esses cara só tem carro caro.

(Odete, 45 anos, não removida)

A mudança para os apartamentos, além de alterar as condições de moradia individual, impõe novas dinâmicas de convivência, caracterizadas pela necessidade de adaptação às regras e normas dos condomínios e à convivência com um número maior de vizinhos, exigindo uma reconfiguração das práticas de sociabilidade. A insatisfação expressa pelos moradores reflete a dificuldade de adaptação a essas novas formas de convivência. A insatisfação expressa nas narrativas evidencia a importância do espaço físico na definição de modos de vida e das relações sociais.

(...) Aí eu arrumei minhas coisas e vim pra cá. O ruim que aqui, o apartamento você não pode fazer, comprar uma planta, cê não pode fazer nada que possa fazer, uma planta, uma flor que parece, esses menino de idade, que essa cavalaiada aí, que eu tô doida que conserta, que constroi logo o pequeno cristo¹⁴, que o pequeno cristo também saiu, né.

(Luzia, 63 anos, removida)

Entrevistador: E lá onde a Sra. morava era como? Tinha espaço para plantar? Como era a questão da casa se para você foi diferente acostumar a morar em prédio?

Entrevistada: Foi muito diferente, porque casa é muito diferente de prédio. Porque casa é toda fechada em volta não tem ninguém, só entra no seu quintal quem você quiser, quem bater lá no portão e te chamar entra no seu quintal entra na sua casa e aqui não, além de ser uma porta só de entrada e saída você tem que andar com ela trancada dia e noite. Então é muito diferente. A casa é muito diferente, meu filho!

(Rosário, 78 anos, removida)

Entrevistadora: O que seria um lugar melhor pra você?

Entrevistado: Uma casa (risos), uma casa com quintal, aí seria melhor. [...]

Entrevistadora: E como você avalia assim, a repercussão, o impacto das obras do programa Vila Viva na vida dos moradores aqui do Morro das Pedras?

Entrevistado: O impacto, pra uns é bom, pra outros não é bom, que assim a maioria do pessoal que vai pro prédios, pra esses prédio aí da prefeitura, eles tão acostumados a morar em casa, tem quintal, tem cachorro, cuida até de bichos assim, porco, galinha, pato, esses negócio. Aí pra vim pro prédio assim, acho que pra eles é mais estressante...

Entrevistadora: Mas você tava falando que teve pessoas que foi melhor vir pra cá?

¹⁴ A Casa Pequeno Cristo é uma entidade de direito privado que acolhe crianças e adolescentes do Aglomerado Morro das Pedras de 6 a 14 anos. Fundada no ano de 1992, em 2012 a prefeitura indeferiu a prorrogação da vigência do Termo de Cessão de Uso devido ao imóvel estar em área sob rede de alta tensão da CEMIG, cedendo em 2013 outro terreno para construção da nova sede. Atualmente, a casa está em funcionamento e tem projetos em parceria com outras organizações.

Entrevistado: é, pra mim foi bom. Que minha casa lá era de telha, agora aqui é laje e tal, é melhor. Pra mim foi bom, mas tem lugar melhor né (risos). Uma casa é melhor, eu acho.

(Raul, 40 anos, removido)

Entrevistador: Você tem vontade de se mudar daqui?

Entrevistado: Ah, como eu tenho, nó! Eu falo pros meus meninos, eu tenho vontade de mudar assim pro lugarzinho, que tem uns matos, fazer uma hortinha, ter uma criação, umas galinha, eu tenho vontade eu tenho, vontade eu tenho, muita vontade mesmo.

(Fernandes, 55 anos, não removido)

Vou te dar um exemplo de uma pessoa que eu conheço, essa pessoa tinha 22 cachorros, uma senhora, ela já é idosa, ela tinha 22 cachorros e devia ter uns 13 ou 14 gatos, a vida inteira dela foi criar porco [...]. Olha procê vê, uma pessoa com esse hábito, ela iria se dar bem no apartamento? Nunca ela ia ser inserida! [...] Ali deveria ter sido pensado um caso à parte “oh, nós vamos remover, mas essa senhora nós vamos ter que pensar aqui”, não adianta tirar os gatos e os cachorros, e colocar no canil, e doar, e tal, por que ela vai arrumar outros e colocar lá, porque ela gosta daquilo. O que deveria ter sido pensando na situação dessa senhora por exemplo? [...] O que que deveria ter sido pensado? Tem tanta área aqui, tanto dinheiro envolvido nisso, tinha tantos recursos, o material que foi comprado pra fazer isso tudo aqui, que deve ter sobrado, daria e sobraria pra fazer uma casinha em algum lugar pra ela.

(Elias, 30 anos, removido)

Outra dimensão de desvantagem associada à saúde e ao bem-estar, frequentemente mencionada, é a percepção de que sua configuração espacial favorece o isolamento social e o sedentarismo. Tal percepção pode ser explicada pela tendência dos moradores em evitar interações com os vizinhos, seja pela falta de áreas comuns adequadas que estimulem a convivência, seja pelo desejo de evitar possíveis conflitos interpessoais. Essa dinâmica, ao restringir as oportunidades de socialização e de atividades físicas, pode resultar em impactos negativos para a saúde mental e física dos residentes, contribuindo para o aumento do isolamento e a redução de práticas de movimentação corporal, ambas dimensões associadas a desfechos desfavoráveis no processo saúde-doença. Assim, a estrutura dos prédios, ao inibir a convivência social, pode agravar comportamentos sedentários e influenciar o processo saúde-doença de maneira adversa.

[...] uma outra coisa que eu percebi também é o seguinte, depois que o pessoal veio pros apartamentos eles se tornaram mais sedentários. Bastante, assim, quem não era se tornou e quem já era ficou mais ainda. Não sei porque, será se é por que a pessoa se fecha mais no apartamento e quer ficar mais tranquila e tal, mas de certa forma as elas perderam essa coisa questão de sair pra comprar as coisas, sair pra tomar um sol pra aproveitar o dia. Então, eu vejo que o entorno ele contribui bastante.

(Elias, 30 anos, removido)

Em suma, a restrição que surge com a configuração dos apartamentos e condomínios, modificando o espaço habitacional, faz os moradores enfrentarem dificuldades para acomodar o crescimento de suas famílias, receber parentes em casa, realizar atividades de lazer ou trabalho e manter o cultivo de plantas e criação de seus animais. Além do mal estar em

relação ao tamanho, ou à ausência de área aberta, a impossibilidade de modificar os espaços para contemplar suas necessidades e aspirações pessoais e familiares, leva a sentimentos de frustração e insatisfação, impactando de forma negativa na qualidade de vida e no bem-estar. Além disso, as novas configurações do espaço privado e coletivo constituem novas relações entre vizinhos, o que será tratado adiante.

8.4.4. Vizinhanças boas e ruins - as relações entre vizinhos

Relações sociais e senso de pertencimento são elementos centrais constituintes da coesão social (SCHIEFER; VAN DER NOLL, 2017). A coesão social é influenciada por muitas dimensões que irão variar de acordo com o contexto sociocultural. Aspectos relacionadas ao nível comunitário, que engloba laços sociais e valores compartilhados, bem como ao nível individual, onde estão questões como iniciativa (agir e assumir responsabilidades no grupo), inclusão e atitudes gerais em relação a outros membros, conflitos, evitação, entre outros, são aspectos constituintes da coesão social (ROMAGON; JABOT, 2021). A literatura sobre coesão social tem demonstrado importantes efeitos das relações sociais sobre a saúde e o bem-estar das pessoas, incluindo as relações de vizinhança (ROMAGON; JABOT, 2021). Assim como fatores estressores podem contribuir para sintomas depressivos e depressão, interações sociais entre vizinhos podem exercer um papel protetivo contra a depressão, o apoio social, laços sociais podem abrandar os fatores estressores (MAIR; DIEZ ROUX; GALEA, 2008; MAIR; DIEZ ROUX; MORENOFF, 2010).

A relação entre vizinhos é um importante aspecto da vizinhança que influencia a saúde na percepção dos entrevistados. Além desse reconhecimento, a relação entre vizinhos é um dos principais critérios de avaliação da vizinhança como boa ou ruim. O bom vínculo com a vizinhança diz respeito principalmente às boas relações entre vizinhos, ao senso de coletividade, apoio mútuo, tranquilidade e ausência de "bagunça". As relações entre vizinhos configuram as redes sociais e de apoio mútuo e são amplamente valorizadas pelos moradores, como nos relatos abaixo:

Entrevistador: Você acha que o lugar onde você mora, a sua casa, o que está em volta, influenciam a sua saúde de alguma forma?

Entrevistado: Sim, porque eu moro em um lugar que me dá uma certa tranquilidade, não é um lugar com bagunça... Então, quer dizer, para minha saúde é ótimo!
(Santos, 65 anos, não removido)

Entrevistador: Você acha que o lugar que a senhora mora influencia na sua saúde?

Entrevistada: Acho que influencia, né, que se você estiver bem com a convivência do coisa, cê vive bem. Então eu acho, eu acho...mas aí eu acho que a convivência melhorou muito mais aqui.

(Inês, 69 anos, removida)

Entrevistador: O senhor acha que o lugar onde você mora, o que tá em volta, eles têm alguma influência sobre a sua saúde de alguma forma?

Entrevistado: Olha, o que tem assim, sobre se a pessoa passar mal, passar por algum motivo que às vezes não tiver socorro, os vizinho tem socorro, procura socorro pra pessoa, pega um carro que tiver, que às vezes chama o SAMU¹⁵ [...].

(Cardoso, 68 anos, removido)

Entrevistadora: O que você acha bom aqui no Morro das Pedras?

Entrevistado: Nossa os projetos que a gente puxa né, as pessoas... acho incrível daqui são as pessoas, não o espaço com uma área e tal, mas as pessoas daqui são incríveis.

Entrevistadora: E as pessoas se relacionam muito?

Entrevistado: Sim, são bem amistosos nossa, uma coisa muito incrível... Aqui também tem a cozinha da [nome] tem essas *points*. E aqui é um lugar que eu vejo que é muito rico em cultura, muito rico em cultura, é uma coisa muito boa, por que eu tava olhando, eu tava fazendo uma pesquisa sobre casas culturais, e aqui é onde mais tem né, nós temos três pro Morro das Pedras, que é a Flor do Cascalho, o Tudo é Nosso e o História em Construção que a gente faz até uma parceria. E tipo, essa coisa de não levar, que eu acho que o povo já tem, tem medo né, e tem tipo mostrar pra eles como aqui tá sabe, é incrível, e o povo daqui, nossa, eu não tenho nem palavra. [...] os moradores são especiais, então eu preferia que não mudasse nada; bem amistosos em todas as áreas, cada pessoa tem sua, seu jeito amistoso de ser, então pra mim eles são incríveis, não mudaria nada.

(Martins, 19 anos, removido)

O senso de identidade, a confiança e a valorização da cultura também evidenciam o sentimento de pertencimento e as relações positivas na vizinhança. A identificação e o vínculo com a vizinhança são importantes aspectos da coesão social e relacionam-se diretamente com as boas relações na vizinhança. Embora na literatura as relações de vizinhança sejam muitas vezes interpretadas juntamente com o apego e o senso de identificação com o lugar, elas não são sobrepostas. Diferentemente da dimensão das relações pessoais, o vínculo com o local e o senso de identidade "têm uma dimensão histórica, símbolos mais abstratos e mecanismos psicológicos diferentes em comparação com as relações individuais" (SCHIEFER; VAN DER NOLL, 2017, p.589).

Outro aspecto relevante nas relações de vizinhança, conforme destacado nas narrativas, é a preservação dos limites de privacidade, expressa pela prática de "não incomodar e não ser incomodado". Esse comportamento é interpretado como uma forma de "evitação", que visa prevenir potenciais conflitos, mas que, ao mesmo tempo, pode resultar em distanciamento social (ROMAGON; JABOT, 2021). A relação entre vizinhos, portanto, revela uma ambiguidade: enquanto a demarcação e o respeito aos limites de privacidade são valorizados e promovem a satisfação pessoal, essa mesma dinâmica também pode levar ao

¹⁵ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

enfraquecimento dos laços sociais, evidenciando a coexistência entre proximidade e afastamento no convívio comunitário.

As falas de Raul e Lourdes denotam esse distanciamento quando interrogados sobre as relações da vizinhança: "Ah é normal, normal é, dá bom dia, boa tarde, boa noite, conversar só o essencial mesmo" (Raul, 40 anos, removido). "Cada um na sua casa, ninguém envolve com ninguém, às vezes conversa, às vezes não conversa, é assim" (Lourdes, 56 anos, não removida).

Entrevistadora: Você acha que o fato de você morar aqui tem alguma influência na sua saúde?

Entrevistada: Não, eu acho que não, até porque eu não me envolvo né, eu fico mais é na minha mesmo, com meus meninos (risos) tranquilo.

(Clarice, 40 anos, removida)

Entrevistadora: Como é a relação com os vizinhos aqui?

Entrevistada: Ah muito bem, eu não tenho o que queixar deles e acho que nem eles de mim não, porque aqui nós não amola eles não, que nem eles amola a gente, não tem nada a queixar não. Mas pra mim tá tudo bem, graças a Deus.

Entrevistadora: As amizades, as relações que a senhora tem aqui no Morro das Pedras, são com as pessoas que tão mais perto da senhora ou a senhora relaciona com gente aqui do morro todo?

Entrevistada: Não, não, até assim, eu não tenho relação muito com ninguém lá da rua não, só com a minha vizinha aqui, as duas da frente aqui, por que eu não tenho intimidade, eu quase não saio, então eu não tenho o que queixar não, minhas duas vizinhas lá da frente são muito boazinha.

(Elvira, 53 anos, removida)

Entrevistador: E as coisas ruins daqui, que você não gosta?

Entrevistada: Coisa ruim é droga, quando eles fumam droga dentro do prédio, a pessoa que tem sinusite, a gente não aguenta, sinusite, rinite, asma, a gente não aguenta não, é do jeito que ela tava contando o caso, aquilo prejudica a saúde da gente bastante. [...] A minha vizinhança, é bom, não é ruim não, eles não me incomoda, eu também não incomodo, só ela quando chegou pra cá que foi o problema disso que eu te contei. Mas, os vizinho aqui é ótimo, não me amola, eu não amolo eles, deu de noite eu tô dentro de minha casa dormindo, umas 10 horas, eles é um ótimo vizinho. Quem me incomoda aqui mais é uma menina de 15 anos, que perdeu a mãe, o irmão com 15 anos já é viciado de droga, é isso que incomoda, mora aqui, destruiu o apartamento demais, o apartamento deles tá tudo acabado, água empossada, tudo tem, vazou no apartamento deles aqui a água, derrubou o banheiro deles. [...] Tem umas coisa que cê não pode dar mole pra vizinho, cê tem de, o vizinho cê tem de tratar ele bem pra ele te tratar bem.

(Augusta, 47 anos, removida)

[...] eu sou assim muito fechada, eu não vou pra casa de vizinho não, eu não vou, também não acho ficar frequentando, não fico nesse leva e traz não, sabe. Melhor a gente ficar sozinho, ficar, bater papo, conversar e tudo, mas ele lá e eu cá, é melhor assim, não dá, que a gente ficar indo pra lá, o outros vem pra cá, uma hora a gente não tá com disposição, outra hora a gente não tá com tempo pra conversar, então é melhor assim. Eu tô do jeito que eu gosto, entendeu? Do jeitinho que eu gosto, eu não incomodo ninguém, ninguém não me incomoda, só essa aqui (risos). Essa aqui é pra lá, ela tem menino pequeno a gente não pode ficar levando muito a sério não, que ela tem menino pequeno, sabe como que menino pequeno é, fica batendo as coisas no chão, então...

(Violeta, 81 anos, removida)

Entrevistador: Você tem mais relação com quem mora mais próximo de você ou com quem tem relação com todo mundo do Morro todo assim?

Entrevistado: Não. Mas com quem mora perto de mim. Eu sou uma pessoa mais na minha, mais discreta, não gosto muito de mistura, não gosto de me envolver.
(Bonina, 47 anos, removida)

A valorização do distanciamento e da privacidade em relação à vizinhança predominou nas narrativas de mulheres e de removidos. A valorização do distanciamento e da privacidade, nesse contexto, está relacionada à busca por autonomia e à necessidade de se resguardar de relações sociais conflituosas ou intrusivas. Entre as mulheres que mencionam esse distanciamento, observou-se que todas desempenham atividades domésticas e de cuidado com familiares, ou estão aposentadas ou desempregadas.

Já em relação à característica de remoção, esta valorização pode estar relacionada com a perda de redes sociais e de um lugar de pertencimento, que pode intensificar o isolamento e a importância atribuída ao distanciamento, conforme o relato de Martins:

Não converso muito com a vizinhança porque ninguém sai muito dos apartamentos; acho que bloqueia essa conversa de vizinho pra vizinho, convivência é...

Entrevistadora: Mas a mesma vizinhança que você tinha lá no [nome do local] veio pra cá?

Entrevistado: Não, tanto é que isso é uma coisa que eles fazem que eu acho ruim, porque vêm pessoas de outras localidades pra cá, e manda pessoas de cá pra outras localidades também.

[...] acho que a partir do momento que você constroi prédios você barra os moradores de se conversarem; porque igual, eu não conheço meus vizinhos, eu moro aqui tipo há nove anos, direito... [...] Não tem essa proximidade que a gente tem quando você tem um vizinho de porta, que é bem melhor. Igual na casa da minha vó, na casa da minha vó a vizinhança é toda amiga e tal, porque lá é em beco e eles foram os primeiros moradores, aí tem toda essa relação. Aqui a gente não tem essa relação com os vizinhos, os prédios nos bloquearam né [...].

(Martins, 19 anos, removido)

Na alocação das pessoas removidas nos apartamentos do Vila Viva, também são realocadas pessoas provenientes de outros locais, de fora do Morro das Pedras. Geralmente são removidas de outras favelas ou bairros periféricos com um perfil social próximo ao do Morro das Pedras. Essas pessoas são mencionadas nas entrevistas como "os de fora" e às vezes são vistos como indesejadas, com hábitos e costumes diferentes e, portanto, com potencial de causar conflitos. Esse aspecto também é tratado em algumas pesquisas sobre coesão social, onde as pessoas que vêm de fora podem ser vistas como uma população intrusiva, podendo restringir a utilização de espaços de convivência e da interação entre vizinhos (ROMAGON; JABOT, 2021).

Tem vários; tem muitos que tentam trocar o apartamento por moradia aqui de novo. Eu já tive várias propostas para esse fim, que vão e não gostam. É porque vem gente de outros lugares, com outros sistemas e não dá certo.

(Heliotério, 59 anos, não removido)

Além da valorização dos limites de individualidade e privacidade, outro aspecto a ser discutido mais detalhadamente é o distanciamento social, frequentemente expresso pela atitude de "estar na sua". Esse comportamento pode ser interpretado como uma resposta a diversas formas de violência, com destaque para aquelas associadas ao tráfico de drogas. Assim, o distanciamento social emerge não apenas como uma estratégia de preservação da autonomia individual e prevenção de conflitos interpessoais, mas também como uma forma de autoproteção frente às dinâmicas de insegurança mais amplas presentes no contexto urbano, o que será tratado posteriormente.

Os conflitos nas relações interpessoais são percebidos como fatores estressores e fontes de mal-estar. Nas narrativas, esses aspectos são mencionados como características de uma vizinhança desvantajosa, ruim, que exerce uma interferência prejudicial no processo saúde-doença. Entre os conflitos relatados pelos entrevistados, destacam-se questões relacionadas ao barulho (como música em volume elevado em horários inadequados), à falta de limpeza nas áreas comuns e aos desentendimentos sobre o uso dos espaços compartilhados dos prédios. Esses últimos conflitos são particularmente comuns entre os moradores realocados para os apartamentos do Programa Vila Viva, sugerindo a existência de tensões específicas associadas à convivência nesses novos ambientes.

Entrevistador: Você acha que onde você mora, a sua casa ou em volta, influenciam na sua saúde?

Entrevistada: A minha casa, eu olha, a minha casa ela é uma casa até legal assim sabe, é bem arrumadinha e tudo, mas tem algo que me deixa extremamente irritada e nervosa, é quando tem baile e eu não consigo dormir. Aí eu acho que influencia de forma negativa, não só minha, mas eu acho que de todo mundo, meu filho, meu marido, eu tô super cansada esses dias por isso [...]. Porque teve baile lá no banquinho, apesar dele ter acabado às 22 horas, porque a polícia acabou, mesmo assim, que cê já fica com seu psicológico cansado, que cê fala assim "nó se a polícia não vim eu vou dormir".

(Odete, 45 anos, não removida)

[...] O grande problema dessa mudança é a pessoa que morava num local, num barracão, ela tinha mais liberdade, e nos blocos, porque não tem uma certa disciplina. Em geral já não existe essa disciplina, som alto, gente passando na sua porta pra cima e pra baixo, pelo menos as pessoas que eu conheço que passaram por essa mudança, acabou optando por passar pra frente, sair, pra poder ter mais liberdade, ser mais reservado.

(Saul, 64 anos, não removido)

Nada, vou te falar a verdade, eu moro esse tempo todo aqui não acostumei até hoje, [...] lá embaixo tudo bem, mas no prédio aqui azarou tudo. Lá eu tinha um boldo do lado assim que crescia do lado, eu fiz o muro por minha conta sabe, chegava dia de domingo às vez queria tomar uma cervejinha, fazer um churrasquinho ninguém enchia o saco, agora aqui não tem como nós fazer isso. Tem, essa garagem meninada de vizinho fica brincando, enchendo o saco, jogando bola, eu não falo por causa de brigar comigo, por causa que nem morar aqui, mora no outro prédio aí pra cima, que a sogra dele mora no bloco [identificação do bloco], no bloco aqui do lado. Os menino vai jogar bola na garagem aí, maior bagunça nas planta, chuta a bola, a bola bate no quarto que eu durmo aqui. Durmo com a janela aberto por falta de ar, pai

deles tava querendo brigar comigo domingo passado, eu falei com ele “eu vou procurar meus direito, que eu tô de idade já, tem problema de saúde, a meninada nessa gritaiada danada, eu falo com ele pra não jogar bola cê vem conversar fiado ainda o pai dos meninos. [...] tá difícil demais ficar morando aqui por causa disso, porque menino é tudo do mesmo jeito, ele tem que ter pai e mãe pra olhar eles entendeu?

(Amaral, 64 anos, removido)

[...] Sair desse apartamento aqui eu quero né, porque aqui é ótimo é, mas tem hora que tem barulho, entendeu? Aí cê vai falar cê arruma briga, cê arruma tumulto, cê é encrenqueira, cê caça confusão. Então eu pretendo sair daqui sim...

(Antônia, 20 anos, removida)

Entrevistador: Como que esse lugar que você imagina ajudaria na sua saúde?

Entrevistada: Assim, morar assim num predinho mais silencioso sabe, mais silencioso, que às vezes tem muito jogo, muita bagunça, muita gritaiada, muita foguetada, e eu sou mais silenciosa, somente isso.

(Lourdes, 56 anos, não removida)

Os relatos dos moradores indicam que a exposição ao ruído causado por vizinhos representa um estressor significativo, comprometendo o bem-estar e a qualidade de vida. A ameaça ao sono causada pelo barulho é uma dimensão considerável desse incômodo, pois o sono é reconhecido pelos entrevistados em outros extratos da entrevista como essencial para a restauração da saúde. Além disso, a percepção de invasão da privacidade, especialmente entre mulheres, pessoas aposentadas e aquelas que exercem atividades majoritariamente domésticas, evidencia impactos diversos entre os moradores.

A percepção dos moradores vai ao encontro da literatura que mostra que a qualidade das relações sociais entre vizinhos desempenha um papel fundamental no bem-estar individual e comunitário. Em primeiro lugar, o fortalecimento das redes sociais locais proporciona apoio mútuo, o que pode se traduzir em suporte emocional e compartilhamento de recursos (maior coesão social). Esse apoio direto é associado a menores níveis de estresse, maior sensação de segurança e bem-estar psicológico (SCHIEFER; VAN DER NOLL, 2017). Em segundo lugar, essas boas relações podem atenuar os impactos negativos de condições adversas de vida, como a precariedade habitacional ou insegurança. Quando há laços sociais fortes, indivíduos e grupos são mais propensos a colaborar na resolução de problemas comuns, mitigando os efeitos prejudiciais de ambientes desfavoráveis, este aspecto será fundamental nos prédios onde os moradores se unem para adaptar os novos espaços e solucionar problemas do condomínio. Em contraste, relações frágeis ou conflituosas entre vizinhos podem agravar o isolamento social, aumentar os níveis de estresse e prejudicar a saúde mental, intensificando os impactos das más condições de vida. Dessa forma, as interações entre vizinhos são componentes críticos na promoção da saúde pública, sobretudo em contextos de desigualdades como os centros urbanos.

8.4.5. Violências

Fenômeno amplamente reconhecido como desafio pela saúde pública, as diversas formas de violência estão presentes nos grandes centros urbanos, sejam elas implícitas ou explícitas. Os efeitos multifacetados dessas violências no processo saúde-doença podem expressar-se em um mal-estar generalizado, ou ainda redundar em "condições diagnosticáveis como transtornos de ansiedade, depressão e outras doenças" (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2022; p.6). Considerando a recorrência do tema violência nas narrativas, e considerando seus efeitos no processo saúde-doença individual e coletivo, tendo ela sido a mal estares e adoecimentos diversos, optou-se por dividi-la em subtemas que serão tratados adiante.

8.4.5.1. Violências - tráfico e policiamento

A violência é um desafio reconhecido pela saúde pública especialmente em grandes centros urbanos e seus efeitos sobre o processo saúde-doença são multifacetados. Não só a violência em suas diversas formas pode impactar a saúde e o bem-estar, mas também a sensação de insegurança, a percepção do risco e o medo do crime. O medo é uma resposta emocional negativa a respeito de uma percepção de risco ou perigo (SILVA; BEATO FILHO, 2013). Essas reações advindas das violências também são relevantes, pois podem gerar efeitos nocivos sobre as interações sociais, condições e hábitos de saúde.

Como território que concentra inúmeras desvantagens sociais decorrentes de sua marginalização histórica, a incidência de fatores geradores de violência nas favelas tende a ser significativamente maior que na "cidade formal", assim como suas consequências mais intensas. A insuficiência de políticas públicas como, como segurança pública, infraestrutura e serviços básicos, cria um ambiente propício para o surgimento de economias ilícitas, favorecendo a violência letal. Considerando, por exemplo, os homicídios como "síntese das desvantagens urbanas", um estudo comparativo entre algumas favelas (incluindo o Morro das Pedras) e os demais bairros de Belo Horizonte, no período de 2010 a 2020, revelou uma disparidade significativa nas taxas de homicídio, mostrando que a taxa de incidência nas favelas é de três a seis vezes maior (DIAS *et al.*, 2019).

O tema da violência aparece transversalmente nas entrevistas, desde a avaliação positiva da vizinhança, em que se relata que não há a violência de antigamente, até nos relatos de sofrimento em decorrência de assassinatos de familiares próximos. Uma das violências mais mencionadas é o crime associado ao tráfico de drogas. A perda de familiares

assassinados, a sensação de insegurança (medo de "tomar bala perdida"), o temor pelo futuro de crianças e jovens, são algumas das consequências mais mencionadas pelos entrevistados em torno do tema.

É também relatado pelos moradores a percepção da diminuição da violência, embora persista a presença marcante do tráfico de drogas. A percepção da violência é relativizada em algumas narrativas em função de "antigamente".

Aqui é terrível, aqui antigamente era terrível, agora tá melhorando, melhorou bastante né, antigamente era, antigamente era terrível, nossa, antigamente o pau quebrava mesmo, antigamente aqui era tiroteio constante.

Entrevistadora: E o que aconteceu que mudou?

Entrevistado: Ah mudou porque muitas pessoas foi presas, muitas morreram, outras foi presa, aí por isso que mudou, aí a pessoa que tinha mais convivência mais pacífica, porque o que deixa o lugar terrível mesmo é o tráfico de droga [...].

(Araújo, 48 anos, removido)

Entrevistador: Você se sente segura aqui onde você mora?

Entrevistada: Aham, de uns tempos pra cá sim (risos).

Entrevistador: O que você acha que mudou?

Entrevistada: Mudou muito, melhorou mais né, que, assim quer dizer, a polícia sempre tem, como tem ela ali embaixo, sempre, sempre ela tá aqui. Vem aqui dá uma volta e olha, então isso aí pra gente já é mais segurança, que quando era mais lá pra trás era meio difícil a gente, tinha que ficar quietinha no seu canto aqui pra poder não tomar tiro de bala perdida. Mas, graças a Deus, depois que eles começou a vim mais, aqui pra gente ter mais confiança, acabou. Agora acabou essa coisa de malandro vim, esconder ali, trocar tiro, acabou, graças a Deus.

Entrevistador: A polícia tem mais acesso aqui?

Entrevistada: Aham, graças a Deus.

Entrevistador: E como é que está a questão da violência aqui?

Entrevistada: Oh, menino aqui melhorou [...] antigamente meu filho, nós não podia ficar nem igual nós tão aqui não, que eles já achava que ou você era policial, ou senão cê tava bisbilhotando alguma coisa. Mas agora nossa, melhorou demais, e sempre agora tá tendo [policiamento] ali perto do BH, [...] uma van que eles fica ali já, qualquer coisinha é só cê ligar que eles já chega, mas não sendo isso tá ótimo.

(Inês, 69 anos, removida)

Entrevistadora: O que você acha ruim [no Morro das Pedras]?

Entrevistada: Ah, o tráfico só (risos). [...] Porque sei lá, eu acho que as crianças crescem vendo essas coisas, né.

(Clarice, 40 anos, removida)

Entrevistadora: E o que você acha ruim aqui no Morro das Pedras?

Entrevistado: Cê fala em geral? Tudo quanto é lugar tem coisa ruim né, principalmente, violência, tráfico, coisa que, eu tenho 26 anos, então, a gente fica preocupado, como que cê tem um filho, cê vê aí essa violência do jeito que tá aí, cê vê seu filho crescendo, dá vontade de levar embora. Porque eu cresci aqui, e é difícil fugir de tudo isso aí, não é fácil não... Então, eu acho que é o ponto mais negativo que tem aqui, é isso aí.

(Muniz, 25 anos, não removido)

Entrevistado: Hoje o aspecto da ONG mudou, hoje ela é focada mais nos jovens, por que o que a gente vê aqui, pra gente ter um futuro e poder contar essas histórias, precisa salvar um jovem né...

Entrevistadora: E tá muito difícil salvar os meninos?

Entrevistado: Tá, não é fácil não.

Entrevistadora: Por que? Você acha que o tráfico ainda é muito atraente assim?

Entrevistado: Muito, muito, ainda mais falando de um local onde a maioria das pessoas que moram aqui não tem condição de dar ténis de R\$1.500 pro filho, e ele vai conseguir isso, um ténis, uma calça de mil e pouquinho...

Entrevistadora: Ali na ONG vocês conseguem desconstruir um pouco esses valores?

Entrevistado: é, o quanto vale, por que o valor tão alto e tal. Aí a gente tá conseguindo, mas do mesmo, é complicado ainda, é complicado por que eles curtem essa vida de ostentar, eles seguem essas pessoas que ostentam né, então é complicado cê desconstruir isso da cabecinha deles.

(Martins, 19 anos, removido)

O tráfico de drogas representa uma preocupação abrangente em termos de violência e, a preocupação com suas consequências perpassa as narrativas de todos os perfis de entrevistados, independente de gênero, faixa etária, tempo de residência no Aglomerado. A preocupação com o impacto do tráfico sobre as gerações mais novas é ainda mais intensa, pois muitas vezes crianças e adolescentes são mais suscetíveis de serem aliciadas, ou ainda serem atingidas por dinâmicas violentas, mesmo sem serem seu alvo (MOTTA *et al.*, 2022). Tais preocupações, ou medo, causam alterações nas dinâmicas de comportamento e interação que serão melhor detalhadas adiante. Nas entrevistas também aparecem relatos de pessoas que perderam parentes próximos prematuramente por assassinato retaliativo, em decorrência do envolvimento com o tráfico de drogas, desencadeando processos adoeceadores devido ao sofrimento intenso.

Outra dimensão importante das narrativas sobre violência e a presença do tráfico é a das sociabilidades geradas por esses grupos. A violência gerada pelo tráfico não se limita aos confrontos diretos entre grupos rivais, mas também envolve um clima de intimidação e medo contínuo que permeiam o cotidiano, afetando a população local. Esse contexto afeta as interações e discursos, causando receio de falar sobre determinados assuntos. Essa faceta da governança criminal (LESSING, 2021, 2022; MOTTA *et al.*, 2022), que impõe regras e restrições nos territórios onde está presente, instaura uma atmosfera tensa, porém estável e justapondo-se à governança estatal.

Este é um ponto importante a ser enfatizado, pois territórios controlados por grupos armados, como gangues de traficantes ou milícias, são comumente descritos como lugares “sem lei” ou “caóticos”, mas na realidade simplesmente transmitem outras leis. As “leis” que são impostas às vidas daqueles que residem nos territórios controlados são geralmente hiper-ritualizadas, hiper-simbólicas, violentas e repressivas, mas organizadas. Os residentes tipicamente suportam essas “leis” adaptando-se, olhando para o outro lado ou permanecendo em silêncio – uma relutância naturalizada em falar. [...] Implícitos nesse silêncio imposto estão o sofrimento individual e coletivo, isolamento e medo, que se cristalizam em relatos naturalizados sobre as vidas “confinadas” ou “contidas” que os residentes são obrigados a levar, as horas que são seguras para sair, o cuidado que têm ao andar pelas ruas do bairro para não olhar para nada que não deveriam olhar. (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2022)

Essa situação é observada nas narrativas dos moradores, o que significa que boa parte das informações sobre o assunto não foram mencionadas abertamente em decorrência do medo. Essa é uma questão importante, pois requer sensibilidade metodológica para abordar o assunto de forma adequada e precaução na interpretação das respostas de entrevistas que abordam o assunto nas pesquisas em geral.

As narrativas a seguir evidenciam este condicionamento social decorrente da governança criminal, o "não envolver-se", o "saber entrar e sair", refletem condicionamentos comuns nesses territórios que causam isolamento e uma atmosfera de medo entre as pessoas.

Entrevistador: E como está aqui a questão de violência?

Entrevistado: Ah, essas coisas assim não comento não.
(Rosa, 32 anos, não removida)

Entrevistador: Você se sente segura aqui?

Entrevistado: Olha... Se eu falar que tem horas que eu me sinto segura aqui eu taria mentindo né... Mas a gente tenta né. Porque quem... Igual minha sogra fala e minha mãe fala, quem faz o ambiente é a gente. Então, eu não tenho atrito com ninguém, então eu me sinto segura né. Eu não caço confusão com ninguém, eu sou na minha eu sou quietinha aqui. Então acho que... Por esse lado aí não... Questão de segurança eu to ótima. Porque eu só fico dentro de casa. Nem pra sair pra tomar sol eu saio.
(Antônia, 20 anos, removida)

Entrevistadora: Você sente risco de que?

Entrevistada: Ah, tomar tiro uai.

Entrevistadora: Tem mais haver com essa coisa da violência, do tráfico?

Entrevistada: é, violência.

Entrevistadora: Como que é isso aqui? É muito, é constante ou de vez enquanto dá uns problema aí depois pra de novo, como é que é?

Entrevistada: Ah moça eu não gosto de ficar falando não (risos). Isso aí eu não gosto de ficar falando abertamente não, que esse trem é complicado, aí é melhor a gente ficar calado; eu fico calada, finjo que nem vejo nada não, baixa a cabeça e sai andando, senão fala que a gente viu demais, fala demais.

(Alice, 27 anos, não removida)

Entrevistadora: E o que você considera negativo aqui no Morro das Pedras?

Entrevistado: Ah é o tráfico de droga, isso é muito negativo. Não só pra gente de idade assim igual a gente, mas pras crianças, nó, negativo, pior coisa no mundo é tráfico de droga, no mundo, socialmente né, no mundo inteiro, eu falo, e o tráfico de droga aqui é bem intenso.

Entrevistadora: é muito intenso?

Entrevistado: Aqui é, aqui é terrível, a gente não entra nessa história pelo seguinte, a gente foi nascido e criado aqui, então a gente sabe entrar e sair do lugar sem incomodar ninguém. Quem mexe com isso mexe pra lá, não importa, eu não importo com ninguém, não entro na vida de ninguém. Então quer dizer, se você souber sair e entrar, cê pode viver em qualquer lugar, pode viver tranquilamente, não dá problema nenhum.

(Dantas, 55 anos, removido)

Entrevistador: E o que você considera ruim aqui?

Entrevistado: Será que eu posso falar? [Em voz baixa] O tráfico!

Entrevistador: Por quê?

Entrevistado: É muito, é intenso! Não parece, mas é.

(Bonina, 47 anos, removida)

Além da restrição sobre o que se fala tais dinâmicas também limitam interações diversas, além de outros processos, como os de participação, conforme a narrativa de Odete:

[...] aqui é um lugar que cê vai ver, ninguém quer ser líder comunitário e ninguém quer ser presidente da associação aqui não, porque já mataram 3... Então quando vem alguém falar assim (risos) “é líder?”, “não, tem líder não” (risos).
(Odete, 45 anos, não removida)

Outro tipo de violência mencionado pelos moradores é a violência policial. A percepção sobre a presença e atuação da polícia no Aglomerado não é unânime, embora alguns moradores mencionem satisfação com mais policiamento, outros demonstram desconfiança devido a experiências negativas em relação aos moradores.

Namorada da Entrevistada: E é um lugar considerado até um pouco perigoso por causa da polícia.
Entrevistada: Que eles passa lá de noite, na escondida, na caladona eles passa lá, tipo assim, já oprime.
(Anita, 21 anos, removida)

Mas até onde você tá seguro pela polícia né? A polícia aqui é tipo, pra eles, eles são donos e é uma terra sem lei pra eles. Então tipo assim, pegou o jovem, eles batem, é o processo, uma série de abusos, que eu não julgo ser correto pra ninguém, ninguém deveria fazer isso, mas eles têm essa prática.
(Martins, 19 anos, removido)

Segundo Silva e Beato (2013) a falta de confiança na polícia é um fenômeno comum em vários países latino-americanos, com maior ênfase naqueles que tiveram um passado recente de regimes totalitários. A percepção sobre a polícia é construída socialmente e moldada por experiências históricas e contextos específicos, de acordo com marcadores sociais e territórios.

As narrativas que denotam uma visão crítica da atuação policial, são especialmente de moradores mais jovens, corroborando com os achados de Silva e Beato (2013). Essa percepção negativa pode ser atribuída a diversos fatores, incluindo a experiência direta, ou de terceiros, com práticas policiais abusivas, uma vez que jovens são alvos preferenciais de ações policiais. Ademais, os mais jovens tendem a perceber uma questão relevante, descrita nos estudos sobre violência policial, que é a seletividade no policiamento. O padrão de policiamento pode ser moldado por marcadores como etnia, classe social, gênero e idade, resultando em abordagens diferenciadas por parte das forças de segurança (SILVA; BEATO, 2013).

Por outro lado, outros moradores veem como positiva a presença do policiamento na vizinhança, atribuindo a isso a redução da violência e a maior sensação de segurança. A comparação com um passado percebido como mais violento, pode levar as pessoas mais

velhas a relativizar a atuação policial atual. Entre os anos de 2002 e 2006 foi implementado no Morro das Pedras o Programa Fica Vivo com o objetivo de diminuir a alta incidência de homicídios. O PGE do Morro das Pedras menciona em vários extratos a escalada da violência e suas consequências, incluindo o adiamento de reuniões do PGE a pedido de lideranças devido à intensidade da violência nas ruas. Medo, insegurança, falta de sociabilização, assim como a vontade de mudar do Morro das Pedras, foram relatados como consequências do tráfico no cotidiano do aglomerado (SILVEIRA, 2015).

8.4.5.2. Violências - Discriminação e estigma - “aqui todo mundo é trabalhador”

A discriminação é um fenômeno social e historicamente estruturado, ancorado em ideologias de superioridade e subalternidades inerentes, as quais visam manter assimetrias de poder entre estratos dominantes e subalternizados, abordada na saúde pública por seus efeitos no processo saúde doença (KRIEGER, 2014). Os estigmas são a base da discriminação, eles são atributos depreciativos atribuídos a indivíduos e grupos, diferenciando-os e colocando-os em posições inferiorizadas (GOFFMAN, 2004). Trata-se de distinções adversas, desfavoráveis em relação a um determinado grupo em prol de outro. Para citar alguns exemplos mais comuns, há a discriminação racial, de gênero, relacionada à orientação sexual. A discriminação pode se expressar nas diversas formas de interação interpessoal ou ainda institucional.

A discriminação, especialmente em contextos interacionais, é frequentemente considerada um estressor psicossocial. A exposição contínua a este tipo de estresse pode desencadear uma série de respostas biológicas e psicológicas adversas. Alguns estudos mostram que a discriminação racial, de gênero e baseada em orientação sexual está associada a altos níveis de estresse, o que, por sua vez, pode levar a problemas de saúde mental como ansiedade e depressão. Além disso, o estresse crônico resultante da discriminação pode influenciar negativamente a saúde física, aumentando os riscos de doenças cardiovasculares, hipertensão e outras condições crônicas (KRIEGER, 2014; PARKER, 2013) .

A associação das favelas à violência, à pobreza, à ilegalidade e à imoralidade, constituída historicamente por meio de representações midiáticas e discursos acadêmicos (estes, especialmente os das primeiras décadas do século XX) e políticos, contribuiu para a estigmatização desses territórios. Essa construção social negativa impulsiona diversas ações discriminatórias, perpetuando as desigualdades socioeconômicas e limitando o acesso a direitos básicos.

O conceito de estigma interseccional, o qual denota a convergência de várias identidades estigmatizadas em um determinado grupo, pode caracterizar as discriminações percebidas na favela (TURAN *et al.*, 2019). A interseccionalidade de múltiplos estigmas, como os associados à favela, intensifica as vulnerabilidades em saúde de indivíduos e comunidades. Ao interagirem, esses estigmas exercem um impacto sobre a saúde mental e física, gerando uma gama diversificada de vulnerabilidades.

Teve a questão do Vila Viva entrando com os conjuntos de prédio, mas de certa forma ele puxou uma gama de coisas boas também, se o prédio tá chegando lá, tem que chegar uma rua melhor, mais pavimentada, a energia tem que chegar. Pro cê vê, hoje todos ai, não tem como você olha pro lado e cê não ver uma antena de TV a cabo, coisa que era impossível antes, antes era impossível, não vinham, não instalavam, podia pagar, podia provar que a casa era sua, que se tinha condição de pagar, mas não vinha, tinha esse preconceito, hoje tá uma condição bem melhor, principalmente de questão visual também.
(Elias, 30 anos, removido)

A especificidade da estigmatização gerada sobre as pessoas que residem na favela são multifacetadas. Na narrativa acima, mesmo tendo meios de pagar e comprovando que a casa é própria, ou seja, apesar da renda e do atendimento dos critérios para a instalação, o serviço era negado por se tratar de um local subalternizado. Outra questão é o entendimento de que a melhoria das condições estruturais, como a pavimentação e a melhoria das ruas, de certa forma, altera essa percepção, possibilitando a prestação do serviço no local.

Entrevistador: Mas eu digo quando você pensa em sair daqui é por causa de alguma questão daqui que você gostaria de mudança, da forma que você mora?
Entrevistado: Não, não é por causa disso. É por causa de oportunidade mesmo, oportunidade, porque se você mora aqui cê tem pouca oportunidade pras coisa entendeu, por que o pessoal vê tipo, às vezes vê as pessoas aqui como inferiores né. Aí cê tem pouca oportunidade pras coisas, é por isso que eu futuramente pretendia sair, entendeu? Poder crescer um pouco na vida e ser alguém, mas aqui dentro dá também, que nem eu falei, oportunidade, é isso que falta.
(Tavares, 20 anos, não removido)

Tavares menciona uma outra faceta das estigmatização sobre a favela, a questão da ocupação e da falta de oportunidade, das pessoas do aglomerado serem vistas como inferiores e, por isso, terem o acesso barrado a oportunidade, manifestando o desejo de sair para "ser alguém". Ao mencionar a falta de oportunidades, Tavares evidencia um estigma que associa os moradores de favelas a uma condição de inferioridade, limitando seu acesso a bens simbólicos e materiais. Esse processo de exclusão social se manifesta no desejo de "ser alguém", ou seja, de superar os limites impostos pela estigmatização do território.

Além do mal estar gerado pela discriminação percebida, seus efeitos deletérios concretizam-se na barreira de acesso a serviços, oportunidades de trabalho e até lazer, como

na narrativa de Gurgel sobre as dificuldades para autorização dos órgãos municipais para um evento no Aglomerado devido ao estereótipo da malandragem:

[...] pra pegar o alvará [para eventos] cê tem que ter a prefeitura, SLU, corpo de bombeiros, BHTRANS¹⁶ pra fechamento de rua, e a PM¹⁷. Chega na PM ela barra, porque... Tipo assim, cê passa na Prefeitura, aprovou, passa na BHTRANS, aprovou, passa no SLU, ‘tem que deixar a rua limpa’, aprovou, passa nos outros órgãos, aprovou. Chega na PM: “Não, cê vai fazer evento pra malandro, então tá barrado”. Então o morro tem os lados negativos, entendeu, a dificuldade de fazer as coisas. [...] Eu acho que é o seguinte, eu acho que eles tá aqui pra fazer a segurança, tendo evento ou não eles tinham que tá rodando né, aí, fazendo o trabalho deles, porque eles é pago pra fazer esse trabalho! [...] eu acho que os 99% dos trabalhadores que moram na favela têm direito de curtir o final de semana, se vai conseguir o alvará ou se não vai, eu acho que eles tem que curtir, tem que desestressar ali né, que muitos tem só o domingo, tem gente que trabalha até sábado. [...] todo evento que acontece no Brasil e no mundo, vai trabalhador e vai quem não trabalha, tendeu? Então vai parar o planeta Terra todo, entendeu? Mineirão, tá tendo jogo do cruzeiro e do atlético, vai trabalhador e vai quem não trabalha também. Num evento aí, nessas boates aí, nessas casas de Show, vai 99% trabalhador e os outros que não trabalham também vai também. Então eu acho que BH é assim, Minas Gerais é assim, eu acho que o Brasil é assim, e o mundo é assim! Todos os lugares que tem festa, que tem evento, alguma coisa, vai todo mundo, não fica lá uma placa lá, proibido entrar fulano ou ciclano, ou se trabalha, se não trabalha, é proibido entrar; não tem disso, eu acho que não faz muito sentido não.
(Gurgel, 36 anos, não removido)

Uma faceta da estigmatização da população das favelas é a associação histórica à figura do malandro. O malandro, frequentemente contraposto à figura do trabalhador, simboliza um ideário que associa a população da favela a atributos negativos como a falta de caráter e a desonestidade, contribuindo para reforçar uma imagem negativa e moralmente depreciativa. Em contraponto às representações negativas, diversas narrativas buscam ressignificar a imagem da favela, enfatizando a boa índole e o caráter íntegro de seus moradores, desafiando os estereótipos historicamente associados aos moradores:

O pessoal é guerreiro né, o pessoal, tipo assim, a maioria do pessoal é honesto, corre atrás, acorda cedo, vão atrás, só volta do serviço cinco, seis horas da tarde. É um pessoal muito bacana daqui do morro, e tipo assim, é um sempre querendo ajudar o outro, pessoal tem bom coração. Apesar de passar nas rádios e nos jornais as coisas que acontecem no Morro, eu acho que o Morro tem mais coisa positiva do que negativo. Porque se você for ver hoje nos jornais ou no rádio, você vai ver mais coisa negativa e o Morro tem muita coisa positiva, começar do bom coração do morador e das pessoas que vivem aqui. Bom demais.
(Gurgel, 36 anos, não removido)

Entrevistador: Você pode me falar sobre as coisas que você acha boas aqui do Morro das Pedras?

Nossa, a convivência com os moradores, a simplicidade na troca de conversa, a cultura que todo mundo acha que não tem, mas nós temos uma cultura, que é cada um do seu jeitinho sabe, então tem o poeta [nome do poeta] lá embaixo que ninguém conhece, mas ele é um poeta, não tem livro publicado nem nada mas tem a cultura dele lá, entendeu? Aí tem eu do lado de cá que também mexo com poesia, aí tem os menino da dança, [nomes] [...]. Então sabe, é muito diferente, um povo muito unido,

¹⁶ Empresa de Transportes e Trânsito de Belo Horizonte.

¹⁷ Política Militar.

eu sinto também, então tipo assim, a casa da [nome] queimou lá em cima no campo, juntou geral pra pintar a casa dela de novo, que a [nome] é conhecida de todo mundo. Mas qualquer pessoa que tiver precisando de ajuda, você pode chamar, pode bater que vai ter alguém pra te ajudar sabe. O companheirismo, aqui a galera na comunidade é muito companheira um do outro assim sabe, mas é todo mundo no cantinho, tipo assim, nós custa a conversar, mas quando nós conversa, ou cê vai ter a porta da minha casa sempre pro cê tomar um café. Então, são essas coisas que me impressionam na quebrada sabe, não é só, que nem a galera fala muito que só tem malandragem, só tem tiro, só tem droga, só tem isso, não tem véi, cê vai ver de tarde as criança vai tá ali brincando, cê vai ver os adulto pulando corda junto com as criança, entendeu, então tipo assim, tem muitas outras coisas além disso, do que as pessoas pensam assim. A gente é muito simples, a gente é alegre, e tipo assim, não importa o dia-a-dia a gente tá aí na correria, na luta, mas com sorrisão, é isso que eu vejo aqui na quebrada que me inspira muito assim.

(Anita, 21 anos, removida)

Há ainda uma percepção de discriminação em relação às ofertas e à qualidade dos serviços prestados aos moradores da favela, Helitério menciona: "Eu acho que nem só eu, todos, que o poder público chegasse, do mesmo jeito que ele vê Savassi, Belvedere, que eles vissem o Morro das Pedras também." (Helitério, 59 anos, não removido), citando bairros de classes mais altas em Belo Horizonte. Outra questão é a percepção da falta de qualidade do serviço prestado dentro do Aglomerado:

O CRAS¹⁸, queria que o CRAS da nossa comunidade, ele fosse muito mais ativo, por que eu fui ver qual era a intenção do CRAS, o que que o CRAS fazia, falava gente que isso o CRAS é tudo! O CRAS é tudo numa favela sabe, e não funciona como deveria funcionar, as mulher tudo com cara marrenta, elas não entende que elas tão atendendo em favela, "minha filha se vai atender em favela ou cê é esparrado igual favelado, ou cê vai ser educado, agora você ser esnobe e estúpido não dá não" no mínimo! [...] Tipo assim, a galera, eu não vejo prestação, eu não vejo disposição em nos servir, não tem disposição nenhuma assim.

(Anita, 21 anos, removida)

A interseccionalidade da estigmatização dos moradores de favelas revela um fenômeno complexo e multifacetado, com impactos que se estendem por diversas dimensões da vida social. As relações de poder, marcadas por desigualdades sociais, raciais e de gênero, se entrelaçam com o estigma associado às favelas, intensificando a exclusão e a marginalização dessas populações. Os efeitos dessa interseccionalidade refletirão na esfera da saúde, onde a exposição crônica ao estresse e à discriminação contribui para o mal estar psíquico e mental, para o desenvolvimento de doenças crônicas, e limitando o acesso a serviços de qualidade que possam impactar na saúde, assim como o acesso a melhores oportunidades de emprego e renda.

As representações negativas e estereotipadas, disseminadas pelos meios de comunicação e de discursos sociais, contribuem para a naturalização das desigualdades e dificultam a construção de políticas públicas que promovam a equidade e a inclusão social. A

¹⁸ Centro de Referência de Assistência Social.

interseccionalidade de fatores como raça, classe social e gênero, associada ao estigma territorial, que é também fruto dessas anteriores, reforça as desigualdades existentes. As consequências dessa exclusão são multifacetadas, afetando a autoestima, as relações sociais e a participação cidadã, além de gerar impactos negativos na saúde mental e física.

8.4.5.3. Violências - dignidade e desgosto nas realocações: “se eu mudar daqui eu até adoço”

A percepção dos moradores do Morro das Pedras em relação às remoções para os apartamentos do PVV, tanto de removidos como de não removidos, denota uma complexidade que transcende a dicotomia entre satisfação e insatisfação. As narrativas demonstram a existência de uma variedade de experiências e sentimentos, em função das diferentes dimensões do processo de remoção e com diferentes efeitos sobre o processo saúde-doença. Perdas sociais, mudanças no estilo de vida e as novas condições habitacionais, contribuem para a construção de narrativas individuais e coletivas que moldam a percepção dos moradores sobre o processo, o que influenciará, por sua vez, na percepção dos efeitos sobre o processo saúde-doença.

A satisfação com a remoção varia em função das condições de vida prévias. A principal fonte de satisfação entre os moradores em relação às realocações está associada à melhoria das condições de habitação e segurança, daqueles que viviam em condições habitacionais precárias, como barracos muito pequenos, sem ventilação, construídos com materiais frágeis, ou em áreas reconhecidamente de risco. Isso inclui locais previamente utilizados como lixões, com risco elevado de deslizamentos, onde já ocorreram tragédias fatais, ou áreas situadas sob linhas de transmissão de energia da Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), conforme exemplificado no relato de Margarida. Essas condições adversas contribuem significativamente para a percepção positiva das remoções entre esses indivíduos, uma vez que representam uma melhora nas condições de moradia e segurança.

A gente tinha medo quando tava relampeando, tava trovejando assim, aí então os fios ficava dando aqueles fogo, ficava dando aqueles fogo a gente quase não dormia de noite. E no dia que deu o estouro, a gente não podia nem encostar na parede assim que tudo tava dando choque [...]. Aí tinha que chamar os pessoal da Cemig vinha, igual no dia que eles tirou o menino lá de cima todo queimado lá de cima, da laje assim, que o menino tinha subido na laje e o fio tinha rebentado lá no beco, tava dando lambada lá no beco lá, nó uma tristeza! Eu nó, eu morria de medo, tempo de chuva a gente tinha até medo de dormir quando tava relampeando muito, que o fio era baixinho assim, igual a casa da gente já tava pouco metros abaixo do fio, então tava muito perigoso, a Cemig falou que tava muito perigoso.

(Margarida, 60 anos, removida)

Clarice também menciona a segurança como benefício decorrente da remoção, apesar de anteriormente dispor de uma casa maior e de um ambiente de mais tranquilidade e

confiança em relação à vizinhança próxima. Esse relato evidencia as nuances entre satisfação e insatisfação com os impactos da remoção, demonstrando que, embora existam ganhos, como o aumento da segurança, há também perdas relacionadas à qualidade de vida e à proximidade com a vizinhança anterior. Essa ambivalência demonstra que os efeitos das remoções são multifacetados, variando de acordo com as condições prévias e expectativas individuais e demonstrando a importância de considerar os fatores subjetivos que influenciam as experiências e percepções dos moradores.

Pra muita gente foi bom, que tinha gente que nem casa pra morar não tinha, igual esse pessoal mesmo que eu tô te falando, diz que eles moravam no barracão de madeirite. Então no caso, lá aonde que eu morava também, que eu tô te falando que era grande e tudo, mas quando chovia minha filha, chovia mais no cê do que... O bom daqui é isso, cê tem mais segurança, assim, a casa é mais bem feita, os trem né, pode chover né. Mas o ruim é só isso aí que eu tô te falando, só os vizinhos mesmo. Ali cê não pode deixar uma porta aberta, lá onde é que eu morava cê podia até dormir, igual quando tava muito calor mesmo, a gente até dormia com a porta aberta. Cê podia sair, cê chegava seus trem tava do mesmo jeito. Aqui eu não confio, aqui cê deixa sua porta aberta se os 'homi' vim os meninos correm tudo pra dentro da sua casa, entendeu? Então essas coisas assim aqui são ruins, eu não gosto. (Clarice, 40 anos, removida)

A percepção de que a mudança de moradia pode desencadear processos de adoecimento é recorrente entre os moradores, que associam a ruptura dos vínculos sociais com vizinhos e a perda de referências simbólicas (muitas vezes a própria casa construída) a um risco para a saúde. A alteração nas relações entre vizinhos e a descontinuidade de modos de vida podem comprometer o bem-estar físico e mental. Tais narrativas evidenciam a relevância da preservação dos vínculos sociais e dos modos de vida na dinâmica do processo saúde-doença. Esse sentimento é expresso de forma clara em falas como: "se eu mudar daqui, eu adoço", além de ser corroborado por casos observados de adoecimento entre vizinhos que passaram pela mesma situação.

Ah, eu gosto demais daqui sô, igual eu tô falando com você, que aqui, nossa, eu fui nascido e criado aqui, acho que se eu mudar daqui eu acho que eu até adoço, porque, nascido e criado aqui, agora tem muita gente que não gosta daqui não, eu gosto daqui, eu adoro morar aqui.
(Araújo, 48 anos, removido)

Algumas pessoas mais velhas não quis sair, porque se arrancasse a pessoa dali ou se tirasse a pessoa dali, a pessoa tipo entrava em depressão, ou alguma coisa parecida e não ia ter a vida de volta mais. Igual algumas pessoas mais idosas não saiu não, a prefeitura teve que fazer a obra e reinstalar a pessoa de novo.
(Gurgel, 36 anos, não removido)

Entrevistado: Nada, só abriu rua, foi pra abrir rua. Aliás, eu acho que a casa dele nem impactava na abertura da rua ali não, dava pra deixar no lugarzinho, era aqui descendo essa escada aqui assim, e ele tinha acabado de reformar a casa dele todinha, ele tava feliz com a casa, aí o pessoal, e ele falava com a gente "que esse negócio de prefeitura cê sabe como é que é, nunca vai acontecer não" e ele foi o primeiro a ser, a ter a casa demolida, ficou muito triste, ficou muito triste mesmo [...]

Ele morreu, morreu, ele entrou em depressão, já bebia, começou a beber bem mais. Aí começou a ficar mais na rua que em casa, aí depois só na rua nem em casa ia mais, morreu. A vida dele definhou assim de repente. A mulher dele ainda tentou bastante tirar ele de lá, mas chegou naquele ponto que não tinha mais volta não.
(Braz, 44 anos, não removido)

Os moradores estabelecem vínculos tanto com seus lares, enquanto espaços privados, quanto com a vizinhança, entendida como um espaço comunitário mais amplo. As narrativas, como a de Araújo e Gurgel, evidenciam a importância desses vínculos para o bem-estar individual. A ruptura desses laços, seja por meio de remoções ou de transformações significativas no entorno, é vivenciada como um processo doloroso, capaz de gerar sofrimento e impactar negativamente a saúde mental dos indivíduos, sendo relacionada inclusive com processos que geram adoecimento e morte como no relato de Braz. A perda de referências materiais e simbólicas, proporcionadas tanto pelo ambiente de moradia quanto pela vizinhança, quando se tem um bom vínculo com esta, emerge, portanto, como uma experiência que gera adoecimento.

O sofrimento e o adoecimento em decorrência do deslocamento do local de origem (pelas remoções) abrangem perdas relacionadas às relações afetivas que refletem o vínculo com o lugar. A perda da base material e simbólica de suas redes sociais e modos de vida têm consequências deletérias de difícil mensuração. Martins menciona o esfacelamento das relações de vizinhança antigas e a configuração dos prédios como inibidoras de estabelecimento de laços com os novos vizinhos.

Quando o Vila Viva chegou a gente viu com muito receio [...] cê imagina uma pessoa que vive num lugar durante 5 gerações, que é a média, e aí você pega uma mulher que os filhos cresceram ali, ela tem um pedacinho de terra, que ela achava que era dela né, e ali era dela, fazia um churrasquinho, que isso é bem coisa de comunidade, aí mora o filho num puxadinho com uma mulher, o outro filho no outro puxadinho, e aí antigamente acabava que ela tinha mais filho, então assim, 4 filhos morando no mesmo lugar, com as suas distintas famílias. E aí vem o Vila Viva nesse primeiro momento com essa coisa de indenização “olha vocês vão ter que sair daqui, porque aqui vai passar uma rua e tal, e tal”. No primeiro momento foi falho, por que não houve uma conversa antecipada, as pessoas, eu soube de gente que ficou depressiva, eu soube de gente que tá depressiva até hoje e soube de pessoas que morreram, morreram de desgosto. Quando você pega alguém, isso acontecia muito com o povo negro né, quando vinha da África pra cá, muita gente morria de tristeza, de desgosto, saudade né, essa coisa. Então isso foi um impacto muito negativo, essa parte, o Vila Viva pra quem tá de fora acha muito lindo, por que os caras, os engenheiro eles acham isso muito bacana, ver a favela sendo estruturada, mas quem tá dentro não consegue romantizar isso porque você vê pessoas morrendo...
(Odete, 45 anos, não removida)

Mãe do Entrevistado: Com medo porque cê vai morar no prédio cê não sabe quem é seu vizinho. No caso igual da mamãe, quanto tempo que ela mora lá, a rua lá chama até rua dos [sobrenome], porque mora só família. Já pensou sair de lá e vim pro prédio que vem gente de vários lugar? É complicado, é o que aconteceu com a bisã do [nome] ela entrou, ficou doente, tá lá na cama assim praticamente vegetando...

Não foi só ela não, muitos ficaram doentes, morreram, nó! Isso aí lá no Grajaú tem vários casos.

[...] Muita gente, não foi um, dois, mas tem muitas pessoas que morreram de depressão, que elas não conseguiam ficar sem seus vizinhos, algumas dependiam de um vizinho pra tipo ter um dia legal, ter uma conversa e tal, é bem isso.

(Martins, 19 anos, removido)

As experiências negativas de remoção impactam não só os indivíduos, mas toda a vizinhança que vivencia seus efeitos no território, especialmente pela percepção dos efeitos posteriores das remoções. Rachel Pain (2019), em seu artigo "*Chronic urban trauma: The slow violence of housing dispossession*", conceitua o "trauma espacial coletivo" referindo-se ao impacto psicológico que a violência exercida sobre comunidades e espaços urbanos de maneira coletiva, afeta os indivíduos e o ambiente ao seu redor (PAIN, 2019). Esse conceito envolve a ideia de que o trauma não se limita a efeitos físicos imediatos, mas abrange dinâmicas de longo prazo que permeiam tanto o espaço quanto as relações sociais dentro dele. O trauma espacial coletivo é especialmente influenciado pela violência contínua ou "violência lenta", onde as mudanças espaciais, como as remoções habitacionais, resultam na destruição de laços comunitários, memórias, rotinas e identidades associadas ao lugar. Essas formas de violência perpetuam a sensação de perda e vulnerabilidade, além de impactar o bem-estar mental e emocional das comunidades envolvidas (PAIN, 2019).

Ao analisar retrospectivamente a trajetória dos moradores, muitos dos quais viviam em uma situação de marginalização anterior, seja devido a condições de vida precárias no interior do estado, em outros bairros, ou mesmo no Aglomerado, onde não tinham acesso a serviços básicos ou viviam sob constante risco ambiental, o sofrimento causado pelas remoções tende a ser relativizado. Expressões como "não posso reclamar" ou "antigamente era pior", são recorrentes nas narrativas, reconhecendo as melhorias por um lado, mas também demonstrando que existem insatisfações subjacentes. Observa-se que, embora as condições tenham mudado, o sofrimento persiste em um contínuo, assumindo novas formas e matizes no contexto da nova realidade habitacional.

Quando se é excluído do acesso a direitos e a condições mínimas de vida (como aconteceu ao longo da vida dos moradores de favelas), sofre-se pelo risco e pela ameaça da morte biológica (por não ter o que comer, pelo fato de a água ser contaminada, pelo risco da casa desmoronar com a chuva). Quando se é incluído (como se afirma que acontece a partir de década de 1990, processo que culminou com o Vila Viva), continua-se a sofrer porque se perde a casa, a relação com os vizinhos, o modo de vida, mas também porque é preciso se adaptar a uma forma "correta" de morar no apartamento (MOTTA, 2013, p.100).

Não se trata aqui de contrapor sofrimentos, mas de reconhecer que a saúde e o bem-estar são complexos, multifacetados e estão intrinsecamente vinculados a dimensões

sociais, econômicas, culturais e territoriais. Dessa forma, não há uma garantia unidirecional de saúde, pois os processos que levam à construção de uma vida saudável são influenciados por condições que moldam as possibilidades de experiências individuais e coletivas. A narrativa de Martins expressa a sensação ambivalente causada pelas remoções que, apesar de serem um meio de proporcionar melhores condições de vida, podem configurar-se como experiências de violência e perdas.

Muitas pessoas que morreram porque perderam seu lar, ia pro lugar muito distante, tipo Ribeirão das Neves, não podem voltar aqui, porque é muito fora de mão. [...] Deu um lar digno? Deu, mas a que preço né? A que preço essa dignidade chegou a gente?

[...] Positivo, é pessoas que não tinham um lar digno, conseguiram, com esse projeto. Que eu acho que acima de tudo é dar dignidade às pessoas, mas não adianta, dar a dignidade ao mesmo tempo tirar né.

(Martins, 19 anos, removido)

Ao situar esse entendimento no contexto territorial analisado, observamos que a marginalização e a exclusão social vivenciadas pelos moradores podem agravar ou facilitar a emergência de adoecimentos. Dessa forma, os corpos, vivos ou mortos, revelam histórias de vida, sendo este um processo fundamental para a compreensão da saúde em contextos socialmente vulneráveis. De acordo com Nancy Krieger (2005):

[...] nós, como humanos, somos simultaneamente seres sociais e organismos biológicos, a noção de "encarnação" avança três alegações críticas: (1) os corpos contam histórias sobre - e não podem ser estudados divorciados de - as condições da nossa existência; (2) os corpos contam histórias que frequentemente - mas nem sempre - correspondem aos relatos declarados das pessoas; e (3) os corpos contam histórias que as pessoas não podem ou não querem contar, seja porque são incapazes, proibidas ou escolhem não contar. Assim como os proverbiais "ossos de homem morto" de fato contam histórias, por meio da patologia forense e da antropometria histórica, também nossos corpos vivos contam histórias sobre nossas vidas, sejam elas expressas conscientemente ou não (KRIEGER, 2005, p.350).

Dessa forma, a compreensão da saúde como um fenômeno socialmente construído, permeado por aspectos biológicos, psicoemocionais e territoriais, é essencial para avançar no debate sobre saúde pública, especialmente em contextos de vulnerabilidade.

A percepção dos moradores reforça a ideia de que a vizinhança, como território, é um espaço dinâmico onde os aspectos materiais e simbólicos interagem para moldar as condições de saúde. Esses elementos refletem a complexidade do território como uma construção social que influencia diretamente a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Portanto, para abordar efetivamente as questões de saúde urbana, é crucial considerar essas múltiplas dimensões da vizinhança e suas interações dinâmicas.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou, a partir das narrativas dos moradores do Aglomerado Morro das Pedras, compreender as percepções sobre o processo saúde-doença, bem como as dimensões de vizinhança implicadas nele. A maioria das avaliações de impacto de intervenções urbanas na saúde foca em desfechos de morbimortalidade, embora haja uma tendência crescente de ampliar os indicadores. Nesse sentido, compreender as percepções dos moradores pode oferecer *insights* importantes sobre outras dimensões a serem consideradas.

As concepções de saúde dos moradores em geral mostraram-se mais amplas que a perspectiva de presença ou ausência de morbidades. Os sintomas e doenças, além de serem os primeiros aspectos da saúde a serem mencionados, foram abordados por todos os entrevistados. No entanto, a maior parte dos moradores não restringiu sua percepção a este âmbito. Outra dimensão destacada foi a psicoemocional, especialmente reconhecida no contexto de doenças e mal-estar. Essa dimensão esteve associada aos sofrimentos emocionais e aos diagnósticos como depressão e ansiedade. Além disso, esse aspecto foi percebido como um processo desencadeador de adoecimentos com implicações físicas. A análise também revelou que os moradores associam os aspectos psicoemocionais, como estresse, sofrimento e saúde mental, às condições sociais e ambientais (KRIEGER, 2014). A dimensão da funcionalidade, relacionada às limitações que interferem nas atividades cotidianas e (im)possibilitam o cumprimento de papéis sociais, foram a dimensão de saúde mais determinante das avaliações de saúde entre os moradores. Poder realizar atividades importantes e sentir-se bem, mesmo convivendo com doenças, define o estado de saúde dos moradores, remetendo à construção social da doença e à distinção entre 'enfermidade' e 'doença'. Enquanto a “doença” refere-se à visão biomédica de uma condição, a “enfermidade” está relacionada à experiência subjetiva do adoecimento, ou seja, como o indivíduo percebe e vive sua condição. As narrativas dos moradores do Morro das Pedras trazem elementos abordados por Kleinman (1988), que argumenta que a experiência de saúde e doença é mediada pelas normas e expectativas sociais, que varia de acordo com a inserção social (KLEINMAN, 1988). Desta forma, a referência e comparação com um “antigamente” muito negativo leva alguns moradores do Morro das Pedras a relativizar ou ter uma percepção mais amena de sofrimentos e mal-estares na atualidade, da mesma forma que declarar estar “saudável” pode significar ser capaz de continuar desempenhando as funções socialmente atribuídas, mesmo que a pessoa conviva com uma doença. Pensando nos resultados deste estudo, cabe ainda revisitar Conrad e Barker (2010), que argumentam que determinadas doenças podem ser estigmatizadas,

enquanto outras são normalizadas dependendo do contexto (CONRAD; BARKER, 2010). Por exemplo, em algumas comunidades e grupos sociais mais que em outras, conviver com doenças crônicas pode ser aceito como parte do envelhecimento ou das condições ambientais, sem que isso afete diretamente a percepção do indivíduo de estar saudável. A forma como uma comunidade ou grupo social entende a saúde afeta, portanto, a forma como os indivíduos interpretam suas próprias condições de saúde e finalmente respondem perguntas sobre impactos de intervenções de transformação urbana na saúde. Em última instância, este aspecto demonstra que a saúde pode ser significada como potencial para lidar com a existência, de modo mais amplo (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Consequentemente, as percepções de saúde entre moradores do Morro das Pedras mostraram-se heterogêneas, com diferenciações de gênero e geração já identificadas. No entanto, a ausência do marcador raça/cor na caracterização dos entrevistados impõe uma limitação importante à análise. Considerando que as favelas são territórios majoritariamente negros, a inclusão desse marcador seria fundamental para trazer insights significativos, inclusive em sua interação com outros marcadores sociais. Historicamente, no Brasil, a raça tem sido um fator determinante no acesso aos serviços de saúde e na exposição a situações estressantes, como discriminação e marginalização socioeconômica (COBO; CRUZ; DICK, 2021). Essas experiências moldam o processo saúde-doença de maneira singular para a população negra, influenciando não apenas a prevalência de certas condições de saúde, mas também a maneira como a saúde é percebida e valorizada. Outra abordagem importante seria a consideração da questão da religiosidade/espiritualidade, uma vez que durante as entrevistas surgiram narrativas relacionadas à saúde que tangenciam o tema e a literatura evidencia a associação da religiosidade/espiritualidade com desfechos, práticas terapêuticas e bem-estar físico e mental (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016). A saúde é compreendida como um processo dinâmico e subjetivo, dependente das interações entre as dinâmicas sociais e as experiências pessoais e coletivas de vida.

Complementando aspectos das concepções de saúde e doença dos moradores, foram abordados a utilização dos serviços de saúde e os hábitos e estilos de vida, os quais são reconhecidos como produtores de saúde pelos moradores. A confiança e a utilização dos serviços de saúde, além das diferenças gendradas descritas na literatura (COBO; CRUZ; DICK, 2021; COUTO; DANTAS, 2016; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), foram condicionados pela disponibilidade e qualidade percebida dos mesmos. O acesso também é viabilizado pela agência individual dos moradores, o que requer capital social, mobilizando conhecimentos e redes de relacionamentos. Assim como a utilização dos serviços de saúde, os

hábitos individuais (alimentação, higiene/limpeza, atividade física) são vistos como promotores de saúde, mas são condicionados pelas circunstâncias socioeconômicas. A prática de esportes e atividades comunitárias contribuem para o bem-estar social e físico dos moradores. Contudo, a participação nessas atividades é frequentemente limitada pela falta de infraestrutura adequada e pela escassez de tempo disponível, questões que estão diretamente relacionadas à determinação social da saúde, evidenciando como as condições socioeconômicas influenciam as oportunidades que as pessoas têm para adotar estilos de vida saudáveis. A carência de espaços públicos apropriados para a prática esportiva e a necessidade de longas jornadas de trabalho, que reduzem o tempo livre, refletem desigualdades estruturais que afetam o acesso equitativo a recursos promotores de saúde. Portanto, essas limitações não são meramente individuais.

Embora a avaliação dos efeitos do PVV sobre a saúde dos moradores não tenha sido o foco deste trabalho, é notório que suas consequências permeiam as narrativas, mesmo quando as questões formuladas não versam sobre a intervenção. As intervenções tiveram efeitos diversificados sobre os moradores, efeitos estes moldados tanto por processos diferenciados - como ser removido ou não removido - como por singularidades individuais (gênero, faixa etária, ocupação) e ambientais/geográficas (áreas de risco, distribuição de serviços). Por exemplo, pessoas que residiam em habitações maiores e com boa estrutura sentiram-se insatisfeitas com as remoções para os apartamentos. Por outro lado, aqueles que viviam em condições precárias, em espaços menores ou sob o constante risco de desabamentos expressaram, em sua maioria, satisfação e alívio, apresentando uma percepção mais positiva da mudança. As pessoas que passam a maior parte do tempo em casa relatam, com mais ênfase e frequência, sentirem-se sufocadas ou "encaixotadas" nos novos espaços em relação às pessoas que passam a maior parte do tempo fora do domicílio.

A avaliação do efeito das intervenções no bem estar dos moradores não se limita a aspectos objetivos, como as condições físicas dos novos apartamentos, mas também envolve dimensões subjetivas, como a perda de vínculos sociais e identidade comunitária. Essa amplitude não se restringe apenas às remoções, mas a outras intervenções implementadas pelo programa. Essa complexidade ressalta a importância de considerar as experiências individuais e coletivas na análise dos impactos das intervenções sobre a saúde.

Para além das satisfações/insatisfações, as percepções dos moradores demonstram que o PVV teve efeitos paradoxais para as pessoas. O fornecimento de serviços de saneamento básico é um exemplo: largamente referido como objeto de satisfação na percepção dos impactos da vizinhança na saúde física (evitando morbidades) e no bem-estar psíquico (pelo

conforto gerado), o saneamento teve como "efeito colateral" a elevação dos preços decorrentes do serviço. Este efeito foi percebido como uma ameaça à sustentabilidade e à saúde das famílias, colocando-as em situação de escolha entre o pagamento do serviço ou aquisição de outros bens básicos como alimentação e medicamentos, gerando insegurança material e psicológica nos moradores.

O destaque dos efeitos negativos das intervenções é importante, pois nos estudos de avaliação não costumam ser relatados. Henson *et al.* (2020) apontam que nos estudos selecionados em sua revisão sistemática, são mencionados apenas efeitos positivos ou nulos das intervenções, constituindo esse fato um provável viés (HENSON *et al.*, 2020). Abordar essas consequências é crucial para compreender melhor os impactos dessas intervenções nas populações residentes, pois estas muitas vezes também podem produzir desigualdades, contrariando sua finalidade (HENSON *et al.*, 2020; RIGON, 2022; TURLEY *et al.*, 2013).

A percepção de saúde dos moradores exerce uma influência significativa sobre a maneira como percebem os efeitos das intervenções do programa sobre a saúde. Entre os moradores cuja compreensão da saúde é baseada na perspectiva afim ao modelo biomédico, há duas tendências: ou não reconhecem os efeitos contextuais da vizinhança na saúde, enxergando como nulo o efeito das intervenções no processo saúde-doenças; ou consideram que os impactos mais limitados das intervenções sobre a saúde, relacionando-os a melhorias em aspectos de infraestrutura, como o saneamento básico, que afeta a saúde física prevenindo morbidades. Os moradores com perspectivas mais abrangentes do processo saúde doença percebem os impactos de maneira mais ampla, refletindo nas condições de vida e nos acessos aos serviços.

Nas narrativas dos participantes, identificaram-se diversas dimensões de vizinhança reconhecidas como influentes no processo saúde-doença, tais como o saneamento básico, o acesso e mobilidade, as condições do espaço habitacional, as relações de vizinhança e as múltiplas formas de violência. É importante destacar que, embora a maioria dessas dimensões seja afetada direta ou indiretamente pelas intervenções do programa, nem todas estão relacionadas a elas. Essas dimensões apresentam interfaces e intersecções entre si, com impactos diretos e indiretos sobre os aspectos do processo saúde doença. O saneamento básico, por exemplo, relaciona-se tanto à saúde física quanto à qualidade de vida em geral, influenciando desde a prevenção de doenças infecciosas até a percepção de segurança e bem-estar no espaço comunitário. As relações entre vizinhos, um dos elementos centrais nas narrativas, podem ser fontes tanto de apoio quanto de tensão, influenciando o bem-estar psíquico e social. Tais relações evidenciam questões valorizadas pelos moradores, como

privacidade, silêncio e relações amistosas. As condições de moradia e as remoções para os apartamentos, por sua vez, são determinantes que podem tanto promover a saúde quanto gerar novas vulnerabilidades. As violências possuem os efeitos mais abrangentes, pois suas formas -incluindo as advindas do tráfico, da ação policial e as discriminações - afetam diversas dimensões da saúde dos moradores.

Sobre a violência, vale a pena destacar alguns aspectos devido à sua importância na determinação do processo saúde-doença. Para além das taxas de homicídio e seus fatores de risco, largamente estudados na saúde pública, "localizar a violência urbana em contextos históricos e territoriais concretos e [...] se envolver criticamente com a complexidade e as dimensões da violência urbana e suas implicações generalizadas para a vida e a saúde" (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2022) é crucial para a compreensão da configuração dos processos saúde-doença no território marcados por estas violências. As diversas formas de violência - que podem variar desde a violência institucional até a interpessoal - atravessam as experiências cotidianas dos moradores, gerando sentimentos de insegurança e contribuindo para o estresse crônico, que tem implicações profundas para a saúde mental e física. Este é um aspecto a ser destacado porque determinados tipos de violência são impetrados de maneira implícita, como a má qualidade de serviços prestados, a negligência das instituições governamentais após as remoções, entre outras. É necessário considerar que muitas violências não são mencionadas abertamente pelos moradores por receio de represálias. Rupturas sociais, conflitos interpessoais e até mesmo realocações traumáticas de moradores são consequências das dinâmicas vinculadas à ação estatal e também às governanças do crime no território. Desta forma, as diversas nuances que permeiam a dimensão das violências no território devem ser consideradas nas avaliações de intervenções. Como as violências geralmente vêm acompanhadas pela imposição do silêncio, é necessário desenvolver estratégias sensíveis para captar os impactos dessas experiências nas pesquisas qualitativas e quantitativas.

As remoções têm efeitos que vão além do ato da mudança; seus desdobramentos, como a alteração das dinâmicas cotidianas e a quebra de vínculos, podem intensificar os impactos negativos na saúde e no bem-estar dos indivíduos afetados. Pain (2019), ao abordar o conceito de violência lenta de Nixon (2011), descreve a "letalidade de desgaste", uma forma de violência frequentemente invisível, mas relevante para os estudos urbanos, especialmente em contextos de desapropriação (PAIN, 2019). Essa violência lenta guarda paralelo com os sentimentos de abandono relatado pelos moradores ao serem deslocados para novos prédios pelo poder público, ou, ainda mais intensamente nos desgostos provocados pelas mudanças

que causaram adoecimento e morte. Os desgostos emergem como um efeito psicológico dessa violência, envolvendo uma dinâmica relacional, algumas vezes traumática, e que se perpetua coletivamente.

Além disso, há o agravante de tais violências, ao serem perpetradas pela ação estatal em territórios marginalizados, serem frequentemente legitimadas, considerando a tendência de certas injustiças e sofrimentos não receberem a mesma atenção ou indignação pública, dependendo de quem são os afetados. A falta de reconhecimento e resposta adequada a essas formas de violência estrutural reforça as desigualdades existentes e aprofunda os impactos negativos sobre as comunidades afetadas. Assim, a violência lenta e a comoção seletiva demonstram como ações estatais, legitimadas sob a égide do desenvolvimento urbano, podem perpetuar dinâmicas de exclusão e sofrimento que permanecem invisíveis ou ignoradas pela sociedade em geral. Esse entendimento é fundamental para uma análise crítica das políticas públicas e suas implicações na saúde e no bem-estar dos moradores em contextos de marginalização.

Intervenções de transformação urbana frequentemente geram efeitos paradoxais, como gentrificação e impactos intangíveis das remoções, incluindo perda de vínculos comunitários, desgosto, diminuição do espaço de moradia e restrições impostas pelos novos ambientes. A experiência das remoções evidencia a importância do contexto social na construção da saúde e do bem-estar. As percepções dos moradores sobre a realocação para os apartamentos do PVV são heterogêneas e influenciadas por múltiplos fatores individuais, sociais e de condições de vida. É evidente que a produção da saúde não pode ser dissociada das dinâmicas territoriais e das relações sociais vivenciadas. Repensar as avaliações de intervenções sob essa ótica ampliada de saúde é fundamental para promover uma abordagem integral e equitativa, considerando as múltiplas dimensões envolvidas no bem-estar dos moradores.

Por fim, para compreensão dos afeitos de vizinhança nos processos saúde-doença nas favelas, é fundamental compreender o território, marcado por iniquidades históricas, discriminação e violências específicas, onde convergem identidades estigmatizadas, mas também é necessário considerar as condições de ação, resistência e resiliência locais. Considerando que a vulnerabilidade em saúde se configura a partir de uma dinâmica de interdependências recíprocas que envolvem fatores multidimensionais - biológicos, existenciais e sociais - refletindo as desigualdades das estruturas de poder, as instituições, muitas vezes reproduzem hierarquias de poder e submissão que limitam a capacidade de ser e de ação das pessoas, restringindo suas possibilidades de agência e de afirmação no mundo (OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Essas relações de poder contribuem para situações de

estigma, exclusão e invisibilidade, gerando um ciclo de fragilização e vulnerabilidade. Assim, a vulnerabilidade social emerge como uma consequência da retirada dos suportes institucionais de segurança e do enfraquecimento dos direitos, configurando situações de insegurança e de incerteza quanto ao futuro (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Considerando que a saúde, conforme a percepção dos moradores, representa uma potência multidimensional para lidar com a vida, é fundamental analisar os aspectos que podem fragilizar ou fortalecer essa potência. As dimensões de vizinhança que influenciam a saúde são predominantemente relacionais e afetam o processo saúde-doença de maneira abrangente. A segurança existencial da identidade social - incluindo memória, autoestima, sentimento de pertencimento e vínculos sociais -, quando comprometida, desencadeia um processo de insegurança que gera angústias, adoecimentos e fragilização dos laços comunitários. Nesse contexto, torna-se evidente que a produção da saúde não pode ser dissociada das dinâmicas territoriais e das relações sociais vivenciadas pelos moradores. As intervenções no território devem ser avaliadas sob uma ótica de saúde ampliada, que reconheça e integre as múltiplas dimensões envolvidas no bem viver dos indivíduos. É crucial identificar possíveis aspectos fragilizadores, ou, na terminologia da abordagem da determinação social dos processos saúde-doença (BREILH, 2021), *processos destrutivos* decorrentes dessas intervenções, a fim de promover uma abordagem integral e equitativa. Além disso, é também importante a implementação de políticas e práticas que valorizem e fortaleçam os elementos culturais, sociais e territoriais que influenciam a saúde. A adoção de uma perspectiva ampliada permitirá promover avaliações e, em última instância, ações mais sensíveis às necessidades e ao bem-estar dos públicos aos quais se destinam.

10. REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- AHMAD, F. *et al.* Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, p. 398, dez. 2014.
- ARRETCHE, M. T. Tendências no estudo sobre avaliação de políticas públicas. **Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política**, v. 1, n. 1, p. 126–133, 2013.
- BAUZA, V. *et al.* Interventions to improve sanitation for preventing diarrhoea. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2023, n. 1, 25 jan. 2023.
- BELO HORIZONTE, A. P. DA C. **Histórias de bairros: Belo Horizonte: regional oeste**. [s.l.] Arquivo Público da Cidade de Belo Horizonte, 2011. 62 p. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/historia_bairros/OesteCompleto.pdf. Acesso em: 30 set 2024.
- BELO HORIZONTE, P. M. **Lei nº 3.532 de 6 de janeiro de 1983**. Autoriza o Executivo Municipal a criar o Programa Municipal de Regularização de Favelas - PROFAVELA e dá outras providências. 1983.
- BELO HORIZONTE, P. M. **Lei nº 7166, de 27 de agosto de 1996**. Estabelece normas e condições para parcelamento, ocupação e uso do solo urbano no Município. DOM Belo Horizonte, 27/08/1996. Revogada pela Lei 11181 de 08/08/2019.
- BELO HORIZONTE, P. M. **Lei nº 8137 de 21 de dezembro de 2000**. Altera as Leis nº 7.165/96, 7.166/96, ambas de 27 de Agosto De 1996 e Lei nº 7166/96, Revoga A Lei nº 1.301/66 e dá outras providências. 2000. Revogada pela Lei 11181 de 08/08/2019.
- BELO HORIZONTE, P. M. **Lei nº 11.181 de 08 de agosto de 2019**. Aprova o Plano Diretor do Município de Belo Horizonte e dá outras providências. 2019.
- BERNARD, P. *et al.* Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 9, p. 1839–1852, nov. 2007.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. Fractured lives in fractured cities: Towards a critical understanding of urban violence in the context of market-driven urban restructuring processes in Bogotá and Rio de Janeiro. **Social Science & Medicine**, v. 298, p. 114854, abr. 2022.
- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. D. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 841–854, set. 2015.
- BORDE, E.; TORRES-TOVAR, M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe2, p. 264–275, jun. 2017.
- BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 14.026 de 15 de julho de 2020**. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/2020/Lei/L14026.htm#:~:text=%E2%80%9CDisp%C3%B5e%20sobre%20a%20cria%C3%A7%C3%A3o%20da,para%20a%20regula%C3%A7%C3%A3o%20dos%20servi%C3%A7os
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa - PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. , [s.d.]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, v. 11, n. 4, p. 589–597, 8 ago. 2019.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? **Qualitative Research in Psychology**, v. 18, n. 3, p. 328–352, 3 jul. 2021.
- BREILH PAZ Y MIÑO, J. E.; KRIEGER, N.; BREILH AYORA, M. C. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana. 2023.

- BROWN, S. L. Consequences of play deprivation. **Scholarpedia**, v. 9, n. 5, p. 30449, 2014.
- BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. [s.l.: s.n.]. v. 5
- CAIAFFA, W. T. *et al.* The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 958–967, jun. 2005.
- CAIAFFA, W. T. *et al.* Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1785–1796, dez. 2008.
- CAIAFFA, W. T. *et al.* **Saúde Urbana, cidades e a interseção de sistemas: panorama, agendas, gaps e oportunidades rumo à equidade, sustentabilidade, resiliência e promoção em saúde**: Saúde Amanhã. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.
- CÂMARA, A. M. C. S. *et al.* Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1 suppl 1, p. 40–50, mar. 2012.
- CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 109–124, 2003.
- CARMO, R. F. *et al.* (Re)configuração do espaço urbano: percepções sobre o Programa Vila Viva em Belo Horizonte - MG. Em: **Vulnerabilidades e saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano**. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec Editora, 2018. p. 404–423.
- CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065–1076, abr. 2014.
- COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, set. 2021.
- COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. DE. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 13–36, jun. 1999.
- COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. DE. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 2, p. 315–333, ago. 2002.
- CONRAD, P.; BARKER, K. K. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 51, n. 1, p. S67–S79, 2010.
- CORBURN, J.; SVERDLIK, A. Slum Upgrading and Health Equity. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 4, p. 342, 24 mar. 2017.
- COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 4, p. 925–937, dez. 2010.
- COSTER, Joanne E. *et al.* Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. **Academic emergency medicine**, v. 24, n. 9, p. 1137–1149, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.13220>.
- COUTO, M. T. **Gênero, masculinidades e saúde**. 2016. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- COUTO, M. T.; DANTAS, S. M. V. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 857–868, dez. 2016.
- CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. [s.l.] Editora Fiocruz, 1997.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 701–709, out. 1999.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. DE S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da Saúde e da Doença**. 22. ed. Rio de Janeiro - RJ: Editora Fiocruz, 2013.

- CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 595–605, set. 2000.
- DA SILVA, N. A. Feminismo negro e produção do espaço: as ocupações urbanas em uma abordagem interseccional-espacial. 2018.
- DE OLIVEIRA, S. S. R. O movimento de favelas de Belo Horizonte e as representações do passado (1960-1980). **Temporalidades**, v. 1, n. 1, p. 84–104, 2009.
- DESALVO, K. B. *et al.* Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 3, p. 267–275, mar. 2006.
- DETOMI, Í.; COLOSSO, P. Contribuições da perspectiva interseccional aos movimentos sociais urbanos. 2023.
- DIAS, M. A. D. S. *et al.* Homicídios em Belo Horizonte, MG: um retrato das iniquidades nas cidades. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 267–282, set. 2019.
- DIEZ ROUX, A. V. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 11, p. 1783–1789, nov. 2001.
- DIEZ ROUX, A. V.; MAIR, C. Neighborhoods and health: Neighborhoods and health. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1186, n. 1, p. 125–145, fev. 2010.
- ENGEMANN, K. *et al.* Residential green space in childhood is associated with lower risk of psychiatric disorders from adolescence into adulthood. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 116, n. 11, p. 5188–5193, 12 mar. 2019.
- EVANS, G. W. The Built Environment and Mental Health. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 80, n. 4, p. 536–555, 1 dez. 2003.
- EZEH, A. *et al.* The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. **The Lancet**, v. 389, n. 10068, p. 547–558, fev. 2017.
- FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Raega-O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, 2009.
- FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 7–18, mar. 2009.
- FERREIRA, L. O. O viajante estático: José Francisco Xavier Sigaud e a circulação das ideias higienistas no Brasil oitocentista (1830-1844). **BASTOS, Cristiana; BARRETO, Renilda. A Circulação do Conhecimento Medicina, Redes e Impérios**, v. 2, p. 71–89, 2011.
- FILHO, N. DE A. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
- FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação Social da Saúde e Política. Em: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro - RJ: [s.n.]. v. 1p. 37–58.
- FONSECA, C. Quando cada caso NÃO é um caso. **Revista Brasileira de educação**, v. 10, n. 1, p. 58–78, 1999.
- FRICHE, A. A. D. L. *et al.* Urban upgrading and its impact on health: a “quasi-experimental” mixed-methods study protocol for the BH-Viva Project. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. suppl 1, p. 51–64, nov. 2015.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63–76, mar. 2017.
- GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade. **Tradução: Mathias Lambert**, v. 4, 2004.
- GOMES, K. DE O. *et al.* Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1473–1482, out. 2009.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam

- menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.
- GONÇALVES, L. C. S.; JARDIM, J. C. P. **Aglomerado Morro das Pedras**. , 2004. Disponível em: <<https://www.favelaeissoai.com.br/comunidades/aglomerado-morro-das-pedras/>>
- GONDIM, G. M. M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Em: **Território, Ambiente e Saúde**. [s.l: s.n.]. p. 237–255.
- GROPPO, L. A. **Introdução à sociologia da juventude**. [s.l.] Paco Editorial, 2021.
- HABITAT, U. **A practical guide for design, planning and executing citywide slum upgrading programmes**. [s.l: s.n.].
- HENNING, C. E. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 20, n. 2, p. 97–128, 2015.
- HENSON, R. M. *et al.* Evaluating the health effects of place-based slum upgrading physical environment interventions: A systematic review (2012–2018). **Social Science & Medicine**, v. 261, p. 113102, set. 2020.
- HUCHZERMEYER, M. Slum Upgrading in Nairobi within the Housing and Basic Services Market: A Housing Rights Concern. **Journal of Asian and African Studies**, v. 43, n. 1, p. 19–39, fev. 2008.
- IBGE. Notas metodológicas n.01 - Sobre a mudança de aglomerados subnormais para favelas e comunidades urbanas. **Favelas e Comunidades Urbanas**. Rio de Janeiro. IBGE, 2024. 79 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102062>. Acesso em: 6 set. 2024. 2024a.
- IBGE. Favelas e Comunidades Urbanas - Dados sobre população e condições de moradia. **Panorama Censo 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acessado em 12 nov 2024. 2024b.
- IDLER, E. L.; HUDSON, S. V.; LEVENTHAL, H. The Meanings of Self-Ratings of Health: A Qualitative and Quantitative Approach. **Research on Aging**, v. 21, n. 3, p. 458–476, maio 1999.
- IRIART, C. *et al.* Medicina Social latinoamericana: aportes y defios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 12, n. 2, p. 128–136, 2002.
- JAMOULLE, M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, 2015.
- JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 3, p. 307–316, ago. 2009.
- KIM, J. *et al.* Five urban health research traditions: A meta-narrative review. **Social Science & Medicine**, v. 336, p. 116265, nov. 2023.
- KLEINMAN, A. **The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition**. New York: Basic Books, 1988.
- KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 59, n. 5, p. 350–355, 1 maio 2005.
- KRIEGER, N. Discrimination and Health Inequities. **International Journal of Health Services**, v. 44, n. 4, p. 643–710, out. 2014.
- LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1019–1029, abr. 2014.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983.
- LEFEBVRE, H. A produção do espaço. 2006.

- LESSING, B. Conceptualizing Criminal Governance. **Perspectives on Politics**, v. 19, n. 3, p. 854–873, set. 2021.
- LESSING, B. Governança Criminal na América Latina em Perspectiva Comparada: Apresentação à edição especial. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 15, n. Especial 4, p. 1–10, 2022.
- LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263–1274, abr. 2014.
- LILFORD, R. J. *et al.* Improving the health and welfare of people who live in slums. **The Lancet**, v. 389, n. 10068, p. 559–570, fev. 2017.
- LITVA, A.; EYLES, J. Health or healthy: Why people are not sick in a Southern Ontarian town. **Social Science & Medicine**, v. 39, n. 8, p. 1083–1091, out. 1994.
- MAIR, C.; DIEZ ROUX, A. V.; GALEA, S. Are Neighborhood Characteristics Associated with Depressive Symptoms? A Critical Review. **Journal of Epidemiology & Community Health**, p. jech.2007.066605, 5 set. 2008.
- MAIR, C.; DIEZ ROUX, A. V.; MORENOFF, J. D. Neighborhood stressors and social support as predictors of depressive symptoms in the Chicago Community Adult Health Study. **Health & Place**, v. 16, n. 5, p. 811–819, set. 2010.
- MASSA, K. H. C.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200050, 2020.
- MASSEY, D. Um sentido global do lugar. **O espaço da diferença. Campinas: Papirus**, p. 176–185, 2000.
- MCCARTNEY, G. *et al.* Defining health and health inequalities. **Public Health**, v. 172, p. 22–30, jul. 2019.
- MELO, I. D. DE O. O espaço da política e as políticas do espaço: tensões entre o programa de urbanização de favelas “Vila Viva” e as práticas cotidianas no Aglomerado da Serra em Belo Horizonte. **Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação do Departamento de Geografia**, 2009.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MOLINA JARAMILLO, A. N. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 5 fev. 2018.
- MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. **Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ**, p. 1-20, 2008.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p. 54–57, mar. 2016.
- MOTTA, A.; BRANDÃO, R. C. **Favelas - uma condição urbana de caráter nacional**. Disponível em: <https://ibase.br/favelas-uma-condicao-urbana-de-carater-nacional/#_ftn4>.
- MOTTA, E. Resistência aos números: a favela como realidade (in)quantificável. **Mana**, v. 25, n. 1, p. 72–94, abr. 2019.
- MOTTA, L. *et al.* Fora do crime no mundo do crime : Experiências juvenis em meio à guerra em periferias de Maceió e Belo Horizonte. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 15, n. Especial 4, p. 387–414, 2022.
- MOTTA, L. D. Sofrimento, responsabilização e desejo: uma análise dos processos decorrentes das mudanças de moradia no âmbito do Programa Vila Viva Belo Horizonte. 2013.
- NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. , 2019. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/11>>
- NUNES, E. D.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F. D. A experiência com a doença:

- da entrevista à narrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1341–1356, dez. 2010.
- ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1090–1096, dez. 2008.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2847–2857, out. 2013.
- ORLANDO-ROMERO, L. *et al.* “Mi vida va a ser mucho mejor de lo que ha sido”: estudio cualitativo sobre el vínculo entre regeneración de viviendas sociales, calidad de vida y salud. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. e00149822, 2023.
- OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237–250, 27 mar. 2015.
- PAIN, R. Chronic urban trauma: The slow violence of housing dispossession. **Urban Studies**, v. 56, n. 2, p. 385–400, fev. 2019.
- PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. 2013.
- PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Índice de Vulnerabilidade da Saúde - 2012**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. p. 1 - 24. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf. Acesso em: jun. 2024
- PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS-BH)**. 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>. Acesso em: jun. 2024
- QUEIROZ FILHO, A. P. D. As definições de assentamentos precários e favelas e suas implicações nos dados populacionais: abordagem da análise de conteúdo. **urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 7, n. 3, p. 340–353, 18 set. 2015.
- RIGON, A. Diversity, justice and slum upgrading: An intersectional approach to urban development. **Habitat International**, v. 130, p. 102691, dez. 2022.
- ROLNIK, Raquel; KLINK, Jeroen. Crescimento econômico e desenvolvimento urbano: por que nossas cidades continuam tão precárias?. **Novos estudos CEBRAP**, p. 89-109, 2011.
- ROMAGON, J.; JABOT, F. The challenge of assessing social cohesion in health impact assessment. **Health Promotion International**, v. 36, n. 3, p. 753–764, 2021.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006. v. 1
- SCHIEFER, D.; VAN DER NOLL, J. The Essentials of Social Cohesion: A Literature Review. **Social Indicators Research**, v. 132, n. 2, p. 579-603, jun. 2017.
- SCHNITTKER, J.; BACAK, V. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, p. e84933, 22 jan. 2014.
- SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 63–74, fev. 1995.
- SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 349–363, set. 1993.
- SILVA, B. F. A. D.; BEATO FILHO, C. C. Ecologia social do medo: avaliando a associação entre contexto de bairro e medo de crime. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 30, p. S155–S170, 2013.
- SILVEIRA, D. C. A Implantação do Programa Vila Viva em áreas de Belo Horizonte: uma análise documental. 2015.
- SILVEIRA, D. C.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. D. O planejamento de quatro áreas do

- Programa Vila Viva na cidade de Belo Horizonte, Brasil: uma análise documental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1165–1174, mar. 2019.
- SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arq. Bras. Psicol.**, 2. v. 71, p. 51–67, 2019.
- SOUZA, V. R. D. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 5 mar. 2021.
- TEIXEIRA, J. C. *et al.* Estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009. **Engenharia Sanitaria e Ambiental**, v. 19, n. 1, p. 87–96, mar. 2014.
- TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 116, 4 dez. 2017.
- TURAN, J. M. *et al.* Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. **BMC Medicine**, v. 17, n. 1, p. 7, dez. 2019.
- TURLEY, R. *et al.* Slum upgrading strategies involving physical environment and infrastructure interventions and their effects on health and socio-economic outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 31 jan. 2013.
- UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 497–504, dez. 1994.
- UNGER, A.; RILEY, L. W. Slum Health: From Understanding to Action. **PLoS Medicine**, v. 4, n. 10, p. e295, 23 out. 2007.
- UN-HABITAT. **The challenge of slums : global report on human settlements**. [s.l.: s.n.]. Disponível em:
<<https://unhabitat.org/the-challenge-of-slums-global-report-on-human-settlements-2003>>.
- UN-HABITAT. **UNITED NATIONS HUMAN SETTLEMENT PROGRAMME (UN-HABITAT) ANNUAL REPORT 2022**. [s.l.: s.n.].
- UNITED NATIONS, D. OF E. AND S. A., Population Division. **World urbanization prospects: 2018 : highlights**. New York: United Nations, 2019.
- VALLADARES, L. DO P. **A invenção da favela: do mito de origem a favela. com**. [s.l.] Editora FGV, 2005.
- VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Tematicas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 30 dez. 2014.
- VIVEROS VIGOYA, M. interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. **Debate Feminista**, v. 52, 19 out. 2016.
- WOLF, J. *et al.* Effectiveness of interventions to improve drinking water, sanitation, and handwashing with soap on risk of diarrhoeal disease in children in low-income and middle-income settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 400, n. 10345, p. 48–59, jul. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution**. , 1948. Disponível em:
<<https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=The%20Constitution%20was%20adopted%20by,are%20incorporated%20into%20this%20text>>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO housing and health guidelines**. Geneva: World Health Organization, 2018.
- YEBOAH, V.; ASIBEY, M. O.; ABDULAI, A.-S. J. Slum upgrading approaches from a social diversity perspective in the global south: Lessons from the Brazil, Kenya and Thailand cases. **Cities**, v. 113, p. 103164, jun. 2021.
- YOUNG, T. K. **Population health: concepts and methods**. 2nd ed ed. New York, N.Y: Oxford University Press, 2005.
- ZAMBONI, M. Marcadores sociais da diferença. **Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades)**, São Paulo, v. 1, p. 14–18, 2014.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238–246, dez. 2015.

11. ARTIGO CIENTÍFICO FORMATADO PARA SUBMISSÃO À REVISTA CIENTÍFICA

O artigo abaixo está formatado para submissão à revista Saúde e Sociedade da Universidade de São Paulo.

TÍTULO

Vivências E Narrativas Do Processo Saúde-Doença Em Um Contexto De Transformações Urbanas: Um Estudo No Morro Das Pedras, Belo Horizonte

RESUMO

As intervenções de transformação urbana buscam melhorar as condições de vida e promover ambientes mais equânimes e saudáveis, mas podem acarretar consequências não intencionais prejudiciais. Este estudo investigou as percepções dos moradores da favela Morro das Pedras, em Belo Horizonte, sobre o processo saúde-doença no contexto das intervenções urbanas promovidas pelo Programa Vila Viva. Foram identificadas concepções de saúde e doença, dimensões de vizinhança relacionadas ao processo saúde-doença e diferenciações nas percepções, visando contribuir para estudos sobre os efeitos das intervenções urbanas na saúde e no bem-estar. Utilizando a Análise Temática Reflexiva, foram analisadas 37 entrevistas semiestruturadas realizadas em 2018. As concepções de saúde dos moradores transcenderam a presença ou ausência de doenças, incluindo aspectos psicoemocionais e a funcionalidade - como a capacidade de realizar atividades cotidianas e cumprir papéis sociais, a despeito da presença de doenças. As dimensões de vizinhança que afetam mais intensamente o processo saúde-doença identificadas foram saneamento básico, acesso e mobilidade, condições habitacionais, relações de vizinhança e múltiplas formas de violência (estruturais e simbólicas). O estudo evidenciou a importância de considerar a

multidimensionalidade do processo saúde-doença e os efeitos paradoxais das intervenções urbanas em estudos e avaliações de seus impactos na saúde.

Palavras-chave: intervenções de transformação urbana; percepção de saúde; narrativa; determinação social da saúde.

ABSTRACT

Urban transformation interventions seek to improve living conditions and promote more equitable and healthy environments but can lead to unintended harmful consequences. This study investigated the perceptions of residents of the Morro das Pedras favela in Belo Horizonte regarding the health-disease process in the context of urban interventions promoted by the Vila Viva Program. Conceptions of health and disease, neighborhood dimensions related to the health-disease process, and differences in perceptions were identified, aiming to contribute to studies on the effects of urban interventions on health and well-being. Using Reflexive Thematic Analysis, 37 semi-structured interviews conducted in 2018 were analyzed. Residents' conceptions of health transcended the mere presence or absence of diseases, including psycho-emotional aspects and functionality - such as the ability to perform daily activities and fulfill social roles despite the presence of illnesses. The neighborhood dimensions that most intensely affect the health-disease process identified were basic sanitation, access and mobility, housing conditions, neighborhood relations, and multiple forms of violence (structural and symbolic). The study highlighted the importance of considering the multidimensionality of the health-disease process and the paradoxical effects of urban interventions in studies and evaluations of their impacts on health.

Keywords: urban transformation interventions; health perception; narrative; social determinants of health.

INTRODUÇÃO

As intervenções de transformação urbana são amplamente promovidas como estratégias financeiramente viáveis e socialmente adequadas para melhorar as condições de vida em favelas (HABITAT, 2014). Essas intervenções, que englobam ações de infraestrutura, sociais,

ambientais, jurídicas e econômicas, são heterogêneas, variando de escopo e de acordo com o contexto regional (HENSON *et al.*, 2020). Objeto de políticas públicas em diversos países, torna-se premente a avaliação de seus efeitos, inclusive na saúde, onde há poucas evidências.

Apesar do objetivo de aprimorar as condições de vida e promover ambientes mais equitativos e saudáveis, tais intervenções podem gerar consequências prejudiciais não intencionais. Muitas vezes, elas podem priorizar a valorização do território e a integração ao mercado em detrimento das necessidades dos moradores. Isso pode resultar em processos de "embelezamento" superficial e deslocamento populacional, aprofundando desigualdades socioespaciais e prejudicando o bem-estar dos moradores (RIGON, 2022; YEBOAH; ASIBEY; ABDULAI, 2021). Além disso, intervenções baseadas em perspectivas externas tendem a ignorar a diversidade de identidades, necessidades e experiências dos moradores, o que leva a efeitos distintos entre grupos (RIGON, 2022; YEBOAH; ASIBEY; ABDULAI, 2021). É essencial analisar essas diferenças, pois os benefícios e potenciais prejuízos podem ser distribuídos de maneira desigual, influenciando a eficácia e a justiça das intervenções, assim como seus efeitos sobre a saúde (RIGON, 2022).

A maioria dos estudos que avaliam os efeitos das intervenções de transformação urbana na saúde, avaliam o impacto dessas ações principalmente sobre doenças infecciosas. Em menor escala, mas com ênfase crescente, esses estudos também têm abordado os efeitos sobre doenças não infecciosas, além de analisar os estilos e modos de vida da população afetada, capital social, saúde mental e percepções de segurança e violência (CAIAFFA *et al.*, 2008; HENSON *et al.*, 2020; TURLEY *et al.*, 2013).

A análise dos efeitos das intervenções urbanas nas favelas na saúde e no bem-estar dos moradores é mediada pela compreensão da saúde e da doença de forma geral. Abordagens qualitativas são cruciais para compreender as percepções dos moradores sobre saúde e doença, que são moldadas por contextos socioculturais específicos e podem não ser captadas por indicadores tradicionais de morbimortalidade. Além disso, os moradores podem reconhecer dimensões de saúde e bem-estar diversas daquelas abordadas nos estudos. A aproximação dos sentidos atribuídos ao processo saúde-doença, é importante para melhor compreensão do funcionamento das intervenções e das experiências individuais e coletivas implicadas nelas (CORBURN; SVERDLIK, 2017; COSTA; GUALDA, 2010; TURLEY *et al.*, 2013).

Este estudo tem como objetivo compreender as percepções dos processos saúde-doença entre moradores de um território impactado por intervenções urbanas, bem como identificar seus determinantes, para subsidiar análises posteriores dos efeitos dessas intervenções na saúde. Ao explorar essas percepções, o estudo oferece uma visão ampla e contextualizada das dimensões importantes para a compreensão dos efeitos de vizinhança em áreas com intervenções urbanas.

A análise das narrativas dos moradores proporciona uma compreensão mais aprofundada dos impactos dessas intervenções em diferentes grupos sociais, podendo complementar estudos quantitativos sobre o impacto do programa Vila Viva (PVV) em Belo Horizonte, gerando insights para a análise dos efeitos de vizinhança na saúde no âmbito da saúde urbana. Ademais, pode oferecer subsídios para o desenvolvimento de políticas mais centradas nas necessidades e preferências dos grupos afetados, contribuindo para identificar barreiras e facilitadores socioculturais que influenciam a eficácia das intervenções.

MÉTODOS

Este estudo está vinculado ao projeto "BH-Viva: A Saúde dos moradores em Zonas e Áreas Especiais de Interesse Social (ZEIS)", uma pesquisa multimétodo com componentes quantitativos e qualitativos, desenvolvida pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (OSUBH) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral do projeto é produzir evidências sobre os impactos das intervenções de transformação urbana na saúde e no bem-estar dos moradores das ZEIS, no contexto do PVV, executado pela Prefeitura de Belo Horizonte.

Contexto e Participantes

No componente qualitativo do projeto BH-Viva, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 120 moradores de quatro vilas e favelas de Belo Horizonte: Cabana Pai Tomás, Morro das Pedras, Pedreira Prado Lopes e Serra. Para este estudo específico, foram selecionadas as 37 entrevistas do Aglomerado Morro das Pedras, escolhido devido ao conhecimento prévio da autora do território. Os participantes foram selecionados por meio da técnica de bola de neve. Os critérios de inclusão foram: residir no Aglomerado Morro das Pedras até 2006 (início do PVV), ter idade igual ou superior a 18 anos, concordar em participar da pesquisa e enquadrar-se em uma das seguintes situações de morador: removido e reassentado em apartamento; removido e reassentado em casa adquirida com indenização

recebida pelo Programa; não removido, que nunca se mudou de casa devido às obras do Programa.

Procedimentos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista.

Coleta de Dados

As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas em 2018 por entrevistadores treinados. O roteiro das entrevistas incluiu questões sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade e renda média) e perguntas norteadoras.

Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada utilizando o referencial da Análise Temática Reflexiva (ATR) para desenvolver padrões de experiência que constituíram os temas, a partir da narrativa dos moradores (BRAUN; CLARKE, 2019). Primeiramente, foi realizada a leitura das 37 entrevistas do Morro das Pedras para identificar padrões iniciais. Para a codificação, foi realizada a identificação e organização dos dados em códigos significativos, tanto de forma indutiva, quanto dedutiva. A codificação visou identificar aspectos sobre a percepção do processo saúde-doença e bem-estar dos moradores, utilizando o software Dedoose. A partir do agrupamento em códigos foi feita uma planilha com todas as citações, a partir da qual desenvolveram-se os temas. O desenvolvimento dos temas foi feito a partir do agrupamento dos códigos em temas abrangentes que representassem padrões de significado nos dados. Fez-se a avaliação da coerência interna dos temas e sua distinção em relação aos demais, verificando a suficiência dos dados para sustentá-los e a presença de padrões comuns, atribuindo nomenclaturas que refletissem o conteúdo dos dados. A escrita constituiu o processo de análise, a partir da reflexão e interpretação dos dados, relacionando-os com o referencial teórico da Saúde Urbana e da Saúde Coletiva, considerando os efeitos de vizinhança e a determinação social nos processos saúde-doença. A análise buscou captar dimensões de bem-estar e mal-estar não apenas refletidas em indicadores de morbimortalidade, oferecendo uma visão mais ampla e contextualizada das percepções dos moradores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil e trajetória dos entrevistados

Dos 37 entrevistados, 17 são homens e 20 mulheres, sendo 16 não removidos e 21 removidos devido às intervenções do PVV. A maioria possui escolaridade de Ensino Fundamental Incompleto (n=10), seguida por Ensino Médio Incompleto (n=9) e Ensino Médio Completo (n=9). Quanto à renda familiar, predomina a faixa entre um e dois salários mínimos, sendo seis salários mínimos a maior renda e menos de um salário mínimo a menor. Sobre a distribuição etária dos entrevistados, a maior parte concentra-se entre 25 e 59 anos (n=23). Sobre a ocupação, à época da entrevista, cinco estavam aposentados, quatro desempregados e quatro mulheres dedicavam-se exclusivamente ao trabalho doméstico.

Para preservar a identidade dos participantes, utilizou-se nomes fictícios relacionados aos bicos do aglomerado. As trajetórias dos moradores revelam que 13 nasceram no Morro das Pedras, nove vieram de outras cidades do interior de Minas Gerais ou de outros estados, sete mudaram-se após se casarem com residentes locais e cinco vieram de outros bairros periféricos. A análise das narrativas indica ainda que a maioria dos entrevistados compartilham um histórico de busca por melhores condições de vida e enfrentamento de situações de marginalização.

Estrutura Temática

Partindo dos temas e subtemas desenvolvidos, primeiramente serão caracterizadas algumas concepções de saúde dos moradores entrevistados. Posteriormente, serão exploradas as principais dimensões implicadas na percepção do processo saúde-doença e bem-estar.

Quadro 1 - Estrutura Temática

Título do Tema	Resumo	Subtemas
Ter saúde: para além de ter ou não doenças.	Concepções de saúde e doença dos moradores	<ul style="list-style-type: none"> ● Dimensão biológica - ter ou não doenças ● Dimensão das funcionalidades - poder caminhar, trabalhar, lidar com a vida ● Dimensão psicoemocional - Aspectos psicológicos e emocionais: sofrimentos que adoecem ● Produtores de saúde: Uso dos serviços de saúde e condições de acesso

		<ul style="list-style-type: none"> ● A relação entre hábitos e condições de Saúde
Vizinhanças: Da infraestrutura às relações sociais	Multidimensionalidade dos aspectos de vizinhança que influenciam a saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Saneamento Básico - saúde e conforto ● Acesso, mobilidade e estética: relações dentro e fora do morro ● Favela encaixotada: enquadramento dos modos de vida ● Vizinhanças boas e ruins - a relação entre vizinhos ● Violências: "já foi pior" <ul style="list-style-type: none"> ○ Tráfico e policiamento - silenciamentos ○ Discriminação e estigma: "aqui todo mundo é trabalhador" ○ Dignidade e desgosto nas remoções: "se eu mudar daqui eu até adoço"

Elaboração própria.

Ter Saúde: Para além de ter ou não doenças

Ao longo das entrevistas os participantes descreveram como experienciaram o processo saúde-doença. Apesar da presença ou ausência de doenças e sintomas serem os aspectos mais mencionados, a maioria das concepções não se restringem a elas. A saúde é compreendida e experienciada a partir dos subtemas: dimensão biológica - ter ou não doenças; dimensão das funcionalidades - poder caminhar, trabalhar, lidar com a vida; dimensão psicoemocional - aspectos psicológicos e emocionais: sofrimentos que adoecem; produtores de saúde: uso dos serviços de saúde e condições de acesso; A relação entre hábitos e condições de Saúde.

Dimensão biológica - ter ou não doenças

Ao falarem sobre a própria saúde, os entrevistados frequentemente mencionam a presença ou ausência de doenças diagnosticadas e sintomas físicos, enfatizando assim a dimensão biológica da saúde. Essa tendência reflete o paradigma biomédico, no qual a saúde é definida negativamente como a ausência de doença, focado exclusivamente nas alterações funcionais do corpo. Essa perspectiva baseia-se em parâmetros estatísticos de normalidade e considera a saúde como o oposto da doença - esta entendida como uma anormalidade biológica respaldada por critérios estatísticos. Embora seja criticada por seu reducionismo ao deter-se

apenas aos aspectos fisiológicos e biológicos, essa visão permanece amplamente disseminada no senso comum (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Ter saúde, ou uma boa saúde, significa "não ter nada" como ilustra a fala de Santos quando questionado sobre a própria saúde: "Boa! Ótima, 65 anos, não sinto nada... minha saúde é ótima!" (Santos, 65 anos, não removido)".

Eu tenho diabetes, tenho pressão alta, tem meu problema que hoje eu sou deficiente pela doença que eu tenho, eu tinha desgastes nos ossos [...] tendinite, hoje eu sofro por isso. Tomo remédio, tomo remédio controlado, tomo é muita coisa.

Entrevistador: E como é o cuidado com a saúde?

Entrevistado: Eu cuido, cuido. Cuido, tomo remédio direitinho, tomo remédio duas vezes por dia, aliás, três vezes por dia.

(Dantas, 55 anos, removido)

A abordagem biomédica, amplamente dominante nas práticas de saúde, privilegia formas de cuidado clínicas e medicamentosas centradas na doença. Essas intervenções focam na identificação e tratamento individualizado dos sintomas, muitas vezes desconsiderando aspectos sociais e contextuais da saúde. Cuidar da saúde passa a significar tomar medicamentos ou realizar exames, enquanto o profissional de saúde, especialmente o médico, assume a centralidade do cuidado e detém a autoridade para definir e interpretar a condição de saúde do indivíduo. Isso torna o paciente um receptor de prescrições, estabelecendo uma interação assimétrica, o que pode ser constatado nas narrativas de Dantas, por exemplo.

Dimensão das funcionalidades - poder caminhar, trabalhar, lidar com a vida

A limitação funcional destaca-se como um aspecto central nas percepções de saúde dos moradores. Mesmo quando não mencionada explicitamente, a funcionalidade interfere na autoavaliação de saúde. Todos os entrevistados que avaliaram negativamente sua saúde relataram problemas funcionais limitantes, como falta de ar, dificuldade para enxergar, fraqueza ou dificuldade para caminhar. Essas limitações impactam diretamente a percepção de bem-estar, pois a funcionalidade está intrinsecamente ligada à capacidade de realizar atividades cotidianas e cumprir papéis sociais com autonomia. Trabalhar ou frequentar a igreja, por exemplo, são atividades que denotam não apenas a manutenção da autonomia física, mas também meios para a preservação da identidade social e da integração comunitária. Dessa forma, a avaliação da funcionalidade é associada à percepção global de saúde, já que ela influencia a qualidade de vida e a capacidade dos indivíduos de se engajarem nas atividades que conferem sentido à sua existência.

A gente que tem problema de falta de ar, qualquer lugar pra gente é ruim, principalmente aqui que é muito abafado demais, cê tá vendo aí né, então não tem como [...] tem dia que eu levanto com raiva, mas é de mim mesmo de ficar o dia inteiro parado, acostumado a trabalhar desde criança, agora ficar parado, não aguenta nem andar direito, pra mim começa uma tragédia já, a falta de saúde. (Amaral, 64 anos, removido)

Apesar da presença ou ausência de doenças ser um fator considerado, não há uma relação direta entre a presença de doenças e a avaliação negativa da saúde. Alguns entrevistados mantêm uma avaliação positiva mesmo diante de condições crônicas, desde que consigam realizar atividades importantes:

Ah, minha saúde é boa, assim, a médica, eu tomo remédio pra glicose, mas a minha glicose não é muito alta não, eu não evito muito doce não, eu como doce de vez em quando, [...] e também um problema no joelho, que eu tive um problema sério nós dois joelho, eu fiz ressonância, fiz raio x, fiz ultrassom, fiz fisioterapia, agora hoje em dia não, hoje em dia depois que eu vou, eu vou na igreja, né?! eu na igreja toda terça, quase todo domingo, na sexta, aí melhorou bem [...]. (Margarida, 60 anos, removida)

Isso alinha-se com a perspectiva de Canguilhem, que define a saúde como a capacidade de adaptação diante de crises orgânicas, estabelecendo uma "nova ordem fisiológica" (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Ser saudável envolve então a habilidade de adaptar-se às condições adversas e restaurar o equilíbrio funcional.

A limitação funcional pode representar barreiras ao exercício de papéis sociais significativos, dependendo do contexto sociocultural e econômico, daí a importância do significado que a experiência das limitações podem representar no cotidiano. O impedimento do trabalho no caso de homens, seja por desemprego, aposentadoria ou motivo de doença, pode ter consequências singulares no processo saúde-doença. Os homens são demandados socialmente a não falharem e a se realizarem no trabalho, por exemplo (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015). Em última instância, a insatisfação com a limitação funcional, que muitas vezes impacta ou impede o exercício laboral, diz respeito às barreiras sociais que esta pode significar.

A perda da capacidade laborativa também tem consequências sobre as condições materiais de sobrevivência sobre a renda. Este efeito poderá ser ainda agravado em situações como as de Amaral, que possui uma trajetória de prováveis dificuldades materiais, "acostumado a trabalhar desde criança". Além disso, a insatisfação com o ambiente domiciliar, descrito como "muito abafado", agrava a insatisfação com a limitação que o impede de trabalhar e sair

de casa. É fundamental situar os efeitos da limitação funcional no contexto socioeconômico e habitacional, considerando como essas condições interagem e influenciam a qualidade de vida.

A idade foi percebida como um parâmetro da condição de saúde, com entrevistados mais jovens e idosos relativizando suas autoavaliações em relação às expectativas associadas à sua faixa etária. Indivíduos mais jovens tendem a ter expectativas mais altas sobre sua saúde, enquanto os idosos frequentemente comparam sua condição atual com a de seus pares, ou com estereótipos negativos do envelhecimento (JYLHÄ, 2009). Entretanto, a funcionalidade sobrepôs-se à idade na influência das avaliações de saúde.

Dimensão psicoemocional - Aspectos psicológicos e emocionais: sofrimentos que adoecem

Aspectos psicológicos e emocionais foram percebidos como cruciais na percepção de saúde dos moradores, frequentemente reconhecidos como desencadeadores de doenças, sintomas e mal-estar. Essa dimensão é utilizada como critério de bem-estar e saúde. Alguns moradores, atribuem seus quadros de adoecimento a experiências de sofrimento, como separação conjugal e perda de um ente próximo. Essas vivências evidenciam a percepção de que fatores psicossociais - como perdas e mudanças abruptas - desempenham papel significativo na determinação do adoecimento, podendo até levar a desfechos mais graves (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

[...] minha saúde ficou ruim mesmo depois que eu, eu acho que depois que eu separei da muié (risos). Eu sofri demais, eu tinha depressão, e cê tem depressão e não teve como, assim, correr atrás de médico, essas coisa, aí eu fui e deixei pra lá, fui seguir minha vida, igual cê vê, cê separa de uma pessoa cê vai seguir sua vida pra lá, não vai nem se importar com ela mais, eu acho que foi isso que me ajudou bastante, meu menino, minha família, eu acho que foi isso.
(Araújo, 48 anos, removido)

[...] tive 3 meses de surto direto, aí depois parou, aí depois parava e voltava, aí variava, intestino muito preso, muita diarreia, febre, não sei o que. [...] Eu comecei a ter ansiedade depois que meu pai morreu e a gente saiu da casa, foi bem assim, né.
(Martins, 19 anos, removido)

Embora as dimensões biológica e psicológica sejam frequentemente mencionadas separadamente, as narrativas demonstram a interdependência entre elas. Relatos de pessoas que adoeceram ou faleceram em virtude de sofrimentos emocionais intensos ilustram como o sofrimento psíquico pode desencadear processos que afetam a saúde de maneira multidimensional.

A saúde mental é reconhecida como parte integrante do processo saúde-doença em diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade entre os entrevistados. No entanto, há distinções na forma de expressão: os mais jovens e com maior escolaridade, referem-se à saúde mental de maneira direta e com formulações conceituais explícitas. Em contraste, os mais velhos e com menor escolaridade mencionam-na indiretamente, principalmente por meio de sintomas ou mal-estares. Isso indica um recorte geracional e educacional, onde as expressões de saúde mental variam conforme os aspectos socioculturais compartilhados entre os indivíduos de uma mesma faixa etária (GROPPO, 2021).

Produtores de saúde: uso dos serviços de saúde e condições de acesso

As concepções individuais de saúde influenciam diretamente as expectativas em relação aos cuidados, bem como o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Além do contexto sociocultural, a qualidade dos serviços oferecidos molda o comportamento dos usuários na procura por atendimento. Os moradores mencionaram os serviços de saúde convencionais, como locais para tratamento de doenças e recuperação da saúde. A consulta médica e a realização de exames são vistas como elementos importantes na produção de saúde. Mesmo não tendo sido abordado no questionário, alguns moradores referiram-se ao uso de medicinas integrativas e não convencionais como estratégias de recuperação da saúde, indicando a necessidade de aprofundar a compreensão sobre outras formas e locais de cuidado, incluindo a influência da religiosidade presente nas narrativas.

A utilização dos serviços de saúde convencionais está majoritariamente relacionada a situações de adoecimento agudo. Moradores com doenças crônicas relataram acompanhar suas condições de saúde de forma contínua, representando uma forma de prevenção terciária voltada para evitar a piora do quadro clínico. Ações individuais, como dietas e atividades físicas, também foram mencionadas como formas de cuidar dessas condições, especialmente entre as faixas etárias mais avançadas. A imunização foi citada como um dos poucos exemplos de prevenção primária. A necessidade de ações preventivas relacionadas à educação em saúde foi observada por uma moradora, destacando a importância de orientações ativas dos serviços, pautadas no perfil epidemiológico do território: “[...] tem menina aqui que nunca foi no posto, só vai quando engravida, aí quando engravida descobre que é HIV positivo, e aí? Falta muita orientação, falta falar sobre hepatite porque é um lugar onde o consumo de droga é muito grande...” (Odete, 45 anos, não removida).

O acesso aos serviços de saúde é frequentemente condicionado pela disponibilidade de informações e recursos por parte dos moradores. A mobilização individual e o capital social tornam-se fundamentais para superar as barreiras de acesso. Dificuldades como ausência de profissionais, falta de medicamentos e necessidade de deslocamentos afetam a regularidade e a qualidade do atendimento, pressionando os moradores a buscarem alternativas ou a desistirem de buscar os serviços de saúde, podendo exacerbar disparidades de saúde.

Olha minha saúde, ela tá legal hoje por que eu vou atrás. Mas muita gente aqui padece pra caramba [...] o posto tem todos os equipamentos, mas não tem o dentista. Remédio pra quem toma remédio, por exemplo, eu tenho pressão alta aí eu tenho que comprar o remédio, eu compro por que eu trabalho, eu tenho condição de comprar, mas tem gente que não tem condição de comprar [...] se eu chegar no posto e não tiver ginecologista eu já vou lá na regional e já reclamo [...] existe uma gerência na regional da saúde, que você tem que ir e falar, mas só que nem todo mundo tem esse tipo de acesso, tem gente que nem vai na regional [...].
(Odete, 45 anos, não removida)

A confiança na efetividade dos serviços também influencia a utilização. A percepção de que o atendimento não resolverá os problemas de saúde pode levar à resistência em buscar ajuda. Esse comportamento também pode estar associado a aspectos socioculturais, como as construções de masculinidade que valorizam a força e a invulnerabilidade, levando os homens a negligenciar sua saúde e evitarem buscar cuidados para não admitir fraquezas (COUTO; DANTAS, 2016; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), o que pode ser exemplificado pela fala de Santos sobre a frequência aos serviços de saúde

Não, eu não tenho frequência. Inclusive o pessoal lá me fala: 'cê tem que vir mais no posto'. Mas se você está com saúde você vai procurar médico, você está procurando doença, ah... (Risos). Você não tem nada, aí chega lá o cara fala que você está doente e aquilo te cresce na cabeça, então eu prefiro não ir. Só vou quando precisa mesmo!
(Santos, 65 anos, não removido)

Essa resposta evidencia um padrão comum de resistência masculina, onde o ato de ir ao serviço de saúde é associado à busca de um problema inexistente. Esse comportamento reflete o receio de lidar com as consequências emocionais de um diagnóstico. O comentário sobre "só vou quando precisa mesmo" pode ser interpretado como a ideia de que os homens buscam ajuda apenas em casos de maior gravidade. Essa resistência à busca por serviços de saúde preventivos pode contribuir para um padrão de utilização tardia, em situações de emergência ou quando os sintomas estão avançados.

Considerando os padrões de gênero, enquanto 64% dos homens avaliaram positivamente sua própria saúde, esse percentual foi de 55% entre as mulheres. Já nas avaliações negativas, a

discrepância é maior: 17% dos homens consideraram sua saúde negativamente, em comparação com 35% das mulheres. O percentual de avaliações negativas das mulheres é o dobro em relação ao dos homens. Uma possível explicação é a maior tendência feminina a procurar os serviços de saúde (LEVORATO *et al.*, 2014) podendo aumentar sua conscientização sobre possíveis problemas de saúde, ou ainda a maior percepção de sobrecarga física e emocional, o que influencia negativamente essa autoavaliação. O aparente otimismo masculino pode estar relacionado aos estereótipos de gênero que moldam a forma como os homens percebem e expressam seu bem-estar, uma vez que códigos socioculturais os incentivam a adotarem uma postura de invulnerabilidade, levando-os a minimizar sintomas e a adotar uma visão mais positiva, ainda que não reflita a realidade. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015).

A relação entre hábitos e condições de saúde.

A compreensão das concepções de saúde e doença entre os moradores entrevistados demonstra que hábitos de vida (alimentação saudável, prática de atividade física, etc.) são reconhecidos como promotores de saúde. No entanto, a adoção desses hábitos não depende exclusivamente de escolhas individuais, mas está intrinsecamente ligada às condições de vida, como renda, acesso a serviços básicos, disponibilidade de equipamentos de lazer e tempo livre. O relato de Fernandes ilustra a dificuldade em adquirir alimentos nutritivos devido a limitações financeiras, o que compromete tanto o tratamento médico quanto a qualidade da dieta:

A gente vai pra igreja sente aquele fraquedor assim nas pernas assim sabe, aqui assim, aí cê já para e pensa, “poxa será que eu já tô com anemia?”. Começa a doer os ossos também, aí cê vai comer, cê não tem condições de comprar uma comida boa, cê não tem condições, cê tem condições de comprar alguma coisa pra você encher, mas não comida boa; uma coisa assim mais forte, tipo assim, verdura, preciso comer verdura, tipo uma carne assim, então, a condições da saúde não é boa não.
(Fernandes, 55 anos, não removido)

A prática de atividades físicas em espaços comunitários, como quadras e campos de futebol, é reconhecida como benéfica para a saúde e o bem-estar. Contudo, a continuidade dessas práticas é frequentemente limitada por demandas como trabalho e estudo. Esses relatos evidenciam que, embora os moradores reconheçam a importância de hábitos saudáveis, sua prática contínua é condicionada por fatores socioeconômicos que vão além das escolhas individuais. A determinação social da saúde propõe que condições de vida e trabalho,

ambiente físico, renda, educação e acesso a recursos fundamentais moldam a saúde das populações de forma mais significativa do que comportamentos individuais isolados.

O Processo Saúde-Doença na Vizinhança

A influência da vizinhança no processo saúde-doença é um tema central nos estudos de saúde urbana (CAIAFFA *et al.*, 2008; DIEZ ROUX, 2001). A vizinhança é abordada como território dinâmico e relacional, englobando aspectos físicos e sociais, materiais e simbólicos (MOLINA JARAMILLO, 2018). Esse território não se restringe às relações internas da comunidade, mas relaciona-se às dinâmicas de poder com outros atores sociais e econômicos (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2022). Nesse contexto, a vizinhança é o espaço onde ocorrem as interações cotidianas entre agentes sociais (comunidade e Estado), afetando diretamente a saúde e o bem-estar dos moradores. As percepções dos residentes sobre a relação entre vizinhança e saúde revelam uma compreensão multidimensional. Aspectos físicos, como infraestrutura, e sociais, como as relações entre vizinhos e outros atores, são reconhecidos como influenciadores significativos do processo saúde-doença.

Saneamento Básico: Saúde e Conforto

O saneamento básico - que inclui abastecimento de água, esgotamento sanitário, gestão de resíduos sólidos e drenagem urbana - é mencionado como um elemento protetor da saúde. Melhorias nesses serviços são vistas como preventivas de doenças, além de contribuem para o conforto e bem-estar, sendo uma via de duplo benefício para a saúde. A presença ou ausência de lixo é reconhecida como fator determinante para a salubridade do ambiente. No entanto, inconsistências na prestação desses serviços geram insatisfação, especialmente em áreas onde o acúmulo de resíduos atrai vetores de doenças. Além disso, a implementação de serviços como abastecimento de água e energia elétrica aumentou os custos para os moradores, impondo um peso financeiro que pode dificultar o acesso contínuo a recursos básicos, expondo os moradores a novas dificuldades.

Acesso, Mobilidade e Estética: Relações Dentro e Fora do Morro

A localização do Aglomerado Morro das Pedras é percebida como vantajosa devido ao fácil acesso a outras regiões da cidade, facilitando oportunidades de emprego e acesso a serviços. A abertura de vias internas é vista positivamente por ampliar o acesso a serviços públicos. Contudo, alguns moradores apontam efeitos adversos, como o aumento da circulação de

pessoas de fora para atividades ilícitas, intensificando a sensação de insegurança. Transformações estéticas na paisagem urbana geram opiniões divergentes; enquanto alguns valorizam a alteração, outros lamentam a perda de características que conferiam identidade ao local. A mobilidade interna permanece um desafio devido à insuficiência de transporte público e à declividade acentuada do terreno, dificultando o acesso a serviços essenciais e impactando a saúde dos residentes.

"Favela Encaixotada": Enquadramento dos Modos de Vida

As condições de moradia exercem influência significativa na saúde física e mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), uma vez que o espaço é condição da vida social, é por meio dele que as dinâmicas de produção e reprodução da vida social são viabilizadas, é portanto, o lugar das práticas simbólicas, para além do espaço material (LEFEBVRE, 2006; SANTOS, 2006). A realocação de moradores para apartamentos pelo Programa alterou não apenas as condições físicas de habitação, mas também as relações sociais e modos de vida. Muitos expressam insatisfação com o espaço reduzido, a falta de áreas abertas e a impossibilidade de adaptar o ambiente às necessidades familiares, como acomodar o crescimento da família, cultivar plantas ou criar animais. A flexibilidade de construção e ampliação dos espaços residenciais, anteriormente comuns para adequar o tamanho das famílias e viabilizar áreas de lazer ou trabalho, tornou-se inviável com a nova configuração dos condomínios. Essa mudança tem um impacto significativo nas formas cotidianas de vida dos moradores, considerando que o espaço residencial não é apenas um local de abrigo, mas também um ambiente que suporta uma variedade de atividades e interações sociais. Sentimentos de confinamento e restrições nas práticas cotidianas geram estresse e afetam o bem-estar. A ausência de espaços de lazer adequados para crianças e a dificuldade de convivência nos novos condomínios acentuam o isolamento social e contribuem para o sedentarismo, impactando negativamente a saúde dos moradores. A mudança para os apartamentos, além de alterar as condições de moradia individual, impõe novas dinâmicas de convivência, caracterizadas pela necessidade de adaptação às regras e normas dos condomínios e à convivência com um número maior de vizinhos, exigindo uma reconfiguração das práticas de sociabilidade.

Vizinhanças Boas e Ruins: Relações entre Vizinhos

As relações sociais e o senso de pertencimento são componentes cruciais da coesão social (SCHIEFER; VAN DER NOLL, 2017). Relações positivas com vizinhos, caracterizadas por apoio mútuo e tranquilidade, são valorizadas e associadas ao bem-estar. O senso de identidade, a confiança e a valorização da cultura também evidenciam o sentimento de pertencimento e as relações positivas na vizinhança. A identificação e o vínculo com a vizinhança são importantes aspectos da coesão social e relacionam-se diretamente com as boas relações na vizinhança.

A valorização do distanciamento e da privacidade em relação à vizinhança predominou nas narrativas de mulheres e de removidos. Nesse contexto, esta valorização está relacionada à busca por autonomia e à necessidade de se resguardar de relações sociais conflituosas ou intrusivas. Entre as mulheres que mencionam esse distanciamento, observou-se que todas desempenham atividades domésticas e de cuidado com familiares, ou estão aposentadas ou desempregadas, passando grande parte do tempo no ambiente domiciliar.

Conflitos relacionados ao barulho, limpeza e uso de espaços comuns são fontes de estresse, especialmente nos novos ambientes habitacionais, onde as regras de convivência diferem das práticas anteriores. Essas tensões intensificam o isolamento e afetam a saúde mental dos moradores.

Violências: "Já Foi Pior"

A violência, particularmente associada ao tráfico de drogas, é uma preocupação constante que afeta o processo saúde-doença. Embora alguns moradores percebam uma redução na violência em comparação com o passado, a presença do tráfico continua gerando medo e insegurança. O tráfico de drogas representa uma preocupação abrangente em termos de violência e, a apreensão relativa às suas consequências perpassa as narrativas de todos os perfis de entrevistados, independente de gênero, faixa etária, tempo de residência no Aglomerado. A preocupação com o impacto do tráfico sobre as gerações mais novas é ainda mais intensa, pois muitas vezes crianças e adolescentes são mais suscetíveis de serem aliciados ou atingidas por dinâmicas violentas, mesmo sem serem seu alvo. Tais preocupações causam alterações nas dinâmicas de comportamento e interação. Nas entrevistas também aparecem relatos de pessoas que perderam parentes próximos prematuramente por assassinato retaliativo, em decorrência do envolvimento com o tráfico, desencadeando processos adoecedores devido ao sofrimento intenso. Esse contexto influencia

as interações sociais, levando ao silêncio e ao isolamento como mecanismos de autoproteção, a partir de regras e restrições impostas pelas dinâmicas do crime, criando uma atmosfera tensa que impacta negativamente na saúde dos residentes.

Além disso, a violência policial é mencionada, especialmente por moradores mais jovens, refletindo desconfiança e experiências negativas que também contribuem para o mal-estar.

Discriminação e Estigma: "Aqui Todo Mundo é Trabalhador"

A discriminação é um fenômeno social e historicamente estruturado, ancorado em ideologias de superioridade e subalternidades inerentes, as quais visam manter assimetrias de poder entre estratos dominantes e subalternizados, abordada na saúde pública por seus efeitos no processo saúde doença (KRIEGER, 2014). Os moradores enfrentam discriminação e estigmatização associadas à favela, afetando o acesso a serviços, oportunidades de emprego e lazer. Estereótipos negativos perpetuados por meios de comunicação e discursos sociais reforçam sentimentos de inferioridade e exclusão. O conceito de estigma interseccional, o qual denota a convergência de várias identidades estigmatizadas em um determinado grupo, pode caracterizar as discriminações percebidas na favela (TURAN *et al.*, 2019). A interseccionalidade de múltiplos estigmas, como os associados à favela, intensifica as vulnerabilidades em saúde de indivíduos e comunidades. Ao interagirem, esses estigmas exercem um impacto sobre a saúde mental e física, gerando uma gama diversificada de vulnerabilidades.

Pro cê vê, hoje todos aí, não tem como você olhar pro lado e cê não ver uma antena de TV a cabo, coisa que era impossível antes, [...] não vinham, não instalavam, podia pagar, podia provar que a casa era sua, que se tinha condição de pagar, mas não vinha, tinha esse preconceito, hoje tá uma condição bem melhor, principalmente de questão visual também.
(Elias, 30 anos, removido)

A especificidade da estigmatização gerada sobre as pessoas que residem na favela são multifacetadas. Na narrativa acima, mesmo tendo meios de pagar e comprovando que a casa é própria, ou seja, apesar da renda e do atendimento dos critérios para a instalação, o serviço era negado por se tratar de um local subalternizado.

Dignidade e Desgosto nas Realocações: "Se Eu Mudar Daqui Eu Até Adoeço"

A percepção dos moradores em relação às remoções para os apartamentos do PVV, tanto de removidos como de não removidos, denota uma complexidade que transcende a dicotomia

entre satisfação e insatisfação. As narrativas demonstram a existência de uma variedade de experiências e sentimentos, em função das diferentes dimensões do processo de remoção e com diferentes efeitos sobre o processo saúde-doença. Enquanto alguns reconhecem melhorias nas condições de habitação e segurança, outros vivenciam perdas significativas, como a ruptura de vínculos sociais, a perda de referências simbólicas e mudanças nos modos de vida. Relatos de adoecimento e até morte por desgosto após as remoções ilustram o impacto profundo dessas mudanças na saúde mental e emocional dos indivíduos. A percepção de que a mudança de moradia pode desencadear processos de adoecimento é recorrente entre os moradores, que associam a ruptura dos vínculos sociais com vizinhos e a perda de referências simbólicas (muitas vezes a própria casa construída) a um risco para a saúde. Tais narrativas evidenciam a relevância da preservação dos vínculos sociais e dos modos de vida na dinâmica do processo saúde-doença. Esse sentimento é expresso de forma clara em falas como: "se eu mudar daqui, eu adoço", além de ser corroborado por casos observados de adoecimento entre vizinhos que passaram pela mesma situação.

Ao analisar retrospectivamente a trajetória dos moradores, muitos dos quais viviam em uma situação de marginalização anterior, devido a condições de vida precárias no interior do estado, em outros bairros, ou mesmo no Aglomerado, onde não tinham acesso a serviços básicos ou viviam sob constante risco ambiental, o sofrimento causado pelas remoções tende a ser relativizado. Expressões como "não posso reclamar" ou "antigamente era pior", são recorrentes nas narrativas, reconhecendo as melhorias por um lado, mas também demonstrando que existem insatisfações subjacentes. Observa-se que, embora as condições tenham mudado, o sofrimento persiste, assumindo novas formas e matizes no contexto da nova realidade habitacional.

Quando se é excluído do acesso a direitos e a condições mínimas de vida (como aconteceu ao longo da vida dos moradores de favelas), sofre-se pelo risco e pela ameaça da morte biológica (por não ter o que comer, pelo fato de a água ser contaminada, pelo risco da casa desmoronar com a chuva). Quando se é incluído (como se afirma que acontece a partir de década de 1990, processo que culminou com o Vila Viva), continua-se a sofrer porque se perde a casa, a relação com os vizinhos, o modo de vida, mas também porque é preciso se adaptar a uma forma "correta" de morar no apartamento (MOTTA, 2013, p.100).

Trata-se aqui de reconhecer que a saúde e o bem-estar são complexos, multifacetados e estão intrinsecamente vinculados a dimensões sociais, econômicas, culturais e territoriais. Dessa forma, não há uma garantia unidirecional de saúde, pois os processos que levam à construção de uma vida saudável são influenciados por condições que moldam as possibilidades de

experiências individuais e coletivas. A narrativa de Martins expressa a sensação ambivalente causada pelas remoções que, apesar de serem um meio de proporcionar melhores condições de vida, podem configurar-se como experiências de violência e perdas.

Muitas pessoas que morreram porque perderam seu lar [...] Deu um lar digno? Deu, mas a que preço né? A que preço essa dignidade chegou a gente? [...] Que eu acho que acima de tudo é dar dignidade às pessoas, mas não adianta, dar a dignidade ao mesmo tempo tirar, né.

(Martins, 19 anos, removido)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções de saúde entre os moradores do Aglomerado Morro das Pedras são amplas e multifacetadas, ultrapassando a mera ausência de doenças e incorporando dimensões psicoemocionais, funcionais e sociais. As narrativas evidenciaram que a saúde é compreendida como a capacidade de realizar atividades cotidianas e cumprir papéis sociais, mesmo na presença de enfermidades. Essa perspectiva reflete a importância das interações entre dinâmicas sociais, experiências pessoais e condições ambientais no processo saúde-doença, indicando que a saúde é uma construção social influenciada pelo contexto em que os indivíduos vivem. As intervenções urbanas, como o PVV, tiveram impactos complexos e paradoxais na vida dos moradores. Embora melhorias como saneamento básico e segurança habitacional tenham sido reconhecidas positivamente, houve insatisfações significativas relacionadas à perda de vínculos comunitários, restrições impostas pelos novos espaços habitacionais e aumento dos custos de serviços básicos. Ademais, as múltiplas formas de violência e discriminação presentes no território continuam a afetar profundamente o bem-estar e a saúde mental dos residentes, ressaltando a necessidade de abordagens mais sensíveis e integradas.

Conclui-se que é fundamental que políticas públicas e intervenções urbanas considerem a saúde em sua dimensão ampliada, reconhecendo as múltiplas influências das condições sociais, culturais e territoriais no bem-estar dos indivíduos. A promoção da saúde nas favelas requer não apenas melhorias infraestruturais, mas também o fortalecimento dos laços comunitários, a valorização da identidade local e a mitigação das desigualdades sociais. Somente por meio de ações que integrem essas dimensões será possível desenvolver intervenções mais equitativas e eficazes, alinhadas às necessidades e expectativas das comunidades afetadas

REFERÊNCIAS

- BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. Fractured lives in fractured cities: Towards a critical understanding of urban violence in the context of market-driven urban restructuring processes in Bogotá and Rio de Janeiro. **Social Science & Medicine**, v. 298, p. 114854, abr. 2022.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Reflecting on reflexive thematic analysis. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, v. 11, n. 4, p. 589–597, 8 ago. 2019.
- CAIAFFA, W. T. *et al.* Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1785–1796, dez. 2008.
- COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. DE. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 13–36, 1999.
- CORBURN, J.; SVERDLIK, A. Slum Upgrading and Health Equity. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 4, p. 342, 24, 2017.
- COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 4, p. 925–937, 2010.
- COUTO, M. T.; DANTAS, S. M. V. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 857–868, dez. 2016.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. DE S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da Saúde e da Doença**. 22. Rio de Janeiro - RJ: Editora Fiocruz, 2013.
- DIEZ ROUX, A. V. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 11, p. 1783–1789, 2001.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.
- GROPPO, L. A. **Introdução à sociologia da juventude**. [s.l.] Paco Editorial, 2021.
- HABITAT, U. **A practical guide for design, planning and executing citywide slum upgrading programmes**. [s.l: s.n.].
- HENSON, R. M. *et al.* Evaluating the health effects of place-based slum upgrading physical environment interventions: A systematic review (2012–2018). **Social Science & Medicine**, v. 261, p. 113102, 2020.
- JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 3, p. 307–316, 2009.
- KRIEGER, N. Discrimination and Health Inequities. **International Journal of Health Services**, v. 44, n. 4, p. 643–710, 2014.
- LEFEBVRE, H. A produção do espaço. 2006.
- LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263–1274, abr. 2014.
- MOLINA JARAMILLO, A. N. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 5 fev. 2018.
- MOTTA, L. D. Sofrimento, responsabilização e desejo: uma análise dos processos decorrentes das mudanças de moradia no âmbito do Programa Vila Viva Belo Horizonte. 2013.
- RIGON, A. Diversity, justice and slum upgrading: An intersectional approach to urban development. **Habitat International**, v. 130, p. 102691, dez. 2022.
- SCHIEFER, D.; VAN DER NOLL, J. The Essentials of Social Cohesion: A Literature Review. **Social Indicators Research**, v. 132, n. 2, p. 579–603, jun. 2017.
- TURAN, J. M. *et al.* Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional

stigma and health. **BMC Medicine**, v. 17, n. 1, p. 7, dez. 2019.

TURLEY, R. *et al.* Slum upgrading strategies involving physical environment and infrastructure interventions and their effects on health and socio-economic outcomes.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 31 jan. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO housing and health guidelines**. Geneva: World Health Organization, 2018.

YEBOAH, V.; ASIBEY, M. O.; ABDULAI, A.-S. J. Slum upgrading approaches from a social diversity perspective in the global south: Lessons from the Brazil, Kenya and Thailand cases. **Cities**, v. 113, p. 103164, 2021.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal : Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238–246, dez. 2015.

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

PROJETO DE PESQUISA: “Avaliação do impacto das obras do Programa Vila Viva na Saúde e Qualidade de Vida dos moradores” – Projeto BH VIVA.

Etapa metodológica: estudo qualitativo

Local: Morro das Pedras

Técnica de coleta de informações: entrevistas semiestruturadas

1. PROCEDIMENTO PARA SELEÇÃO DO DOMICÍLIO

Devido às especificidades do território relacionadas, sobretudo com a violência e o tráfico de drogas, a primeira entrevista será agendada com uma líder comunitária indicada por um funcionário da Urbel que atua no território. A partir dessa entrevista será utilizada a técnica de “bola de neve” (Noy, 2008) para acessar moradores que foram removidos e reassentados, pelo fato de suas residências estarem localizadas em área de risco ou em área demarcada para realização de obra; moradores que não foram removidos e reassentados.

Dentre os moradores que foram removidos e reassentados estão aqueles que permaneceram na localidade e outros que saíram da localidade. Serão incluídos no estudo apenas aquelas que permaneceram na localidade.

2. ABORDAGEM DE MORADORES PARTICIPANTES NO DOMICÍLIO

2.1. Identificar-se para o morador e apresentar a pesquisa

2.2. Seleção de morador participante

Definição de morador: é a pessoa que tem a unidade domiciliar particular ou coletiva como local de residência habitual, na data da entrevista.

Quando mais de um morador de uma mesma moradia quiser participar da pesquisa e todos atenderem aos critérios de elegibilidade, deixar que os indivíduos decidam entre si sobre quem concederá a entrevista.

2.3. Critérios de elegibilidade

- O/a morador/a deve ter idade igual ou superior a 18 anos.
- O/a morador/a não deve ter outro local de residência habitual
- O/a morador/a não deve ter se ausentado do local habitual de moradia por período superior a 12 meses.

2.4. Aceite de participação

1. Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o participante.
 2. Assinatura do Termo de Consentimento e entrega de cópia do Termo ao participante.
- Na medida do possível, procurar realizar a entrevista em ambiente calmo e sem ruídos.
 - Preparar os gravadores e explicar para o morador o porquê do uso de dois equipamentos.

3. ENTREVISTA

3.1. Objetivos da entrevista

- a) suscitar uma conversa sobre a experiência do/a entrevistado/a com o seu lugar de moradia- Morro das Pedras
- b) suscitar uma conversa sobre a experiência do entrevistado com as intervenções do PAC Vila Viva
- c) apreender as representações sociais dos/as entrevistados/as sobre o seu lugar de moradia – o Morro das Pedras e sua relação com a saúde.
- d) apreender as representações sociais dos entrevistados sobre as intervenções do PAC Vila Viva

3.2. Roteiro da entrevista

Durante a entrevista vamos tentar capturar as construções históricas, sociais e físicas que o território abriga e que repercute na vida e saúde das pessoas que ali residem.

A construção de uma linha do tempo que retrate a história de vida construída nesse território pode contribuir nesse sentido.

Perguntas:

1-Como você veio morar aqui?

2-Há quanto tempo você mora nesse lugar?

-Neste domicílio?

-E nesta vizinhança?

3-Este lugar, ele sempre foi assim?

4-O que mudou nele?

5-Essa mudança foi boa?

6-Você pode me falar coisas boas aqui do Morro das Pedras? E coisas ruins?

7- Você poderia falar sobre o Programa Vila Viva ou PAC Vila Viva?

O objetivo aqui é compreender o entendimento do entrevistado sobre o programa e o seu grau de envolvimento, ou seja, se o entrevistado participou de alguma etapa do programa (planejamento (PGE); fiscalização das obras, avaliação pós obra).

8- Você foi removido de seu domicílio devido às obras do Programa?

Se sim, como foi essa experiência?

Se não, conhece a experiência de alguém?

9-Você tem vizinhos antigos?

10-Como é sua relação com seus vizinhos?

11-E as amizades e relações que você tem, são mais com os vizinhos próximos ou você mantém relações com o restante dos moradores da Vila? Como é?

Mudou alguma coisa com o Vila Viva?

12-Você pode falar um pouco sobre sua saúde?

Aqui pode fazer um link com a questão sobre a disponibilidade de equipamentos públicos de saúde como postos de saúde.

13-Você acha que o lugar que você mora tem influência sobre sua saúde? Como?

14-Aqui onde você mora tem áreas para lazer e prática de esportes?

15-Aqui onde você mora tem Unidades Básicas de Saúde? Você é atendido/a pelo Programa Saúde da Família?

16-Você se sente seguro no seu local de moradia?

17-Você tem vontade de mudar daqui? Por quê?

18-Que mudanças você gostaria que ocorressem neste lugar e com seus moradores?

19-Você participa ou conhece algum tipo de associação? Como funciona?

20- Como você avalia a repercussão das obras do Programa Vila Viva na vida dos moradores?

O objetivo aqui é perceber a visão positiva ou negativa do/a entrevistado/a sobre o Programa.

21-Me conta um pouco sobre sua rotina antes e depois do Programa Vila Viva.

Nessa pergunta o objetivo é contemplar aspectos como acesso a equipamentos públicos de saúde, educação, esporte e lazer.

Algumas questões podem ajudar, como?

-Você trabalha por aqui? Tem oportunidade de emprego aqui no Morro das Pedras?

-Onde você faz suas compras de supermercado, roupas etc.?

Você tem facilidade de encontrar as coisas aqui ou precisa sair do Morro das Pedras?

Como é a circulação de pessoas e veículos aqui?

Tem linhas de ônibus?

Você recebe suas correspondências em casa pelo correio?

Seus filhos ou você estuda aqui no Morro das Pedras?

Oferta de emprego, renda das pessoas e valor dos imóveis.

Aparência física/paisagem (ruas, calçadas, presença de árvores).

Circulação/mobilidade/acessibilidade de pessoas e veículos.

Saneamento (água, esgoto, lixo).

22- Você concorda com a forma como as obras do Programa Vila Viva foram realizadas aqui no Morro das Pedras?

ANEXO B - FICHA DE DADOS DE ENTREVISTADOS

Data: / / 2018

Nome:

Data: / / 2018

Nome:

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade:

Escolaridade:

Renda familiar (salários mínimos):

Número de moradores do domicílio:

Tempo de moradia na localidade:

Tempo de moradia no domicílio:

Localização do domicílio no Morro das Pedras (região):

Domicílio próximo à obra? Qual?

ANEXO C - FICHA CONTROLE DE PARTICIPANTES SEGUNDO TÉCNICA BOLA DE NEVE

Morador de apartamento	Morador de casa: removido () nunca removido ()	Morador de casa: removido () nunca removido ()
<p>Nome:</p> <p>Endereço:</p>	<p>Nome:</p> <p>Endereço e ponto de referência:</p> <p>Telefone:</p> <p>Visita 1:</p> <p>Visita 2:</p> <p>Visita 3:</p>	<p>Nome:</p> <p>Endereço e ponto de referência:</p> <p>Telefone:</p> <p>Visita 1:</p> <p>Visita 2:</p> <p>Visita 3:</p>
<p>Nome:</p> <p>Endereço:</p>	<p>Nome:</p> <p>Endereço e ponto de referência:</p> <p>Telefone:</p> <p>Visita 1:</p> <p>Visita 2:</p> <p>Visita 3:</p>	<p>Nome:</p> <p>Endereço e ponto de referência:</p> <p>Telefone:</p> <p>Visita 1:</p> <p>Visita 2:</p> <p>Visita 3:</p>
<p>Nome:</p> <p>Endereço:</p>	<p>Nome:</p> <p>Endereço e ponto de referência:</p> <p>Telefone:</p> <p>Visita 1:</p> <p>Visita 2:</p> <p>Visita 3:</p>	<p>Nome:</p> <p>Endereço e ponto de referência:</p> <p>Telefone:</p> <p>Visita 1:</p> <p>Visita 2:</p> <p>Visita 3:</p>

