



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
CAMPUS ARAPIRACA  
UNIDADE EDUCACIONAL PALMEIRA DOS ÍNDIOS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

**UM ESTUDO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA COMUNIDADE  
QUILOMBOLA PAU D'ARCO-AL**

PALMEIRA DOS ÍNDIOS- AL

2020

MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

**UM ESTUDO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA COMUNIDADE  
QUILOMBOLA PAU D'ARCO-AL**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC  
apresentado à Universidade Federal de  
Alagoas – UFAL, Campus de Arapiraca,  
Unidade Educacional Palmeira dos Índios,  
como pré-requisito para a obtenção do grau  
de Graduação em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Mayk Andreele do  
Nascimento

PALMEIRA DOS ÍNDIOS-AL

2020

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Unidade Palmeira dos Índios**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária Responsável: Kassandra Kallyna Nunes de Souza (CRB-4: 1844)

S237e Santos, Maria Aparecida da Silva  
Um estudo da saúde da população negra na comunidade quilombola Pau  
D'Arco – AL / Maria Aparecida da Silva Santos, 2020.  
94 f.

Orientador: Mayk Andreele do Nascimento.  
Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de  
Alagoas. Campus Arapiraca. Unidade Educacional de Palmeira dos Índios.  
Palmeira dos Índios, 2020.

Bibliografia: f. 74 – 78  
Apêndice: f. 79 – 84  
Anexo: f. 85 - 94

1. Serviço social. 2. Quilombos. 3. Negros – identidade racial. 4.  
Comunidade negra. 5. Saúde - negros. I. Nascimento, Mayk Andreele do. III.  
Título.

CDU: 364

MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

UM ESTUDO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA COMUNIDADE  
QUILOMBOLA PAU D'ARCO-AL

Alagoas – UFAL, Campus de Arapiraca 2020

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC  
apresentado a Universidade Federal de Alagoas –  
UFAL, Campus de Arapiraca, Unidade  
Educativa Palmeira dos Índios, como pré-  
requisito para a  
obtenção do grau de Graduação em Serviço Social.

Data de Aprovação: 13 / 02 / 2020.

Banca Examinadora

*Mayk Andreele do Nascimento*

Prof. Dr. Mayk Andreele do Nascimento  
Universidade Federal de Alagoas – UFAL  
Campus Arapiraca  
(Orientador)

*Saulo L. Fernandes*

Prof. Dr. Saulo Luders Fernandes  
Universidade Federal de Alagoas – UFAL  
Campus Arapiraca  
(Examinador)

*Marli de Araújo Santos*

Prof. Dra. Marli de Araújo Santos  
Universidade Federal de Alagoas – UFAL  
Campus Arapiraca  
(Examinadora)

## AGRADECIMENTOS

Às forças divinas, que colocaram pessoas certas na minha vida, às quais, no meu cotidiano, foram de fundamental importância para não desistir e conseguir mais essa conquista!

À minha mãe, Claudinete da Silva Santos, que sempre acreditou nessa conquista, sendo inspiração para esse trabalho como mulher negra, guerreira, que enfrenta as dificuldades com muita perseverança e sua fé inabalável.

Ao meu pai, Agnelo José dos Santos, pela sua dedicação e cuidado com a nossa família, estando sempre disposto à ajudar, independentemente da situação, pelo exemplo do homem íntegro e guerreiro.

À minha irmã, Claudilene da Silva Santos, pelo cuidado em mim, as palavras de incentivo nos momentos oportunos.

Ao meu irmão, Claudivan da Silva Santos, que, sempre apoiando as minhas decisões por acreditar em mim, também demonstra segurança e leveza de como levar a vida, sua calma passa segurança e a certeza de dias melhores.

À minha irmã, Beatriz da Silva Santos, que, em forma de pessoa, é o meu porto seguro, mulher guerreira, linda, dentre outras qualidades, umas das inspirações deste trabalho, como mulher negra que enfrenta diariamente um racismo tão violento, mas não tão forte para fazê-la desistir dos seus sonhos.

À minha irmã, Alessandra da Silva Santos, que, por sua fé inabalável, tudo torna possível, mulher negra, linda, ousada, dentre outros aspectos; Alessandra, a forma que o racismo afetou simbolicamente a sua imagem como mulher negra de cabelo crespo tornou-se inspiração para esse trabalho e como você conseguiu trabalhar isso, e que hoje não tem receio de falar a belíssima mulher negra que é.

À amiga, Maria Juliana, que, nos momentos mais difíceis com sua alegria e fé trouxe o conforto de que nada dura para sempre, sejam coisas boas ou ruins, mas um aprendizado, por isso, é preciso viver intensamente a cada momento, também a sua dedicação no que faz um exemplo de profissional e pessoa.

Aos amigos de sala, Adriane, Adelson, Rute e Josefa, pela parceria nas horas difíceis e boas no período de quase cinco anos.

Ao amigo, ERI, que se privou do seu momento de lazer para ler detalhadamente este trabalho, pelas observações entre críticas construtivas e elogios, me passando confiança do que estava escrito.

Às assistentes sociais: Laura e Dênia Tainá, que, através das suas práticas profissionais me ensinaram a importância do Serviço Social, e como ele pode transformar uma realidade.

Aos professores do curso de Serviço Social da Unidade Educacional de Palmeira dos Índios pelo conhecimento passado durante esses quase cinco anos de graduação, que me possibilitou uma formação crítica, particularmente, Marli de Araújo Santos, pelas conversas breves nos corredores, mas muito importante.

À amiga, Daniela Silva Lopes, pela troca de conhecimento e parceria nos momentos finais da graduação.

Ao grupo, Pet Nesal, que durante dois anos de participação me possibilitou acesso de discussões relevante para este estudo e para vida. Bem como, um espaço que construí amizades valiosas:

À amiga, Liliane, pela hospedagem as terças-feiras após as reuniões do grupo, a parceira nas atividades e as longas conversas.

A parceria, Milena e Lauren, nas atividades do grupo. E, a amizade para além do espaço acadêmico.

Ao amigo, Edvaldo, pelo abraço mais aconchegante; Lidiane, Anne Karoline, Eloise, Mariusa, Roberto, Sarla, Gustavo e Tainá pelo cuidado e o respeito. E, os recém chegados ao grupo Antônio, Gabi, Monique e Aline por tornarem os poucos encontros, os quais, participei divertidos.

Ao tutor/professor, Saulo Luders Fernandes, pela troca de conhecimento em discussões de temas vivenciados pelos dois em realidades diferentes, o seu respeito as minhas limitações teóricas.

A todas/, entrevistadas/as, que foram fundamentais para este trabalho, pela compreensão e a dedicação em todo o processo.

Ao meu orientador, Mayk Andreele do Nascimento, pela paciência durante o processo de construção do estudo, o cuidado que teve ao lidar com as minhas dificuldades e limitações que foram compreendidas para não prejudicar o trabalho, em oferecer as bases essenciais para a elaboração do estudo entre: as orientações com conversas e reflexões, também a preocupação em providenciar materiais para o estudo.

Aos funcionários da Casa da Cultura de Arapiraca, Jonho e Maria, pela recepção excelente e o material teórico para construção de uma parte deste estudo.

Á todas, mulheres negras, que foram referenciadas ou não neste trabalho. O MEU OBRIGA!

Se a questão da mulher avança, o racismo vem e barra as negras. Se o racismo é burlado, geralmente quem se beneficia é o homem negro. Ser mulher negra é experimentar essa condição de asfixia social.

**Aparecida Sueli Carneiro**

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, intitulado tem como objeto de estudo compreender a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na comunidade quilombola Pau D'arco. O ato foi resultado da mobilização do movimento negro, que reivindicava ações mais efetivas voltadas para a saúde da população negra e estratégias de combate ao racismo institucional nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A comunidade foi reconhecida, em 2007, como uma comunidade de remanescentes de quilombolas, está localizada no agreste alagoano, têm em média 550 famílias, aproximadamente 3.000 habitantes e em seu território tem uma UBS de referência no município. Deste modo, o processo de entender a implementação da (PNSIPN) na comunidade traz para o estudo discussões em âmbito geral e específico presente na comunidade voltadas para as práticas em saúde. Assim, o estudo busca entender as formas de saúde presentes na comunidade por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco moradoras e cinco profissionais de diferentes funções. O estudo foi estruturado em quatro capítulos entre estudo bibliográfico e os resultados da pesquisa de campo. Uma parte dos resultados foram apresentados em formato “escrivência” ao narrar as histórias de quatro mulheres moradoras da comunidade, que têm nas suas vivências a vinculação com a história da comunidade, assim como as formas de viver o processo saúde/doença. Deste modo, a saúde é aquela que favoreça a equidade étnico-racial e regional do país, que se coloque como instrumento político na busca pela emancipação e valorização humana.

**Palavras-chave:** Prática de saúde. Comunidade quilombola. Saúde da população negra.

## ABSTRACT

The present work in conclusion in course in Service Social, entitled Has how object in study understand the implementation the at the which had your , was result gives mobilization of movement Black what claimed actions more affective turned for the cheers population Black and strategy in combal to racism institutional in the institution service system single in cheers. Thus, the community was chosen by following criterion was recognized in 2007, how a community quilombola the remanescente it's localized at the rough alagoano, has in avirage 550 family, approximately 3.000 inhabitant and in your territory a UBS of reference at the city. Thal way, the process of understand implementation give (PNSIPN) at Community brings for the discussion in scope universal specific gift at community turned for practive of cheers. Thus, the study thes study search understand though of process in implementation gives politics the form in caution in cheers present community, though in entrerview half structured with Five resident and Five many professionals in different functions. The study was structured in four chapters between study bibliographic and the result gives search of field a part from results were presented in formal in escrevivência to narrate the history four womefolk give Community what has your experience the linking wuthe history gives Community, so wath the form the to live the process cheers/disease. Thus the cheers what IF search for the population Black it's thal what favour the equity athnice racial and territory of country what IF put how instument politics at search the enfranchisement and at appraciation human.

**Keywords:** Practice in cheers. Community quilombola. Cheers the population black.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Praça da comunidade Quilombola Pau D'arco	85
Figura 2 - Avenida principal da comunidade Quilombola Pau D'arco	86
Figura 3 - Uma das ruas da comunidade Quilombola Pau D'arco	86
Figura 4 - Uma das ruas calçada da comunidade	87
Figura 5 - Unidade Básica de Saúde (UBS) Mância Jesuina dos Santos	87
Figura 6 - Associação de Desenvolvimento da Comunidade Remanescente de Quilombos da vila Pau D'arco	88
Figura 7 - Quintal da entrevistada Beatriz Nascimento	88
Figura 8 - Estabelecimento comercial localizado no centro de Arapiraca, AL	89
Figura 9 - Pião roxo	90
Figura 10 - Planta Sabugueiro	90
Figura 11 - Planta Cidreira	91
Figura 12 - Planta Alfavaca da folha pequena	91
Figura 13 - Planta Colônia	92

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
2	<b>BRASIL, UMA HISTÓRIA INCONVENIENTE: A COR DE UMA HISTÓRIA QUE ALGUNS PREFERIAM ESQUECER</b>	16
2.1	<u>Uma viagem sem volta: a realidade vivida por negros/as retirados/as forçadamente da África</u>	16
2.2	<u>Um sonho de liberdade que não chegou: Uma realidade vivida</u>	23
3	<b>A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE 1988</b>	27
3.1	<u>Políticas de saúde no Brasil: Um direito universal para quem?</u>	27
3.2	<u>A saúde da população negra como direito: Seus avanços e limites</u>	31
4	<b>PAU D'ARCO, UMA HISTÓRIA CONTADA POR ELAS</b>	36
4.1	<u>O Percurso do Estudo</u>	36
4.2	<u>Quem são elas: mulheres com experiências distintas e unidas pela cor</u>	41
4.3	<u>A história da comunidade quilombola Pau d'arco: Passado e Presente</u>	46
5	<b>A EXPERIÊNCIA DO ESTUDO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA COMUNIDADE QUILOMBOLA PAU D'ARCO - AL</b>	57
5.1	<u>O Acesso à Atenção Básica: Seus efeitos na comunidade quilombola Pau D'arco</u>	57
5.1.1	<i>Saúde Biomédica: Um modelo de saúde institucionalizada</i>	60
5.1.2	<i>Racismo Institucional</i>	62
5.2	<u>Saberes e práticas tradicionais de saúde</u>	63
5.3	<u>A Saúde da população negra como direito: Um direito que precisa ser (re) conhecido</u>	67
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	69
	<b>REFERÊNCIAS</b>	72
	<b>APÊNDICE A</b> - Biografias: Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Conceição Evaristo e Jurema Werneck	79
	<b>APÊNDICE B</b> - Roteiro de Entrevistas	82
	<b>ANEXO A</b> – Mapas	85
	<b>ANEXO B</b> – Fotos da autora	86

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social busca compreender a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na comunidade de remanescentes de quilombolas Pau D'arco. Assim, "UM ESTUDO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA COMUNIDADE QUILOMBOLA PAU D'ARCO-AL" apresenta a dinâmica vivenciada pelos moradores no processo saúde/doença, bem como as alternativas dos mesmos quando essa saúde institucionalizada não se efetiva por completo para a resolução dos seus problemas de saúde. O trabalho tem como norte as entrevistas com cinco moradoras da comunidade e cinco profissionais da saúde de diferentes funções atuantes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mância Jesuína dos Santos, localizada na comunidade. A comunidade Pau D'arco é uma referência no município de Arapiraca pela extensão de terras e a sua localização. Reconhecida pela Fundação Palmares desde 2007, a comunidade tem 550 famílias e aproximadamente 3.000 habitantes.

Deste modo, o interesse por esse estudo se deu da minha vivência como moradora da comunidade, onde muitas noites foram tiradas para velar os nossos, às quais as perguntas eram frequentes: "Mas ele não estava sendo medicado? Como isso aconteceu? Foi a diabetes? O agravamento da hipertensão arterial"? E a resposta de conforto parece um coral de todos que solidarizam com a situação " quando chega o dia, não adianta. As justificativas trazem certo conformismo por não encontrarem culpados diretos de casos de omissões sistêmicas de uma sociedade em que a "a carne negra é a mais barata do mercado"<sup>1</sup>. O estudo me permitiu voltar às lembranças mais dolorosas e reviver o medo que rodeia de perda, perda de pessoas amadas e queridas. Também, de refletir como a saúde quando omite a sua função pode matar, uma matança justificada: "era o dia"; foram as vidas perdidas, de mães, filhos, avós, amigos, maridos, pais, irmãos, dentre outros, que deixaram os seus órfãos.

No percurso acadêmico de quase cinco anos em uma unidade educacional interiorizada, resultado do processo de expansão das Universidades Federais no país. Instituição essa que enfrenta diariamente a precariedade dos serviços básicos. Porém, esse espaço não se limita somente à ausência, também se apresenta como um espaço potencializador de indivíduos na sua subjetividade de acreditar em mudanças. Assim, o

---

<sup>1</sup> A Carne. Intérprete: Elza Soares. Compositores: Marcelo Yuka; Seu Jorge; Ulisses Cappelleti. In: DO Cócix ao Pescoco. Maianga Discos Brasil, 2002, 1CD, Faixa 6. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=yktrUMoc1Xw>. Acesso em: 02 ago. 2019.

processo de interiorização das IES possibilitou o acesso de alunos que provavelmente não teriam condições de acessar e concluir o ensino superior, sendo uma conquista para muitas famílias que tiveram o seu primeiro integrante graduado.

A formação em Serviço Social é uma formação permanente, pois permite desconstruir e reconstruir questões impostas socialmente através de um olhar crítico para as formas como a sociedade é gerida sob as relações dominadas pelo capital. Assim, essa formação me fez despertar para as discussões presentes nesse estudo, e norteou teoricamente para abordar tais discussões de uma forma crítica, assim como a vontade de mudanças por uma sociedade emancipada, livre de qualquer forma de opressão, como defende o Projeto Ético-Político da categoria profissional.

Um dos espaços relevantes no meu percurso acadêmico e decisivo para a escolha do objeto deste estudo foi o meu ingresso ao Programa de Educação Tutorial Núcleo de Estudo do Semiárido Alagoano (PET-NESAL), o qual, através das discussões sobre racismo, saber popular, quilombo, saúde da população negra, dentre outros me possibilitou a compreensão deste estudo e, também, o cuidado com a discussão, por envolver dores históricas.

Assim, o percurso do estudo foi iniciado com um levantamento bibliográfico, documental nos quais foram analisados, através de livros, teses, artigos, cartilhas, dissertações, dados de temáticas que envolvem a saúde da população negra e políticas públicas de saúde, o que possibilitou o embasamento teórico do conteúdo discutido. Em seguida, foi o momento de iniciar a pesquisa de campo através de uma aproximação informal com os profissionais e alguns moradores, buscando apreender, através desses sujeitos, a relação da comunidade com a Unidade Básica de Saúde (UBS). Por residir na comunidade e ser usuária dos serviços de saúde, o contato não foi difícil com os moradores, o que é compreensivo pelas relações comunitárias construídas de respeito e cuidado com o outro, muito particular das comunidades quilombolas.

No entanto, devido à burocratização dos serviços e a própria cultura da instituição, ocorreram algumas dificuldades com os profissionais, pois, para iniciar o trabalho, que precisou ser submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas, foi preciso a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, à qual, através de uma declaração, autorizava que uma parte do estudo fosse realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS). Consequentemente, o trabalho de campo atrasou, mas, mesmo compreendendo que não seria algo fácil o trabalho foi realizado.

O trabalho foi dividido em quatro capítulos: o primeiro, “Brasil, uma história inconveniente: a cor de uma história que alguns preferiam esquecer” apresenta de forma breve o curso da história brasileira a partir do século XVI, com a chegada dos primeiros africanos no território. Mas, antes, se fez necessário compreender o processo que iniciava com a captura de pessoas no continente africano, o sofrimento nos navios negreiros e a viagem por dias até chegar em terras brasileiras. Este capítulo também apresenta as formas de resistência encontradas pelos escravizados: os suicídios, as fugas com formações dos mocambos/quilombos, dentre outros. Além disso, trata sobre o que representou para os escravos a abolição, pois, para compreender as necessidades de reivindicação de direitos básicos para a população negra<sup>2</sup>, faz-se necessário entender o histórico de negação de direitos dessa população, e o quanto esse corpo negro foi desprovido de qualquer forma de cuidado.

Já o segundo capítulo, “A política de saúde no Brasil como direito universal a partir da constituição de 1988” se detém sobre o processo que resultou na aprovação da Constituição Federal de 1988 e a discussão voltada para a política de saúde no país, destacando o cenário político, econômico e social que passava, com o fim do regime ditatorial e início de democratização no país. Ainda neste capítulo, foi discutido o processo de aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com a participação do movimento negro que, com muita reivindicação, conseguiu a aprovação da política pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2006; e, em 2009, foi sancionada pelo presidente da república.

O terceiro capítulo, “Pau D’arco, uma história CONTADA POR ELAS”, apresenta a parte da experiência de campo, percurso do estudo e as entrevistas com moradoras e profissionais que nortearam o desenvolvimento do trabalho. Outro ponto discutido no capítulo é o processo de formação da comunidade com a chegada dos primeiros moradores, oriundos de outras comunidades e/ou povoados circunvizinhos; o desenvolvimento da comunidade tornando-se referência no município e os desafios enfrentados pelos moradores na atualidade para o acesso aos direitos básicos como saúde.

O quarto capítulo, “A experiência do estudo da saúde da população negra na comunidade quilombola Pau D’arco -AL” mostra a experiência de campo que propõe a reflexão das alternativas de saúde presentes na comunidade na Unidade Básica de Saúde

---

<sup>2</sup> A utilização do termo “população negra e negro” neste trabalho se dar pela compreensão da autora como mais uma forma de violência,” a servir como denominação geral para aludir aquela massa que se constituía apagando as diversidades existentes entre africanos” (SILVA, 2014, p.8)

(UBS), através do conhecimento popular e das práticas de cuidado passadas de geração a geração nas ações das moradoras. Também apresenta as conquistas dos moradores em ter uma (UBS) no seu território, e os desafios de acesso à Atenção Básica na comunidade, bem como as formas como o racismo institucional se apresenta no cotidiano dos moradores, deslegitimando seus conhecimentos e o próprio reconhecimento de práticas de racismo.

Portanto, o estudo propõe uma reflexão da efetivação da política que, mesmo aprovada com seus artigos, objetivos, diretrizes destinadas para mudar as formas de acesso de um segmento populacional, se distancia da população para quem foi pensada no momento de execução. Um exemplo é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que traz no seu corpo de textos mudanças significativas para a saúde da população negra, porém, deixa lacunas que precisam ser revistas para que se efetive na prática. Assim, esse estudo espera contribuir para outras discussões e um olhar maior de cuidado para a saúde da população negra.

## **2 BRASIL, UMA HISTÓRIA INCONVENIENTE: A COR DE UMA HISTÓRIA QUE ALGUNS PREFERIAM ESQUECER**

Para a compreensão da discussão desse estudo em que trato da saúde da população negra em uma comunidade quilombola, se faz necessário entender a chegada do negro no Brasil, assim como o processo de adaptação forçada ao qual o negro foi submetido. Deste modo, neste capítulo, discutirei o processo de imigração de africanos para o continente sul americano, especificamente a realidade brasileira, seguindo uma linha do tempo: no primeiro tópico, tratarei o contexto da escravidão negra, já no segundo, de forma breve, versarei da realidade vivida nos momentos finais da escravidão e após a abolição no qual os negros ficaram desprovidos de quaisquer ações governamentais e de outras entidades que possibilitassem a sua inserção no mercado de trabalho.

Dessa forma, o presente capítulo não tem o objetivo de apresentar um estudo aprofundado da escravidão no Brasil, mas apontar através de recortes da história alguns aspectos da escravidão que facilitem a compreensão dos vestígios do período escravista presentes na atualidade para a população negra.

### 2.1 Uma viagem sem volta: a realidade vivida por negros/as retirados/as forçadamente da África

Brasil, um país que preserva na sua população misturas, misturas essas influenciadas por povos de distintas culturas presentes no fenótipo, na dança, na música, na linguagem, nas expressões culturais, regionais, no comportamento etc. Essa combinação guarda um lugar particular para o negro no Brasil, tanto pela sua formação como pela constante negação da sua participação na construção da nação, sendo refletidas na situação vivida pela maioria de negros/as na atualidade.

O negro foi introduzido no Brasil na condição de estrangeiro, o estrangeiro que não foi convidado, tampouco pode decidir se gostaria de vir para o “novo mundo” na condição de escravo. O negro foi “julgado o ser sem história e família” (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.79) uma mercadoria de fundamental importância no momento oportuno do desenvolvimento da sociedade. Eles conheceram as piores formas de violência, desde a captura na África, passando pelo sofrimento dos navios tumbeiros que os trouxeram ao Brasil, sendo “pasto da bestialidade humana que a escravidão gerou” (CHIAVENATTO, 1986, p.10).

No período escravista, se construiu um imaginário no qual o negro era visto como “forte”, essa foi uma das justificativas para explicar o porquê ser a sua única utilidade o trabalho “braçal”, lhe foi negado quase tudo menos o trabalho árduo e a responsabilidade pelo desenvolvimento da sociedade. Como afirma Silva (1987), sem a manutenção do sistema escravista no período colonial não teria ocorrido o desenvolvimento da sociedade brasileira.

Segundo Schwarcz; Starling (2015), a partir do século XVI, período em que provavelmente começou a chegar os primeiros escravizados na costa brasileira e, mesmo após o fim do tráfico legal em 1850, o tráfico de pessoas permaneceu ilegalmente ainda alguns anos no Brasil, devido a essa forma de trabalho ser a base econômica do país. De acordo com D’Amorin (1996), para o Brasil não vieram escravos, mas populações inteiras que foram escravizadas com o intuito de atender um mercado cada vez mais exigente. O autor também aponta que a escravidão era uma realidade vivida no continente africano, denominada “escravidão tradicional<sup>3</sup>”. Pois, as atividades manuais eram vistas pelos nobres detentores do poder como degradantes para a dignidade humana, sendo reservadas aos escravos.

Dessa forma, quando o europeu chegou à África requisitando a mercadoria, no primeiro momento essa demanda foi atendida com os escravos já existentes, mas, com a chegada dos povos da península ibérica<sup>4</sup> no comércio, a procura por escravos foi desmedida ao número já existente, assim; “[...] nesse momento, começou a desorganização da estrutura social africana. Equilíbrio entre as tribos, reinos e império foi quebrado, leis e normas que regiam a escravidão tradicional não foram mais respeitadas” (D’AMORIN, 1996, p.19).

Mediante a análise de Schwarcz; Starling (2015), a relação dos portugueses com os africanos antecede a chegada dos portugueses ao Brasil, meio século antes, portugueses tinham relações comerciais com os africanos, principalmente voltadas para o ouro, enquanto a busca por escravos, pimenta e marfim eram de interesses secundários.

Nesse período, Portugal não tinha como interesse principal a obtenção de escravos para a lavoura, pois, os escravos levados para a Europa em sua maioria eram para a realização dos serviços domésticos. Uma realidade que mudaria totalmente com a entrada da cultura da cana-de-açúcar, tornando essencial a força de trabalho escrava, assim, passando a ser de interesse primário dos portugueses e outras nações que lucraram com a escravidão moderna.

---

<sup>3</sup> “Comércio organizado de escravos, com normas estritas que regiam toda a vida do escravo, modos de transação, possível alforria e escravos que poderiam ou não serem comercializados” (AMORIN,1996, p.18).

<sup>4</sup> Região do sul da Europa ocupada pelos países de Espanha e Portugal.

Através do crescimento da atividade açucareira no Brasil começou-se um movimento da África para o “Novo Mundo”, além disso, ocorreram mudanças no número de escravos como destacado:

[...] enquanto na segunda metade do século XVI o volume de africanos que aqui entraram não excedia algumas centenas anuais, a partir das primeiras décadas registraram-se em torno de mil “importações” por ano, alcançando 3 mil ao ano já na década de 1580 (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.81).

A escravidão moderna alterou profundamente a realidade africana, como afirmam Schwarcz; Starling (2015), foram conduzidos para a América de 8 a 11 milhões de africanos escravizados, não sendo o número exato devido a muitos terem entrado no continente ilegalmente; desse número, cerca de 4,9 milhões vieram para o Brasil. Nesse momento, as relações entre portugueses e africanos eram comerciais, como bem destacam as autoras.

A essas alturas, os portugueses consideravam-se familiarizados com as populações africanas e as classificavam como amigas ou inimigas, muçulmanas ou pagãs, mas não se preocupavam com a cor ou com o que hoje denominamos “raça” foi o uso específico, aliado ao encarecimento da mão de obra (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.82).

O processo que resultava no destino trágico de muitos africanos iniciava-se com a captura através de guerras e emboscadas organizadas pelos traficantes de escravos. Logo após uma longa viagem pelo interior africano, percorrendo uma longa distância até chegarem ao porto. Durante a viagem a mortalidade era alta, seja pelo esforço físico ou por contrair doenças no percurso. Ao chegarem aos portos, os escravizados passavam dias ou meses esperando a carga ficar completa.

Segundo Schwarcz; Starling (2015), esses locais eram “insalubres”, não ofereciam as mínimas condições de higiene e ventilação, essa espera causava também um número alto de óbitos entre os cativos. Antes de seguirem viagem, “os capturados eram marcados com ferro quente no peito ou nas costas como sinal de identificação dos traficantes ao qual pertenciam” (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.82), pois era comum irem no navio pessoas escravizadas de vários traficantes.

O atlântico, com a sua imensidão de água, foi o caminho de ida sem volta para muitos africanos, um caminho que a água, com o seu efeito de expandir ao toque e, ao mesmo tempo, retornar à calmaria, foi apagando superficialmente as marcas deixadas por quase quatro séculos de viagens de “tumbeiros negreiros” da África para o Brasil. Uma viagem carregada de sentimentos distintos e similares entre aprisionados, traficantes e quem compartilhava daquele espaço de ambição, dor, raiva, impotência, tristeza, medo etc. São alguns dos

prováveis sentimentos de quem fazia parte da travessia infernal, porém, no final da viagem, não era reservado um final feliz para todos como nos contos de fadas. Uns recebiam pelos esforços, outros pagavam sendo desumanizados e, quem não chegava ao final, tinha seu corpo abraçado pelo atlântico.

O índice de mortalidade durante a travessia era alto, pelas condições básicas não serem oferecidas aos aprisionados, ou, na incerteza do que esperava do outro lado, muitos preferiam a morte. Os comerciantes de escravos buscavam diminuir os gastos o máximo possível com o maior número de escravos nos navios, com alimentação escassa. De acordo com Schwarcz; Starling (2015) os escravos comiam uma vez ao dia, a dieta era à base de azeite e milho cozido, bebendo pouca água potável, essa dieta inicia com a captura até chegarem ao porto para a venda.

Durante a viagem, também se construía laços de amizade entre os cativos, que não trocavam somente doenças e a incerteza de um destino não programado, mas conhecimento de práticas de saúde, culturas e crenças, certamente, essa relação despertava o medo dos comerciantes de possíveis revoltas em alto-mar. Na maioria das vezes, os escravos seguiam acorrentados durante dias, por exemplo, “no século XVI, a viagem de Angola para Pernambuco demorava em média 35 dias, 40 até a Bahia, 50 até o Rio de Janeiro, se caso os ventos não fossem favoráveis, esse tempo poderia se estender “(SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.85) e, conseqüentemente, o número de mortes era maior, chegando ao dobro dos aprisionados; os poucos registros em documentos que se têm da travessia dos africanos relata uma desumanização ao extremo as pessoas escravizadas.

Depois de uma longa viagem, finalmente chegam a terras firmes, “os principais portos de importação e distribuição estavam no Rio de Janeiro, Salvador Belém e São Luiz” (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.87). Ao desembarque, as autoridades locais anotavam os nomes dos recém-chegados, separando-os por sexo, as crianças seguiam com as mães. Os traficantes faziam tramitação legal com o pagamento dos impostos pela mercadoria à qual lhes pertencia, e os escravos seguiam para o local de leilão, quando não eram vendidos imediatamente iam para um local reservado no porto, para se recuperar da viagem e tornarem-se mercadorias mais atrativas para os compradores.

Após o período de recuperação ou disfarce, “antes de expô-los nos leilões e casas de comércio [...] eram limpos e banhados; os homens tinham a barba e o cabelo raspados, e, para esconder doenças, passavam óleo de baleia na pele” (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.87). Logo estavam prontos para a venda, sendo anunciada em jornais e nas feiras, seguindo

uma organização a partir de sexo, idade e nacionalidade, sendo debatido o valor e as condições de obter os escravos abertamente entre compradores e traficantes. Antes da compra, a mercadoria passava por exames detalhados das condições de saúde “como nas feiras de gados, seus dentes eram examinados e seus corpos” (VALENTE, 1987, p.14).

De acordo com Benjamin (2004), entre os cativos, a maioria era do sexo masculino na fase adulta, que atingia os maiores valores e a preferência dos compradores, que não queriam perder tempo em esperar a criança escrava ficar pronta para o trabalho, recorrendo com frequência à reposição da mão-de-obra. Também, para assegurar a continuidade e a expansão das atividades econômicas, tornando-se constante a reposição de mercadoria.

Mesmo na condição de escravos, homens e mulheres vivenciaram de formas distintas a experiência traumática que foi a escravidão.

Negrinhos que eram arrebanhados ao nascer, praticamente do ventre das mães, e mortos rapidamente para não desviar a negra de seu trabalho- isto quando um ardil da mãe escrava ou outro acidente qualquer permitia a gravidez progredir. Porque, o comum era o aborto forçado, com métodos violentos desumanos, pois um negro era mais barato “pronto” para o trabalho do que os criados nas senzalas (CHIAVENATTO, 1986, p.10).

Na divisão sexual do trabalho, as mulheres estiveram presentes nos diversos espaços em que foram demandados o trabalho escravo, como em algumas fazendas e engenhos, como enfermeiras responsáveis pelos cuidados com os escravos doentes e acidentados das senzalas e, também, no atendimento à vizinhança como parteiras, benzedeiras e na distribuição de ervas para a cura de algumas doenças, se tornando referência nessa prática. Também na lavoura, nos serviços domésticos das grandes propriedades, nas minas de ouro e extração de pedras preciosas e, com o desenvolvimento das cidades como vendedoras, mulheres na condição de escravas que saíam de manhã para vender produtos ou para a prática da prostituição, e voltavam para as casas de seus proprietários no final do dia, sendo a renda de muitas famílias.

Segundo Valente (1987), a desproporcionalidade entre os sexos, principalmente na relação sexual, fortalecia a ideia de “animalidade e promiscuidade” anulando a humanização dessa mulher. Para o autor, a exploração e a violência sexual marcaram as relações entre os senhores e as mulheres escravas, os senhores atribuíam esses deslizos à mulher negra, no entanto, as submetiam aos seus desejos mais depravados, “abuso sexual de senhores brutais violando negrinhas, 10,12, 15 anos [...] contágio consciente da sífilis em negrinhas virgens,

o que se considerava um bom remédio e um ótimo divertimento para a doença” (CHIAVENATTO, 1986, p.10).

Como resultado dessa relação violenta, se inicia o processo de miscigenação no Brasil, os primeiros cruzamentos resultaram nos mulatos, passando a serem os preferidos sexualmente dos senhores. Também, como elemento distintivo para a posição social, sendo reservados os serviços domésticos na casa grande; logo, tinham uma situação melhor do que os escravos que trabalhavam nas lavouras e moravam nas senzalas; mesmo em situação melhor, não eram tirados dos mestiços a condição de escravo.

Segundo Valente (1987), muitas informações que são passadas sobre os negros escravizados no Brasil não têm um estudo aprofundado, “podendo ser considerados como manifestações do colonialismo e dos interesses que a classe dominante queria defender” (VALENTE, 1987, p.9). Isso ocorre, pois, porque a história oficial se baseia em documentos, e os documentos contam a história da classe dominante, logo, é escrita pela mesma. Essa maneira de narrar a história do Brasil traz como consequência a dificuldade de compreender pontos importantes da história do negro no país.

Essa narrativa pautada no ponto de vista da classe dominante reforça a ideia de que os africanos vieram no período colonial para o Brasil para trabalhar nas lavouras e minas, devido aos índios não terem conseguido se adaptar aos serviços fixos e os africanos serem mais dóceis e passíveis, assim, sendo mais fácil de serem controlados. De acordo com Valente (1986), os negros não foram passíveis diante da situação de humilhação, muitos usavam do suicídio como forma de resistência, as guerras religiosas como oposição a depreciação cultural africana, também, “a revolta, a fuga e a formação de aldeamentos chamados quilombos/mocambos” (VALENTE, 1986, p.18).

Segundo Gomes (2015), nos primeiros anos de colonização das terras brasileiras, essa formação era denominada de *mocambo* e, posteriormente, de *quilombo*, os quais “eram termos da África Central usados para designar acampamentos improvisados” (GOMES, 2015, p.34). Para Fernandes (2016), a estruturação do modo de vida mocambeiro desenvolve-se com as relações e a presença da cultura indígena, o que auxiliou os negros/as no conhecimento das matas. Assim, o *Mocambo*, como unidade de reprodução social de negras e negros livres, passa ao Quilombo como sistema organizado de uma nação negra que, pelo reconhecimento étnico-racial e pelas violências sofridas pelo sistema colonial, adquire expressão política na luta contra a exploração branca, passando a ser um inimigo público que deve ser combatido. Deste modo, os quilombos se constituíram estrategicamente em locais

de difícil acesso, sua formação se deu como uma das formas encontradas pelos negros de sobrevivência, bem como de se defender contra os ataques dos capitães do mato.

Os negros capturados sofriam os castigos mais perversos, nos quais, em maioria, aconteciam em locais públicos com o objetivo de intimidar os demais. Os negros que conseguiam fugir novamente voltavam para o mesmo quilombo ou começavam a organizar outro. Assim, os *quilombos* podiam ser de quatro a cinco casebres no meio do mato, servindo de esconderijo para alguns negros que sobreviviam da plantação de roça e de frutas ou, como organização forte como Palmares. Foram raros os quilombos que não sofrem nenhuma forma de repressão, pois começaram a incomodar os senhores, a ponto de terem várias incursões para destruí-los, um dos exemplos foi Palmares.

Palmares passou a designar não um único refúgio de escravos, mas uma extensa confederação de comunidades dos mais diversos tamanhos, vinculadas por acordos umas às outras, que conduziam os próprios negócios, dispunham de autonomia e escolhiam seus líderes (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.102).

Para Chiavenatto (1986), Palmares era formado por vários núcleos, denominados *mocambos*, segundo o autor, foi quase um Estado dividido entre comunidades, que se deslocavam de acordo com as lutas e a perseguição dos brancos. Palmares tinha cerca de 20 mil habitantes enquanto Recife no mesmo período quantificava 9 mil. Após várias expedições no período de cem anos para a destruição de Palmares, em 1694 foi destruído, mas, para Schwarcz; Starling (2015), Palmares foi uma das maiores referências de luta e resistência para a população negra. Assim, com a destruição de Palmares, não se encerrou a formação de novos quilombos, os negros permaneceram fugindo das senzalas, formando grupos nas matas.

Apesar da ausência de dados históricos, os quilombos abarcaram relações que indicam modos de vida africanos, devido aos negros reunidos, em sua maioria, serem oriundos de diferentes regiões da África, com culturas e rituais próprios. Também, foram incorporadas a cultura indígena e a cultura branca, resultando em novas manifestações culturais, que não ocorreram somente nos quilombos, mas, também, nas senzalas e em outros espaços que os negros estiveram e estão presentes.

Segundo Valente (1986), também muitos estudiosos apontam que, no Brasil, a escravidão se apresentou de forma mais amena do que em outros locais, como os Estados Unidos e a África do Sul, para justificar essa concepção, se baseiam nos nascidos do resultado do cruzamento entre o africano e o branco português, já citado acima. Mas, se ocorreu de

forma menos violenta, o que falar dos quilombos, dos suicídios e as diversas formas de resistência encontradas pelos negros? São perguntas às quais a forma que a história é contada não consegue responder, ou não quer.

Os que se beneficiaram do sistema escravocrata sempre ofereceram aos escravos a posição de inferioridade, como afirmam Schwarcz; Starling (2015). O trabalho árduo, desprovido de qualquer proteção ou cuidado mais básico foi legado ao negro (a), seu corpo sofreu diversas formas de violência, sem poupar sexo e idade. Segundo Valente (1987), a violência fazia parte de um conjunto de técnicas e instrumentos de torturas e castigos que buscavam manter a submissão das pessoas na condição de escravos, os castigos eram importantes para que o negro interiorizasse as ideias negativas de si e de sua “raça”. Essas ideias foram devastadoras para os negros que, na atualidade, vivem uma dualidade entre o seu lugar de direito e o que lhe foi imposto historicamente na sociedade brasileira.

Portanto, mesmo diante da situação em que se encontravam, os negros nunca aceitaram a condição imposta de mercadoria, de várias formas expressaram o seu inconformismo e acreditaram no sonho de liberdade, por essa liberdade morreram, resistiram à violência e disseminaram entre os seus o sonho de serem homens e mulheres livres, assim como as futuras gerações. Pois, a luta do negro não busca a submissão de outras raças, mas, ter o seu espaço de direito na sociedade.

## 2.2 Um sonho de liberdade que não chegou: Uma realidade vivida

Segundo o Dicionário *Aurélio* (2004, p.1204), liberdade é “condição de um ser que não está impedido de expressar, ou que efetivamente expressa, algum aspecto de sua essência ou natureza”. Ser uma pessoa livre, portanto, é ter seus direitos assegurados como indivíduo ou como membro de um grupo o qual faz parte. Esse, provavelmente, foi o pensamento de uma parte da sociedade que esperava o que iria acontecer após 13 de maio de 1888, data que marca, legalmente, o fim da escravidão no Brasil.

Segundo Valente (1987), no século XIX, a sociedade passava por mudanças, essas mudanças ocorreram em âmbito internacional com a Revolução Industrial, particularmente na Inglaterra, com o surgimento de novas técnicas de produção voltadas para o trabalho livre assalariado na indústria e, conseqüentemente, novas formas de obter lucro; e, que marcaram o período que decorreu de fins do século XV ao fim do século XVIII, o capital comercial deu um forte impulso ao capitalismo industrial, no qual a Inglaterra tornava-se um país capitalista, que impunha cada vez mais mercados consumidores de seus produtos e dos seus interesses.

Dessa forma, o sistema escravista, com toda a sua dinâmica, se apresentava como obstáculo para os interesses ingleses. O Brasil, como o maior importador da força de trabalho escrava, foi alvo de várias ações britânicas para que pusesse fim ao tráfico negreiro, assim:

Vários tratados foram assinados, primeiro em 1810, que restringia à ação dos negreiros portugueses as colônias de Portugal [...]. Apesar disso, o país parecia não querer descartar o trabalho escravo e, em 1845, aumentou o comércio de africanos. O golpe decisivo contra esse comércio foi dado apenas em 1850, quando foi sancionada a lei de Extinção do Tráfico Negreiro no Brasil (VALENTE, 1987, p.02).

Com a aprovação da Lei 581, na qual se extingue o tráfico negreiro, o Brasil permanece traficando escravos, mesmo com a fiscalização acirrada da Grã-Bretanha. Nos anos de 1850 e 1856, anos que se têm registro das últimas apreensões de navios negreiros, mais de 38 mil africanos entraram no Brasil, fazendo parte dos 5% dos 700 mil que entraram no país ilegalmente. Já apresentando a dificuldade da população brasileira, muito presente na atualidade, de cumprir seus tratados, acordos e leis quando os mesmos vão contra os interesses de quem detém o poder econômico.

Pois, existia uma rede de preservação do comércio escravo, que contava com a cumplicidade das autoridades responsáveis pelas apreensões e a própria população local, que defendia ser inviável o fim do comércio para a economia do país. Mas, as proibições tornavam cada vez mais difícil a importação de pessoas escravizadas para o país, com o valor cada vez mais alto, logo, há escassez da força de trabalho e as alternativas de reposição não foram bem sucedidas; devido à vida útil do escravo ser curta pelos maus tratos, a procriação não garantia um número suficiente de escravos, uma vez que o número de óbitos de recém-nascidos era alto devido às condições péssimas que viviam.

Segundo Fernandes (2008), a preocupação aparente voltada para o futuro da escravidão estava presente nos diversos projetos que buscavam regularizar legalmente a mudança do trabalho escravo para o trabalho livre assalariado. Esse posicionamento dos senhores – desde 1823 até a assinatura da Lei Áurea – tinha como objetivo verdadeiro segurar os cativos no trabalho para evitar as fugas. Entretanto, o interesse maior dos senhores estava voltado para as questões políticas, que buscavam a reparação dos seus prejuízos advindos dos investimentos realizados na compra de escravos, pedindo indenização e auxílio pela crise da lavoura. A atenção voltada para o futuro do escravo ocorreu enquanto ele se vinculava ao destino da lavoura.

Dessa forma, a condição do escravo e a sua incorporação nas novas relações de trabalho deixaram de ser pautas de discussões no âmbito político. Como afirma Fernandes (2008), os negros, na condição de libertos, nesse processo, buscavam colocar fim ao antigo regime, e tiveram uma participação crucial, sobretudo quando essa luta ganha um caráter abolicionista. “A revolução abolicionista, apesar de seu sentido e conteúdo humanitários, fermentou, amadureceu e eclodiu como um processo histórico de condenação do “antigo regime” em termos de interesses econômicos, valores sociais e políticos da ‘raça’ dominante” (FERNANDES, 2008, p.30).

Contudo, a condição do agente de trabalho não passava de uma peça utilizada pelos abolicionistas, que lutavam para o fim do regime, “mesmo os abolicionistas mais íntegros e tenazes não puderam ser seus porta-vozes” (FERNANDES, 2008, p.30). Mesmo com interesses aparentemente iguais, chega um momento em que o negro passa a ser invisibilizado por esse processo.

O regime escravista estava agonizando. A abolição era uma questão de tempo, ganhando força com leis que antecederam a Lei Áurea (Lei Nº 3.353), que declarava oficialmente o fim do regime escravocrata no Brasil – pelo menos no viés mercantil –, como as de: **Queirós (1850)**, **Lei do Ventre Livre (1871)** e a **Lei dos Sexagenários (1885)**. Essas legislações deixavam perguntas que se confirmaram com sua aprovação em 13 de maio de 1888: o que fazer com os negros livres? É a pergunta que os afro-brasileiros fazem há 131 anos: e agora, vamos para onde?

Segundo Schwarcz; Starling (2015), com a aprovação da Lei Áurea, foram libertados cerca de 700 mil escravos, visto pelas autoras como um número pequeno, comparado com os aproximadamente 15 milhões no auge do sistema escravista no Brasil.

No entanto, para uma lei tão esperada, tinha apenas no corpo do texto dois artigos, nos quais “Art. 1º: É declarada extinta desde a data desta lei a escravidão no Brasil [...] Art. 2º: Revogam-se as disposições em contrário” (SCHWARCZ; STARLING, 2015, p.310). Dessa forma, chega ao fim o sistema escravista, que tinha, na sua base econômica, o trabalho escravo. Porém, como afirma Fernandes (2008), sem um amparo e segurança que auxiliasse os recém-libertos para o trabalho livre assalariado. Assim, os senhores donos de escravos foram isentos do dever de oferecer o mínimo que preparasse os novos libertos para os inserirem nos novos modos de produção. Nem mesmo o Estado, Igreja e instituições que lucraram com o regime escravista assumiram essa responsabilidade: “Essas facetas da

situação humana do antigo agente do trabalho escravo imprimiram à abolição o caráter de uma espoliação extrema e cruel” (FERNANDES, 2008, p.29).

Os libertos se viram na condição de homens e mulheres livres com a responsabilidade pelo seu sustento e seus dependentes diante de um quadro econômico competitivo, sem condições materiais para poder desenvolver habilidades naquela forma de trabalho. O fim do regime escravista, no Brasil, buscou atender os interesses diversos nacionais e internacionais, mas, a população que seria a grande beneficiada com o seu fim não foi assistida e muito menos teve suas necessidades como prioridades. O que antes eram mercadoria, na qual seus senhores tinham o direito de vida e de morte, foram expulsos das fazendas sem terem para onde ir, tendo como desafio concorrerem por vagas de emprego com os imigrantes europeus.

De acordo com Valente (1987), no século XIX, começaram a chegar os primeiros imigrantes no país e, com eles, o trabalho livre assalariado. Também, trazendo para o “novo mundo”, elementos étnicos vistos pela classe dominante como superior; alguns imigrantes irão receber regalias de uma nação que os enxergam como o modelo a ser seguido, com nítido objetivo de branquear a população brasileira, logo, não tendo espaço para os índios e os negros que representavam o atraso, o não belo, o não branco, o incapaz.

As cidades e os centros comerciais que se expandiam seduziam os novos libertos, entretanto, o que irão fazer nas cidades? A liberdade tão esperada resultou em uma massa de negros que, perambulando pelas fazendas e cidades em busca de emprego se depararam com uma situação caótica. Nos centros urbanos, se concentrava uma população excedente, gestando um problema social. Já nas propriedades rurais, nas quais trabalharam durante séculos, quando conseguiam emprego ganhavam menos que os imigrantes.

Segundo Valente (1987), as qualidades atribuídas aos negros, que buscavam explicar e justificar a sua condição de escravo, “a carga de trabalho e a subjugação física e psicológica” (VALENTE, 1897, p.22) após abolição, são utilizadas para excluir os novos libertos das novas relações de trabalho e sua inserção no mercado. Os negros se viram desvalorizados e excluídos de atividades às quais poderiam desenvolver com o seu trabalho, sendo obrigados a desempenhar atividades sem prestígio social, o que alimenta os estigmas construídos negativamente para a população negra, logo, passando a viver em condições de “desemprego, subemprego e a marginalidade” (VALENTE, 1987, p.22).

Segundo Pixote; Riscado (2017), os negros saíram da condição de escravo para de *marginal* nos bairros periféricos, desprovidos de moradia, educação, saúde, sua terra,

entregues à própria sorte. Nos porões da sociedade brasileira, o negro não renunciou à sua liberdade, mesmo lutando agora contra o silêncio da invisibilidade do seu corpo negro.

Como afirma Guimarães; Riscado (2017), anos de luta que ganha visibilidade com a frente negra brasileira em 1931, com questões e demandas dessa população. Na década de 1970, o movimento social negro tem um papel relevante em apresentar demandas voltadas para a população negra, a qual será a base para, em 1986, levar propostas para a VIII Conferência Nacional de Saúde. Dessa forma, o negro se torna um sobrevivente de um sistema que o desumaniza e uma sociedade que não lhe aceita como alguém da casa, mas que, na posição de servidão, pode ficar.

### 3 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE 1988

No presente capítulo, tratarei da saúde da população negra na perspectiva do Direito, versando sobre as políticas públicas de saúde no Brasil após a constituição de 1988. Por compreender que a universalização do acesso à saúde se deu não só a partir da Constituição, mas de inúmeras e relevantes discussões que a antecederam. Compondo a proposta do estudo, como elemento complementar, para discutir a centralidade na implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no cotidiano de uma comunidade quilombola.

Assim, no primeiro tópico, de forma breve, apresentarei o processo que resultou na aprovação da constituição, bem como os avanços para a sociedade brasileira. No segundo tópico, tratarei do processo de criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e os entraves para a sua efetivação na realidade brasileira, especificamente para as comunidades quilombolas.

#### 3.1 Políticas de saúde no Brasil: Um direito universal para quem?

O direito universal à saúde se deu a partir de um longo processo de reivindicação, que teve sua concretização legal com a constituição de 1988. Assim, a saúde torna-se uma política pública para todos, não apenas ao trabalhador formal ou a quem podia pagar por esse acesso.

Deste modo, o processo no qual se assegura a saúde como direito para todos está vinculado ao contexto político, social e econômico pelo qual o país passava com o fim do regime ditatorial instaurado em 1964 até 1985 e, com o início do processo legal de democratização. Porém, os resultados não foram os esperados para a massa da população, que foi colocada de frente para uma crise sem precedentes.

A luta em torno da saúde pública, nesse período, ganhou reforço de novos sujeitos sociais nos debates, diante da situação que se encontrava a população brasileira e as propostas apresentadas pelo governo para o setor. Deste modo, o debate sobre saúde como direito deixa de ser uma discussão restrita aos técnicos e profissionais de saúde para ganhar dimensão política, estando vinculado ao próprio momento que passava o país.

Segundo Bravo (2009), diante de uma conjuntura severa, situada nos países da América Latina como reflexo de uma crise de âmbito mundial. Tendo, como resultado, a condução das relações da sociedade sob estratégias do modo de produção capitalista, que, para buscar seus lucros, sacrificam vidas e os direitos básicos. Também, foi o momento de vários sujeitos

se juntarem em busca de uma saúde gratuita e de qualidade para todos. Dentre esses sujeitos, estão: profissionais da saúde, movimento sanitaria, partidos políticos de oposição, os movimentos sociais e a população civil. De acordo com Bravo (2009), as discussões se basearam nas seguintes propostas:

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão (BRAVO, 2009, p.96).

Para Oliveira (2012), um dos momentos marcantes e fundamentais para a saúde no Brasil se deu pelo preparo e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília/DF. De acordo com Bravo (2009), as discussões se deram em três pontos centrais” I – Saúde como direito à personalidade e à cidadania; II-Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III-Financiamento Setorial” (BRAVO, 2009, p.96). A VIII Conferência foi aberta ao público e contou com a presença de aproximadamente 5.000 pessoas.

O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde assentou pontos importantes para definir mudanças no rumo das políticas de saúde e, também serviu de base para os constituintes incorporarem um capítulo na Constituição Federal de 1988. Para Bravo (2009), os procedimentos constituintes e a aprovação da constituição significaram, no plano legal, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais diante de uma crise, e as demandas de enfrentamento da desigualdade social no país.

Dessa forma, a Constituição Federal representou progressos que procuraram retificar “As históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapazes de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatização à coisa pública pelas classes dominantes” (BRAVO, 2009, p.97). O texto constitucional voltado para a saúde, após vários acordos políticos atende, em sua maior parte, às reivindicações dos movimentos populares (movimento sanitário, movimentos sociais e à população brasileira) pelo qual determinaram um capítulo que discorre na seguridade social. Assim, a saúde converte-se em uma política pública, que faz parte junto com a Assistência Social e a Previdência, do tripé da Seguridade Social, e será prestada como direito universal. Desde sua aprovação, em 05 de abril de 1988, esses direitos foram assegurados nos artigos “196 a 200,” presentes explicitamente no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.118).

De acordo com Freitas (2009), nos anos posteriores, o governo brasileiro buscou implementar mudanças que visavam o fortalecimento do setor público e a universalização. Após dois anos da aprovação da constituição, as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 em 1990/8.142, de 1990, preconizam os princípios doutrinários, de organização, e as formas de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); assim, a lei 8080/1990;

[...] sustenta que os serviços de saúde devem congregam agora um Sistema Único e descentralizado que opere via municipalização, como núcleo básico de organização do sistema. A integralização do sistema seria garantida pela relação entre as Secretarias de Estado e pelo Ministério da Saúde (FERNANDES, 2016, p.73).

Os princípios doutrinários são a **universalidade**, a **igualdade** e a **integralidade**, os quais buscam de forma conjunta trabalhar as necessidades do ser humano respeitando suas particularidades e, também, como cidadão de direitos. Dessa forma, propõem a saúde como processo determinante de condicionantes sociais presentes no dia-a-dia, e no modo de vida do sujeito em grupo. Assim, no momento de se buscar estratégias para o cuidado à saúde, precisa destacar as diversas formas de viver o processo saúde/doença, sobretudo no que se refere aos marcadores sociais como classe, gênero, raça/etnia, que, ao se cruzarem, definem a situação de vida e morte de algumas populações.

De tal modo, quando a política de saúde situa-se sobre os territórios negros, no que trata as comunidades quilombolas, o princípio de equidade, discutido por Jurema Werneck (2005) “como justiça social”, se torna um importante aliado para a efetivação do acesso à saúde universal, igualitária e integral para estas populações. Deste modo, a saúde passa a ser assegurada como direito e efetivada pelo SUS, enfatizada no seu fundamento conceitual, situado nos:

Preceitos constitucionais da universalização à saúde, de equidade no acesso aos serviços e participação da sociedade nas definições das políticas, no acompanhamento de sua implementação e na fiscalização de uso dos recursos, é o próprio processo em construção do SUS (FREITAS *et al*, 2015, p.26 *apud* SILVA, 2001, p.29)

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos seus objetivos a busca de estratégias para combater as desigualdades no acesso aos serviços de saúde presentes na

realidade brasileira. Segundo Riscado (2012), quando voltado para a saúde da população negra, também no combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS. Para Bravo (2009), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta como avanço para a reformulação administrativa do setor, no entanto, essas medidas não alteraram como o esperado as condições de vida da população, já que precisariam ser operacionalizadas, o que não ocorreu na sua plenitude.

Freitas *et al.* (2015) chama atenção para a implementação dos princípios de “universalidade e equidade”, e indica alguns retrocessos causados pelo cenário político que o Brasil passava no período do governo Fernando Collor de Melo (1990-1992), que, seguindo a cartilha do neoliberalismo, não priorizava os recursos para a ampliação do SUS. Esse retrocesso foi determinante para não ocorrer a efetivação da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), pois, na mesma proporção em que acontece a ampliação da universalização do direito à saúde, ocorre o racionamento na oferta e, conseqüentemente, a baixa qualidade dos serviços. Na atualidade, há discussões do alcance, na prática, dos princípios do SUS (universalidade e equidade), de forma específica para os “grupos minoritários, como ciganos, índios, assentados, moradores de rua, quilombolas, entre outros” (FREITAS *et al.*, 2015, p.p.30-31).

Porém, as problemáticas de gestão, distribuição dos recursos e na execução dos serviços, criam situações nas quais a população busca outras maneiras para a resolução dos seus problemas de saúde. Uma porção se divide entre os que recorrem aos planos de saúde integral, dos serviços de exames de rotina até os de alta complexidade ou buscam os serviços privados para a resolução de problemas de saúde eventuais; e, a maior parte, a maioria da população, sem condição financeira, fica dependente dos serviços públicos precários de saúde.

Deste modo, as alternativas buscadas por parte da população para a resolução dos problemas de saúde acabam enfraquecendo e deslegitimando a importância do sistema público de saúde. De modo que, invisibilizam a dependência total de vários segmentos da população, mas, no cotidiano, as discussões são intensas da sua permanência ou substituição por planos privados, se restringindo às críticas ao sistema e não reconhecendo a sua importância na vida da população, que depende totalmente dele para a resolução dos seus problemas de saúde.

### 3.2 A saúde da população negra como direito: Seus avanços e limites

Em diversas legislações brasileiras, é assegurada a saúde pública como “um direito de todos os cidadãos”, nas quais se responsabiliza o Estado pelo conjunto de ações e execuções de serviços que garantam o bem-estar físico, mental e social da população. Assim, a saúde torna um direito fundamental, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A saúde como direito é uma reivindicação histórica da população negra e movimentos sociais, sobretudo o Movimento de Mulheres Negras e o Movimento Social Negro, que luta por mais qualidade e acesso aos serviços públicos de saúde. De acordo com Werneck (2005), o movimento negro esteve presente em vários momentos, com destaque pós-abolição e metade do século XX, reivindicando sempre direitos básicos como a saúde, a educação, o direito à terra e participando ativamente na organização da reforma sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Werneck (2005), mesmo com uma presença ativa do movimento negro apresentando demandas da população negra que contribuíram para a criação do SUS, ainda é perceptível que não foi o bastante para incorporar dispositivos nítidos que ultrapassem os entraves enfrentados pela população negra no acesso à saúde, especialmente aqueles que têm como protagonistas o racismo.

Segundo Oliveira (2012), a criação de uma política específica para a saúde da população negra expressa avanços nos termos institucionais e o reconhecimento de uma problemática:

Seu propósito é garantir maior igualdade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (BRASIL, 2010, p.07).

As primeiras inclusões da “Saúde da População Negra” nas ações governamentais na esfera estadual e municipal aconteceram na década de 1980, e foram estabelecidas por ativistas do Movimento Social Negro. Já na década de 1990, o governo federal passou a se ocupar do assunto, como resposta às reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, ocorrida em 20 de novembro de 1995, à qual reuniu milhares de ativistas de várias regiões do país em Brasília, tendo como resultado a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI e do Subgrupo Saúde. Em abril do ano seguinte, o GTI

organizou a Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra, cujas principais decorrências são:

- a) a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos;
- b) na elaboração da Resolução CNS nº196/96, que disciplina aspectos éticos das pesquisas em seres humanos, foi introduzido o recorte racial em toda e qualquer pesquisa;
- c) a recomendação de formação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme;
- d) a detecção precoce da doença via triagem neonatal a partir do Programa Nacional a ser criado;
- e) a reestruturação da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus;
- f) o fortalecimento e extensão do então Programa de Saúde da Família até as comunidades quilombolas (WERNECK, 2016, p. 537).

A luta em visibilizar as demandas da população negra, principalmente voltadas para a saúde, é algo constante para o Movimento Social Negro, que está ciente de que não adianta somente discutir e ter legislação que assegure, esse direito precisa ser efetivado no cotidiano dessa população, sendo algo desafiador e um ponto de reivindicação.

Além disso, aconteceu em 2001 a Conferência Intergovernamental Regional das Américas, no Chile. E a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, em Durban na África do Sul, solicitado pela Organização das Nações Unidas (ONU), com a participação do Movimento Social Negro junto ao governo nacional e organismos internacionais, reivindicando compromissos mais efetivos com a equidade étnico-racial (BRASIL, 2010, p.10). No relatório da III Conferência, ressalta-se a importância das duas conferências Mundiais de Combate ao Racismo e à Discriminação Racial anteriores, ocorridas em Genebra nos anos de 1978 e 1983, e que também apresentaram resultados, pois; os principais objetivos das três décadas de Combate ao Racismo e à Discriminação Racial não foram alcançados e que um número incontável de seres humanos continuam, até o presente momento, a serem vítimas de várias formas de violência protagonizado pelo racismo.

Já na 11.<sup>a</sup> e na 12.<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde, realizadas em 2000 e 2003, o movimento negro ampliou sua participação nas instâncias do SUS. Uma conquista se deu com a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei n.º 10.678, de 23 de março de 2003. A secretaria, como órgão de assessoramento direto da Presidência da República, tem como princípio a transversalidade, descentralização e gestão democrática, com o objetivo de promover e coordenar políticas de diversos ministérios e outros órgãos do governo.

Em 18 de agosto de 2004, no encerramento do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado o Termo de Compromisso entre a (SEPPIR) e o Ministério da Saúde (MS), referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros oriundos do Seminário e considerando as propostas contidas no documento “Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”. A realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra marcado pelo reconhecimento oficial do Ministério da Saúde (MS) da presença do racismo institucional.

Segundo Werneck (2016), a organização e realização dos I e II Seminários Nacionais de Saúde da População Negra (2004 e 2006); a inclusão da temática nas proposições das Conferências Nacionais de Saúde (especialmente a partir da 11ª Conferência realizada em 2000 e as subsequentes) e a criação de uma vaga para o Movimento Negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2005, depois de 68 anos de criação, foram conquistas decisivas que possibilitaram as articulações e ações necessárias para a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo CNS em novembro de 2006.

Em 2009, foi sancionada pelo Presidente da República a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, tendo como objetivo “refletir e modificar as condições de vida, desigualdades e injustiças sociais sofridas pela população negra” (FERNANDE, 2016, p.12). A PNSIPN tem por alicerce a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, apoiado pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que, pelos princípios da:

[...] transversalidade, descentralização e gestão democrática, verse problematizar as relações étnico-raciais presentes no país, não apenas a um órgão do estado, mas em conjunto a outros Ministérios e instituições sociais. Isso porque há uma compreensão de que tal tema apresenta-se como linha que perpassa toda a sociedade, exigindo da mesma o reconhecimento das desigualdades raciais e das relações assimétricas de poder existentes entre brancos e negros no Brasil (BRASIL, 2013 *apud* FERNANDES, 2016, p.12).

A PNSIPN se apresenta como uma das alternativas para desconstruir a falaciosa “democracia racial”, ou seja, da ilusão de uma sociedade destituída de preconceitos que convive com as diferenças e abarcam as expressões negras como parte da produção social brasileira:

[...] há uma integração do negro na sociedade, porém, esta se constitui de forma perversa e deficitária. O negro é incluído de modo marginal, em um processo que o nega enquanto sujeito político e histórico, na formação de uma sociedade cindida, que tem na supremacia branca suas referências, a qual procura submeter o negro a seus modelos de vida e a suas formas de expressão (FERNANDES, 2016, p.13).

Segundo o autor, é de fundamental importância refletir a situação vivida por negros/as no país, e colocar em discussão as relações étnico-raciais e suas consequências no cotidiano dessa população, marcada por um histórico de um projeto político racista estrutural de omissão e displicência aos direitos fundamentais, refletido nos indicadores de saúde. Ele ressalta a importância dos indicadores, que possibilitam a criação de instrumentos indispensáveis “à construção de estratégias, planejamento e gestão em saúde” (FERNANDES, 2016, p.13), permitindo que pesquisadores e participantes de movimentos sociais identifiquem as desigualdades raciais no acesso às políticas públicas de saúde, e que possam sugerir modificações.

A PNSIPN procura contemplar as particularidades, por exemplo, a saúde das populações de comunidades tradicionais, quilombolas está presente no II item dos objetivos específicos da Política Nacional mencionada: “Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde” (BRASIL, 2013, p.19).

Entretanto, os investimentos para a execução de políticas públicas dependem da situação política do país e os interesses dos governantes; assim, em 2016, através de uma Medida Provisória de nº 726, o documento oficializou a extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, os quais foram criados em 2015, pelo Ministério Público (MP). Só com a Medida Provisória nº 768 de 2017, foi possível reorganizar as secretarias temáticas, retirando-as do Ministério da Justiça e incluindo a Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPR) na nova estrutura do Ministério dos Direitos Humanos.

O instrumento de reorganização ministerial seguinte, a Medida Provisória nº 782, de 31 de maio de 2017, manteve esta configuração, em que a permanência dos direitos conquistados não é garantida, pois, em muitas das vezes, vai contra os interesses de quem detém o poder, não se efetivando por completo no cotidiano da população ou se apresentando como retrocesso.

Segundo o Ministério da Saúde, a política busca visibilizar as condições de vida dos moradores em comunidades quilombolas, possibilitando-os a requerer o seu direito à saúde. Assim, em 2004, através da portaria 1.434 do Ministério da Saúde (MS), ocorre a instalação de Unidade Básica de Saúde (UBS) nas comunidades quilombolas, com o objetivo de concretizar de forma ampla o acesso e a produção tecnológica de cuidados voltados para esta população, sendo um dos desafios da Política de Fortalecimento da Atenção Básica (PFAB):

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde [...] § 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras [...] § 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2017, p.10).

Segundo Fernandes (2016), as dificuldades de acesso aos serviços de saúde na atenção primária se intensificam em comunidades tradicionais, particularmente nas comunidades quilombolas, às quais, em sua maioria, estão localizadas na zona rural. Essas dificuldades são vivenciadas de formas diferentes entre as próprias comunidades quilombolas em seus territórios.

Outra problemática nas comunidades quilombolas, que influenciam nos resultados da qualidade dos serviços, de acordo com Oliveira (2012), é o desconhecimento da população de seus direitos e o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde” (BRASIL, 2013, p.18). Esse racismo presente nos serviços ofertados se dá desde os gestores das políticas até a execução e a forma que chegam à comunidade, o que expressa um problema de saúde pública.

## 4 PAU D'ARCO, UMA HISTÓRIA CONTADA POR ELAS

No presente capítulo, apresentarei uma parte da experiência de campo ocorrida na comunidade quilombola Pau D'arco, onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Tendo como norte bibliográfico um trabalho de Conclusão de Curso de dois moradores da comunidade e uma Tese de Doutorado, pois os estudos bibliográficos sobre a história da comunidade ainda são tímidos, uma realidade da maior parte das comunidades quilombolas no Brasil.

O termo *escrevivência*<sup>5</sup>, utilizado por Conceição Evaristo, como um será a base para narrar as histórias de quatro mulheres moradoras da comunidade. Essas mulheres diretamente/indiretamente contribuíram com os seus conhecimentos de mundo e as suas próprias histórias para a construção desse estudo. Deste modo, no primeiro tópico, farei apresentação do percurso do estudo na comunidade, a metodologia e os métodos utilizados para a realização do estudo; no segundo, narrarei as histórias de quatro mulheres moradoras da comunidade, as quais terão os nomes fictícios de outras mulheres; já no terceiro, apresentarei a história da comunidade a partir do seu processo de formação com a chegada dos primeiros moradores, o seu desenvolvimento e a realidade atual da comunidade.

### 4.1 O Percurso do Estudo

O estudo procurou seguir alguns eixos para o seu desenvolvimento, os quais possibilitaram trazer discussões de algumas categorias como racismo, discriminação, direito, saúde e saber popular. Tais discussões foram relacionadas, de modo que busquei apreender nas falas dos moradores/profissionais o significado de saúde/doença no seu cotidiano.

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista, que, “entre todas as técnicas de interrogação, a entrevista é a que apresenta maior flexibilidade. Tanto é que pode assumir as mais diversas formas” (GIL, 2001, p.117). As entrevistas foram planejadas por meio de um roteiro semiestruturado, com agendamento prévio e com duração máxima de 35 minutos, pois viriam a ser no local de trabalho e poderiam comprometer a atividade do profissional. Porém, ultrapassaram esse limite de tempo, tanto pela discussão e o interesse

---

<sup>5</sup> O conceito *escrevivência* desenvolvido por Conceição Evaristo, representa um mecanismo para que as escritoras negras possam resgatar, em seus textos, a oralidade de suas antepassadas. A *escrevivência*,” portanto, se alicerça na concepção de que a escrita é produzida por meio das vivências e experiências das autoras negras, em consonância com uma memória passada de geração a geração”, (CARVALHO, 2019, p.18).

expressado dos entrevistados em questionamento ao expressarem suas opiniões sobre o assunto. Já com os/as moradores/as, as entrevistas ocorreram nas suas residências, seguindo os mesmos procedimentos, não sendo preciso entrevistar mais de uma vez a mesma pessoa pelo resultado ter sido satisfatório no primeiro encontro.

Todas as entrevistas foram a partir da devida autorização dos indivíduos através da assinatura de duas vias do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, que os deixaram cientes de que não ocorrerão danos, sendo resguardado o anonimato e o respeito aos limites deles. Antes de iniciar as entrevistas, foram apresentados os critérios de inclusão na participação do estudo, o qual foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa pela Universidade Federal de Alagoas nº 10024219.0.0000.5013.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente analisadas e transcritas. Todas as informações levantadas foram armazenadas e elencadas protegendo a identidade de cada participante da pesquisa. Faz-se necessário destacar que, se os dados forem apresentados e/ou publicados em eventos científicos, será preservado o anonimato, garantindo a confiabilidade das falas, os relatos e as vivências. A relevância de trazer a coleta de dados através da entrevista semiestruturada me possibilitou, quando necessário, fazer intervenções que nortearam os interlocutores para os objetivos do estudo, mas sem deslegitimar suas falas.

O roteiro (APÊNDICE B) de entrevistas buscou apreender a três distintos conjuntos: **Território, Saúde e Transversalidade**, postos como guias para o discernimento da construção do estudo, através de relatos do exercício profissional e da vivência de alguns moradores. Dessa forma, trazendo perguntas voltadas tanto para os profissionais como para os moradores, essas perguntas foram pensadas pela seguinte compreensão:

- **Território:** por compreender que o território nos oferece mais do que um local de moradia e trabalho, nos presenteia com conhecimento, pertencimento, relações de cuidado com o outro e trocas de saberes. Deste modo, pelo fato da Unidade Básica de Saúde (UBS) estar localizada em uma comunidade quilombola, esta trabalha com a orientação, prevenção e o tratamento voltado para algumas doenças que têm incidência maior na população negra, respeitando as particularidades dessa população. Pela parte dos moradores, busquei entender como eles compreendem a ligação da Unidade Básica de Saúde (UBS) no seu cotidiano no processo saúde/doença.
- **Saúde:** este eixo buscou compreender de que forma a saúde em uma concepção ampliada está sendo ofertada para a comunidade, assim como as formas que os

moradores buscam quando a saúde institucionalizada não se efetiva por completo no cotidiano na resolução dos seus problemas de saúde. Além disso, essas alternativas dos moradores, visto no estudo, como uma das formas de pertencimento e conhecimento em saúde passado de geração a geração.

- **Transversalidade;** esse princípio foi pensado por incluir a necessidade de um processo de saúde que precisa constantemente ser reeducado no combate ao racismo, o qual se apresenta como um dos entraves ao acesso à saúde de qualidade da população negra. Dessa forma, através deste eixo, busquei compreender como a Unidade Básica de Saúde (UBS) se articula com outras instituições públicas na comunidade (escola, associação etc.) no combate ao racismo institucional e outras formas de discriminação. Enquanto as questões para os profissionais estavam voltadas para a instituição na sua rotina de trabalho, as dos moradores estavam na relação de pertencimento à comunidade e a importância da Unidade Básica de Saúde (UBS) na resolução dos seus problemas de saúde, bem como as alternativas buscadas pelos mesmos quando essa saúde institucionalizada não chega ao indivíduo/quilombola.

Assim, faz-se relevante pontuar que as entrevistas foram realizadas individualmente, por compreender que, por meio de uma fala singular, é possível identificar ações coletivas e como estas têm afetado no exercício profissional e o reconhecimento de pertencimento do indivíduo na comunidade como morador e usuário dos serviços de saúde.

O método de análise se deu por meio do uso das teorias norteadas através do marxismo, por compreender que essa teoria fornece:

[...] as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não possam ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc (GIL, 2008, p.33).

As entrevistas com os moradores/as foram realizadas com mulheres negras que nasceram e residem na comunidade, descendentes de quilombolas, de diferentes profissões, escolaridade, faixa etária. Já com os profissionais da Unidade Básica de Saúde, foram com funcionários de funções diferentes, dos quais somente dois residem na comunidade. Quando perguntei às moradoras sobre a história da comunidade, uma das quatro afirmou que conhece a história, “*aprendi através das narrativas dos idosos da comunidade*” (Conceição Evaristo, 55anos). Enquanto as demais ouviram falar, mas não sabem contar, mesmo destacando a

importância, as moradoras apresentam certa resistência em buscar conhecer, de acordo com elas, devido à correria do dia-a-dia.

Já os profissionais com o tempo maior na instituição relataram que já ouviram falar da história, porém não sabem contar. Quando perguntei da participação em eventos ou campanhas organizadas pela Unidade Básica de Saúdes (UBS) voltadas para a saúde da população negra, uma moradora destacou que, no período de 2014 a 2016, a secretaria municipal de saúde tinha um coordenador que articulava os serviços com uma atenção maior para a saúde da população negra, mas com a sua saída estagnou tudo. Porém, de 2017 a 2018, essa moradora participou esporadicamente de palestras, encontros e seminários, e destacou o pouco tempo dedicado nesses encontros à discussão e a reflexão do assunto.

Na unidade, ocorreu uma palestra no início do ano de 2018; na ocasião, foram apresentadas as mudanças da política entre os anos de 2017 a 2018. Mas, a discussão voltada para a política teve o tempo limitado e com um número reduzido de pessoas presentes, contando apenas com profissionais da instituição e alguns usuários dos serviços que estavam naquele momento para o atendimento, prejudicando a compreensão da política. Quando questionei sobre a participação dos moradores nos eventos organizados pela instituição, de acordo com os profissionais responsáveis, são realizados os convites, mas a equipe encontra dificuldade de reunir um número considerável de moradores;

*[...] fui comunicada que ocorreria essa palestra na instituição, mas ao chegar primeiro os responsáveis pelo trabalho apresentaram outra discussão voltada para o uso indevido do agrotóxico, por último ficou para falar da política. A qual era lida através de alguns slides e acompanhado de comentários desnecessário por parte de quem estava ministrando, por exemplo, a Hipertensão arterial todas as pessoas desenvolvem em determinada idade. Comentários como esses que de certa forma retira a necessidade da Política em priorizar determinadas particularidades da população negra (Conceição Evaristo, 55 anos).*

Assim, algo relevante a ser destacado tanto nas falas dos/as moradores/as como as dos profissionais é a importância de eventos que proporcionem o conhecimento da história da comunidade e as legislações que asseguram direitos e deveres da população, entre eles, a (PNSIPN) pela necessidade de profissionais e moradores de conhecerem esses direitos. Outro ponto apontado por um entrevistado se refere à importância das informações visuais nas instalações da Unidade Básica de Saúde (UBS) como cartazes, banners dentre outros;

*[...]uma ausência muito clara ao entrar na instituição, principalmente voltados para elementos que possibilitem aos visitantes e usuários reconhecerem visivelmente que estão no território negro, essas formas de informações não temos,*

*na verdade, era para essa política está exposta nas paredes dessa unidade (27anos de trabalho<sup>6</sup>).*

Desse modo, se faz necessário destacar a compreensão do princípio **transversalidade**, que se apresentou como uma problemática tanto nas entrevistas com os profissionais e, também, com os/as moradores/as, os quais tiveram dificuldades de descrever a importância deste princípio para a efetivação dessa política. Tanto a moradora que participou de eventos esporádicos e os profissionais mais antigos, quanto os profissionais com menos de dois anos de trabalho nunca ouviram falar da política. De acordo com as suas falas, pela rotina cansativa, eles não têm tempo para o estudo e as três moradoras nem sabiam da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Entretanto, é importante destacar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi sancionada em 2009. Deste modo, encontrar profissionais da saúde contratados ou concursados para trabalhar em comunidades com históricos de luta e resistência com reconhecimento jurídico de seu território, sem ao menos uma qualificação profissional antes e durante o exercício profissional voltado para as particularidades dessa população, é preocupante.

Essa forma de gerir a sociedade sem rigor ético, deixa nítido o quanto ainda se preserva vestígios fortes de uma visão ainda biomédica no cuidado com o indivíduo, desvincula-o da sua coletividade. Assim, um dos problemas identificados na pesquisa diz respeito à defesa nas falas e ações de gestores, profissionais e alguns dos próprios usuários dos serviços do SUS da importância de um atendimento generalista, pelo sentimento abstrato de “igualdade para todos” *“aqui o atendimento é generalizado, não atendemos público diferenciado” (1 ano e 7 meses de trabalho).*

O atendimento de alguns profissionais se baseia na homogeneidade do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esse um público heterogêneo: tem cor, classe social, sexo e, em sua maioria, não têm condições de pagar planos de saúde. Esse atendimento generalizado por parte dos profissionais é justificado pelo atendimento igual para todos: *“já teve situações que foi falado que o atendimento seria para os quilombolas os demais moradores que não são quilombolas se sentiram excluídos” (27 anos de trabalho).*

Assim, uma das causas que dificultam o atendimento direto dos problemas de saúde se dá pelo não reconhecimento de que a Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada em

---

<sup>6</sup> A identificação dos profissionais no estudo se dará a partir do tempo de trabalho na instituição.

uma comunidade quilombola, com moradores em sua maioria negros. Esse desconhecimento acerca das condições de vida específica vai contra a formação profissional permanente voltada para a saúde da população negra, como preconiza a política nas diretrizes gerais “Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social da saúde” (BRASIL, 2010, p.18). Essa mesma orientação aparece no Estatuto da Igualdade Racial. Uma das entrevistadas relatou que questionou o não incentivo maior para as discussões e o cuidado com a população negra para um/a profissional, na qual fazia parte da equipe responsável no atendimento à comunidade:

*Alguns profissionais justificam a falta de interesse em estudar a questão racial relacionada à comunidade devido à rotatividade de profissionais, não ficarão muito tempo trabalhando na comunidade [...] como, será que a próxima instituição não terá negros, provavelmente com as mesmas doenças? (14 anos de trabalho).*

Assim, a formação continuada se faz necessário para compreender que as Políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Atenção Básica dentre outras, reafirmam o que está assegurado nas leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e na própria constituição de 1988, assim;

*[...] não ocorrem equívocos quando se trata de compreender que igualdade não se dá de um tratamento igual para todos, pois, um país onde os preconceitos e a discriminação racial não foram zerados [...] quanto tempo a população negra deverá ainda esperar essa igualdade (MUNANGA, 2001, p.33).*

Segundo o autor, é preciso reconhecer que somos diferentes, para que essa igualdade possa ser efetivada. Seguindo o percurso do estudo, alguns pontos surgiram, os quais tornam relevantes para discutir nesse trabalho, mesmo não estando tão enfatizados nas falas dos entrevistados, como: mulher negra, racismo, saber popular, o reconhecimento de direitos e outro, dentre os quais serão apresentados na continuidade deste trabalho.

#### 4.2. Quem são elas: mulheres com experiências distintas e unidas pela cor:

Este item foi pensado no formato de escrivência no qual eu, pesquisadora, na minha subjetividade, acadêmica, mulher, negra e moradora da comunidade quilombola Pau D’arco, me reconheço nesses vários espaços que não se anulam, pelo contrário, se potencializam. Nos primeiros movimentos de escrivência, se combinam as angústias de mulheres negras

em uma sociedade antagônica, racista, sexista, patriarcal e excludente, angústias de nascerem mulheres e negras em uma sociedade “que define qual é o lugar social que deve ser ocupado pelo branco e pelo negro” (OLIVEIRA; BRITO, 2012, p.87). Para os brancos, são reservados os espaços de prestígio, poder político e intelectual; enquanto, para os negros, são reservados os com menos prestígio, menos acesso a espaços de qualificação e, conseqüentemente, uma renda salarial mais baixa, restando os cargos que demandam um esforço físico maior, por exemplo, construção civil, serviços domésticos, limpeza urbana etc.

O ser mulher negra, independente do contexto histórico, condição social e condição econômica partilha histórias que se cruzam, ou seja, a mulher negra enfrenta desde o período escravagista até os dias atuais, diversas “formas de discriminação e violência como a racial, doméstica, sexual, institucional e econômica” (OLIVEIRA; BRITO, 2012, p.88). Para os autores, ocorre uma tripla discriminação como mulher, negra e a classe social à qual pertence em sua maioria menos favorecida. Essa discriminação se potencializa na cor de sua pele, a sociedade confere dois papéis semelhantes de inferioridade; a empregada doméstica e o objeto sexual. Essa mulher vivencia no seu cotidiano o preconceito racial cruel, que lhe fere em diversos âmbitos, na sua subjetividade de ser-mulher, profissional, cidadã e como membro de um coletivo.

Dessa forma, no segundo momento de escrevivência, o estudo tratará das histórias de quatro mulheres, negras e moradoras da comunidade quilombola Pau D’arco. Mulheres protagonistas de suas histórias, as quais serão representadas nesse estudo por nomes fictícios de mulheres negras (Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Conceição Evaristo e Jurema Werneck). A proposta é trabalhar através desses nomes fictícios o protagonismo da mulher negra, o qual, nesse estudo, será limitado, em meio a tantas mulheres negras expressivas e importantes na luta contra o racismo. Os nomes foram escolhidos pelas próprias moradoras, que ouviram e assistiram as histórias dessas mulheres – que aqui serão homenageadas –, se reconheceram nas lutas contra o racismo e como vítima dele, e escolheram a que mais representava-as respectivamente. Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Conceição Evaristo e Jurema Werneck, que terão, de forma breve, evidenciadas suas biografias (APÊNDICE A).

São todas mulheres negras, que não aceitaram esses locais conferidos socialmente e reservados para elas, conferidos socialmente e decidiram mudar o planejado para as suas realidades, nas suas especificidades, independentemente do local em que estavam. Deste modo, a escrevivência, como processo de indagação, procurará privilegiar uma escrita acadêmica que inclua a experiência da pesquisadora.

Evaristo, em uma entrevista ao site GELEDÉS<sup>7</sup>, em 2018, buscou explicar o termo “escrevivência” na particularidade da mulher negra. “A nossa escrevivência não é para adormecer os da casa grande, mas sim para acordá-los dos seus sonhos injustos”. A autora traz a oralidade como uma das formas de resistência da mulher negra desde o período escravista (1500-1888) até a atualidade. Destacando a função das mães pretas ao contar histórias para entreter os da casa grande:

Uma mulher que tinha o corpo escravizado, mas também a palavra domada, cerceada. A palavra não era dela, mas tão escravizada como o seu corpo. Na medida em que uma das suas funções era contar, ou seja, falar para os meninos da casa grande. Então a minha escrita, nasce marcada pela minha subjetividade de mulher negra na sociedade brasileira, profundamente marcada pela vivência pessoal e coletiva. Produzo a partir de vidas que me interessam, que estão perto, cidadãos, pessoas do meu cotidiano (GELEDÉS, 2018<sup>8</sup>).

Deste modo, após contar e oferecer materiais visuais (vídeos, documentários, dentre outros) sobre as histórias de cada uma dessas mulheres, perguntei às entrevistadas quem elas gostariam de se chamar nesse trabalho? Diante disso, apresentarei as entrevistadas<sup>9</sup>.

A primeira se chamará *Beatriz Nascimento* pela força, convicção em suas palavras, a beleza na sua pele retinta e sua expressão calma. *Beatriz Nascimento*, com 62 anos, é uma referência na comunidade e na região circunvizinha, recebendo a visita de várias pessoas do Estado em busca de suas garrafadas, chás, dentre outros. *Beatriz Nascimento*, dona de um conhecimento amplo em plantas, raízes e medicamento caseiro sendo diversas vezes convidada para participar de eventos voltados para o conhecimento popular em espaços acadêmicos.

Das quatro mulheres entrevistadas, *Beatriz Nascimento* é a única casada e não foi mãe solo, mesmo em posição de ter um companheiro e de não sofrer julgamento por estar em um relacionamento estável, ela não abriu mão de ser uma mulher forte, sua forma de cuidar do outro encanta, diante das dificuldades, não desiste dos seus sonhos. Atualmente, a sua única renda são as vendas das garrafadas<sup>10</sup>, devido à burocracia da legislação brasileira, não

<sup>7</sup> GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA 31 ANOS. **Conceição Evaristo garante que sua história é uma exceção à regra, em um país marcado pelo racismo estrutural.** Disponível em: <https://www.geledes.org.br/conceicao-evaristo-garante-que-sua-historia-e-uma-excecao-regra-em-um-pais-marcado-pelo-racismo-estrutural/>. Acesso em: 20 out. 2019.

<sup>8</sup> GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA 31 ANOS. **Maria da Conceição Evaristo, a voz da mulher negra na literatura.** Disponível em: <https://www.geledes.org.br/maria-da-conceicao-evaristo-a-voz-da-mulher-negra-na-literatura/>. Acesso em: 20 out. 2019.

<sup>9</sup> Aplicativo itálico para destacar os nomes fictícios das participantes.

<sup>10</sup> Preparada pela moradora Beatriz Nascimento que utiliza a junção de raspas, folhas secas e raízes de árvores como remédio, tendo como base o conhecimento passado de geração a geração.

conseguiu se aposentar, e seu companheiro, por problemas de saúde, não consegue trabalho, porém, sua fé faz com que acredite em dias melhores e não pense em desistir.

A segunda, *Lélia Gonzalez*, 43 anos, mulher negra, mãe solo, atualmente enfrenta um quadro depressivo agressivo, recorrendo com frequência a medicamentos. A história de *Lélia* não se diferencia de outras mulheres, principalmente, as que têm seus corpos sexualizados. Quando criança, foi abusada sexualmente, porém, não teve coragem de denunciar o estuprador, devido à amizade de sua família com a família dele. No entanto, isso não impediu de se relacionar com outros homens, mesmo vivendo com sentimento de ter sofrido uma violência grave e, de certa forma, guardar marcas que às vezes a deixam deprimida.

Durante a infância, adolescência e uma parte da vida adulta sempre evitava usar roupas com cores fortes (vermelho, amarelo, branco<sup>11</sup>...) não usava batom vermelho e as vezes que saía de casa queria logo voltar, entrava em pânico quando ouvia a música “*Nega do cabelo duro*”<sup>12</sup>. Buscava evitar espaços públicos, pois sentia que a qualquer momento seria alvo das atenções, normalmente voltada para ridicularizar sua aparência. Mãe solo - de dois relacionamentos – de duas meninas e um menino, com 43 anos, será avó em alguns meses. *Lélia* se acha uma mulher muito desejada, porém, algumas vezes essa atenção diferenciada ao seu corpo lhe causa vazios em perceber que foi usada. *Ela* tem um dos sorrisos mais lindos, diz que, mesmo diante das dificuldades, “*gosto de sorrir para a vida*” (*Lélia González*, 43 anos).

A terceira entrevistada respondeu imediatamente que gostaria de ser representada por *Conceição Evaristo*. Mulher negra, graduada em história, professora da rede municipal, mãe solo, nos próximos meses nascerá seu primeiro neto. *Conceição Evaristo*, 55 anos, é uma referência pela sua dedicação à luta incansável pelas causas dos moradores da comunidade, principalmente no âmbito educacional. Durante os anos de 2008 a 2014, foi diretora da escola de Ensino Fundamental Prof.<sup>a</sup> Luiz Alberto de Melo, localizada na comunidade, e fez mudanças mais efetivas na grade curricular, com ações para as discussões raciais, objetivando trabalhar a autoestima das crianças negras quilombolas da comunidade. Além disso, uma das pessoas responsáveis em recolher informações sobre a história da comunidade, o que possibilitou o reconhecimento do quilombo enquanto comunidade de remanescentes.

---

<sup>11</sup> Referenciam as práticas das religiões de matriz africana.

<sup>12</sup> Fricote, Intérprete. Luiz Caldas. In: *Magia*. Brasil. Universal Music, 1985, faixa 6. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=KUFdyGuEWbI>. Acesso em: 02 set. 2019.

*Conceição Evaristo* é a única das entrevistadas com o ensino superior, logo, sua condição financeira é melhor do que a das demais. Ela tinha o sonho de ser mãe, e por já ter estabilidade financeira, acreditou que seria suficiente para realizá-lo. *Conceição Evaristo* foi uma das primeiras na comunidade a se tornar mãe solo e pagou um preço alto por quebrar as regras impostas socialmente para as mulheres:

*No trabalho, as pessoas evitavam conversar comigo, passava na rua era apontada a vergonha da família; amo minhas filhas, no entanto, não agiriam da mesma forma de alguns anos atrás, pois não seria capaz de tirar o direito delas de conviver com o pai, também fui muito egoísta com a minha família, não tinha ideia das consequências (Conceição Evaristo, 55 anos).*

Atualmente, *Conceição Evaristo* é vice-presidente da associação de remanescentes de quilombolas da comunidade e coordenadora de três escolas situadas em território quilombola da região agreste.

A quarta entrevistada se chamará *Jurema Werneck*, pela similaridade que talvez não seja reconhecida entre essas duas histórias de forma imediata, mas, com o olhar mais atento percebe-se o encontro, mesmo com percursos de vida diferente. *Jurema Werneck* reside na comunidade, não terminou o ensino fundamental, mãe solo, empregada doméstica, a mais jovem das entrevistadas. Ela tem uma personalidade forte, acredita que sua vida mudará a partir do momento que encontrar um companheiro. Por medo de ficar sozinha, não se vê como uma mulher bonita, acreditando que a partir do momento que os seus seios diminuam vai se sentir bonita. No entanto, não reconhece o racismo como causador dessa construção que ela fez da própria imagem.

*Jurema Werneck* paga aluguel devido a não ter uma relação boa com a mãe. Ela presenciou, em vários momentos, sua mãe sendo agredida pelo pai, em algumas situações precisando recorrer aos vizinhos. Essa foi sua rotina e a de três irmãos/ãs, ela tem o sonho de voltar a estudar, mas no momento seu foco é o trabalho como babá.

São histórias envolvendo pessoas, com as suas subjetividades e similaridades presentes nos relatos das histórias: violência, racismo, miséria e falta de oportunidade. Em contrapartida, há resistência, vontade de viver e o foco em uma luta não só sua, mas de um povo. Nesse contexto, destaco uma fala da autora *Jurema Werneck* ao se referir a perda de **MARIELLE FRANCO** em entrevista ao site GELEDÉS “consegue imaginar o quanto custou para a favela produzir essa mulher? Quanta gente precisou se mobilizar para ela ser o que

era? Quanta energia foi interrompida com esse atentado? Foi o morro que gerou essa mulher brilhante” (GELEDÉS, 2018<sup>13</sup>).

Segundo Silva (2018), quando uma representação política importante como a de MARIELLE FRANCO é aniquilada, por ela refletir através de sua vida outras vidas, as quais vivem sobre um perfil racial, social e econômico marcado pela morte. Ela também mostrou como essas vidas têm potencial para movimentar as estruturas sociais e tornar realidade um projeto potente para a sociedade. A luta dessa mulher expressou que a população negra não deixou de lutar pelo que é seu, pois, antes dela, tiveram outros/as. Conseqüentemente, as favelas/quilombos estão preparando outras Marielles, Lélia Gonzalez, Beatriz Nascimento, Dandara de Palmares, Teresa Benguela dentre outras, porque a sobrevivência é uma luta constante dos negros e negras no território brasileiro.

#### 4.3 A história da comunidade quilombola Pau D’arco: Passado e Presente

Espalhadas por quase todo o Brasil, as comunidades quilombolas são resultado de um processo de luta e resistência que se inicia no período colonial brasileiro e se estende até a atualidade. Essas comunidades abrangem uma nova compreensão de pertencimento, através de lutas pelo reconhecimento não só da identidade de um povo, mas, pelo direito de usufruir de suas terras. Deste modo, as comunidades quilombolas são compreendidas pelo menos a partir de quatro princípios: a luta pela terra (seu território); as questões étnico-raciais; o modo de vida voltado para a agricultura familiar; as relações de cuidado com o outro, passadas de geração a geração, presentes no cotidiano dos moradores desses territórios:

[...] a noção de quilombo não se restringe aos casos de fuga em massa e refúgio de escravos, mas refere-se, sim, à formação de grupos familiares que, buscando uma produção autônoma e livre, baseada na cooperação, faziam frente ao sistema escravocrata (CARVALHO; LIMA, 2013, p. 331).

Segundo Carvalho; Lima (2013), na história do Brasil, o termo quilombo é seguido por uma série de ressignificações que correspondem ao período histórico político no país. Desse modo, no período colonial, o termo designava “toda habitação de negros fugidos” (CARVALHO; LIMA, 2013, p.337). Tal significado trouxe mais repressão aos quilombos e

---

<sup>13</sup> GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA 31 ANOS. **Jurema Werneck: a voz da resistência.** Disponível em: <https://www.geledes.org.br/jurema-werneck-voz-da-resistencia/>. Acesso em: 20 out. 2019.

a marginalização das primeiras formações das comunidades autônomas e resistentes ao sistema.

Já no século XX, de acordo com Gomes (2018), o termo passa por outra ressignificação, se referindo a “remanescentes das comunidades dos quilombos”. Esse significado passa a ser utilizado após a aprovação da constituição de 1988, a qual garante o direito à terra, no artº 68 dos Atos das Disposições Constitucionais e Transitórias-ADCT: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (BRASIL, 1988, p. 55). Desse modo, passa a ser de responsabilidade do Estado brasileiro o reconhecimento e a titulação dos territórios denominados como Comunidades de Remanescentes de Quilombos.

A Fundação Cultural Palmares (FCP) a qual, pelo inciso § 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, é responsável pela certificação das comunidades e sua inscrição no cadastro geral. Esse cadastro ocorre mensalmente, no entanto, estima-se a existência de 5 mil comunidades remanescentes de quilombos, das quais apenas 2.752 são certificadas em todo o território brasileiro. Dessas, 178 estão em análise técnica e 36 aguardando a visita técnica, estando distribuídas em 24 estados federativos, com exceção dos estados de Roraima e Acre. Na região do Nordeste, os estados da Bahia e do Maranhão tem um número considerável de comunidades certificadas e em processo aberto, em (ANEXO B) apresenta o número de comunidades reconhecidas desde 2004 até 2019:

Em relação à titulação das terras de remanescentes de quilombos, o processo ocorre de forma lenta. A titulação dos territórios situados em terras Públicas Federais ou em áreas particulares é de responsabilidade do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), porém, não é uma função exclusiva do INCRA. Segundo o Decreto 4887/2003, também é responsável pela titulação de territórios quilombolas a Secretaria de Patrimônio da União, os Estados e Municípios com terras localizadas em áreas de sua gestão. Por exemplo, os Estados Pará, Bahia, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso, Goiás, Espírito Santo, Sergipe, Rio Grande do Sul e Santa Catarina têm legislações próprias para a regularização de terras quilombolas.

O processo de titulação inicia com a declaração de reconhecimento, em seguida, o **Relatório de Identificação e Delimitação (RTID)**, no qual será publicado no Diário Oficial. A elaboração do relatório é a fase do processo de titulação com o “objetivo de identificar qual é o território utilizado pela comunidade e que deverá ser titulado” (COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS

QUILOMBOLAS – CONAQ. 2019, p.09). Com a fase do relatório finalizada, o próximo passo é a publicação da **Portaria de Reconhecimento**. Após a **Assinatura do Presidente** do INCRA, segue para os momentos finais com a **Titulação** da terra. inicial

Porém, o processo de titulação das terras de remanescentes de quilombos enfrenta não somente a lentidão do seu reconhecimento, mas com o “orçamento do Incra para a regularização de terras quilombolas em 2017, [que é de] apenas 4 milhões de reais [...], [valor] 94% menor do que o disponível em 2010, quando o orçamento era de 64 milhões” (COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS QUILOMBOLAS – CONAQ. 2019, p.19). Há, também, conflitos entre os moradores das comunidades e alguns fazendeiros, que não querem vender parte de suas terras para o governo ao qual se localiza a comunidade. Outro ponto a destacar é a influência dos fazendeiros na região nordeste, pois o poder aquisitivo e a influência política local tornam mais lento o processo de titulação.

A comunidade Pau D’arco se encontra na fase inicial do **Relatório de Identificação Delimitação (RTID)**. Pelo desenvolvimento da comunidade, provavelmente não irá acontecer sua titulação, devido ao processo de urbanização e ao fato de que parte das terras da comunidade foram vendidas em forma de loteamento. Além dos interesses pessoais de alguns moradores, assunto que será abordado em seguida.

A comunidade Pau D’arco está localizada na região Nordeste, no Estado de Alagoas, um Estado com histórico de violência e exploração desde sua formação:

Alagoas é um território que se forma em um campo de contradição entre a organização política de povos que buscavam resistir e lutar por suas terras e pelo reconhecimento de seu modo de vida, contra a lógica colonial que, instrumentalizada por uma aristocracia rural violentou, explorou e massacrou estas populações para formalizar nestas terras parte do Estado brasileiro (FERNANDES, 2016, p.102).

Alagoas representa um dos maiores símbolos de resistência negra no Brasil. O quilombo dos Palmares lutou e resistiu à escravidão, atualmente localizado na Serra da Barriga, município de União dos Palmares. Alagoas, o segundo menor estado brasileiro, com 102 municípios, atualmente com 69 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares e somente uma titulada: a comunidade quilombola Tabacaria, localizada no município de Palmeira dos Índios. As comunidades estão representadas no mapa em (ANEXO C) distribuídas no Estado de Alagoas.

Localizada no agreste alagoano, Arapiraca é a segunda maior cidade do Estado de Alagoas, com duas comunidades quilombolas, Pau D'arco e Carrasco. O município ficou conhecido nacionalmente como “a capital do fumo”; atualmente, a estimativa é que a cidade tem uma população de 231.747 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBG), 2019). A cidade concentra diversos serviços e equipamentos sociais que oferecem suporte a 14 municípios circunvizinhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010).

Pau D'arco se localiza na zona rural da cidade, e é reconhecida como uma comunidade remanescente de quilombolas desde 05 de dezembro de 2006, pela Fundação Cultural Palmares, imagem da comunidade via satélite em (ANEXO A), comunidade leva o mesmo nome de uma árvore chamada “Ipê Amarelo” de nome científico *Tabebuia serratifolia*. De acordo com os primeiros moradores, existia em abundância na comunidade, no momento, encontra no entorno da comunidade alguns com simbolismo muito forte para os moradores.

A comunidade se localiza a 12 quilômetros a sudeste da cidade de Arapiraca, limitando-se, ao norte, com a rodovia AL 102; ao sul, com o Riacho Perucaba; ao leste com o Povoado Balsama, Taquara e Poço de Baixo e ao norte com o Povoado Furna e Batinga. A formação do Pau D'arco data do fim do século XIX, de acordo com os relatos dos mais antigos moradores da comunidade, os quais tiveram uma participação fundamental para o reconhecimento como território de remanescentes de quilombolas. Oriundos de outras comunidades quilombolas e povoados circunvizinhos, esses primeiros moradores formaram três grandes famílias, a qual descende a maioria dos moradores do Pau 'arco. Os patriarcas destas três famílias foram escravos ou filhos de escravas.

A primeira família a chegar à região foi a de Manoel Tomás da Silva e Josefa da Silva, junto de seus seis filhos. A família de Manoel Tomás da Silva e Josefa da Silva veio do Tabuleiro dos negros, distrito de Igreja Nova, pertencente ao Município de Penedo. Segundo relatos dos antigos moradores, Manoel Tomás e Josefa Silva teriam chegado às terras que seriam hoje o Pau D'arco, e que tinham como proprietário um capitão chamado João de Deus Florentino, descendente de português, dono das terras onde se localiza o povoado mais antigo do município, Cangandu. A família de Manoel Tomás Silva, através de casamentos, deu origem às três famílias de que descendem a maior parte dos moradores da comunidade. Uma das lendas conta que Manoel Tomás encontrou um baú de ouro, o qual possibilitou comprar as terras:

Manoel Tomás, antes de chegar a Pau D'arco, tinha achado um baú de ouro, o qual permitiu o mesmo negociar junto a João de Deus a compra de terras para ali construir sua casa e família. Este baú de ouro é uma das lendas da formação da comunidade, de como Manoel Tomás comprou parte de terras de João de Deus. O que se sabe é que as terras de Pau D'arco eram parte do povoado Cagandú, como as próprias escrituras dos terrenos dos moradores comprovam (FERNANDES, 2016, p.113).

Assim, instalados no território, a filha mais velha de Manoel Tomás, Francisca da Conceição Silva, casa-se com Januário Monteiro da Silva, um jovem branco, pobre e de origem desconhecida. Segundo informações não seguras, Januário Monteiro da Silva teria vindo de Pesqueira, Pernambuco. Da união deles, nasceram seis filhos, dos quais descendem os membros da família, chamados atualmente pela comunidade de família Januário, com destaque para as famílias Rodrigues e Almeida (SILVA; SANTOS, 2006, p.22).

Já a segunda família se instituiu da união da outra filha, Maria Rita da Silva, com José Januário Pragelo, filho de uma escrava com um homem branco, de origem do povoado Cagandu, originando a chamada família Pragelo, dos quais descendem as famílias Alves e Roberto (SILVA; SANTOS, 2006, p.23).

A terceira família foi constituída através do casamento da neta de Manoel Tomás Silva e Josefa Silva, com Luiz Tolentino, filho de escravos que trabalhavam em fazendas. Ele migrou da comunidade Rio das Cruzes em 1885, município de Limoeiro de Anadia, chegando no Pau D'arco em busca de abrigo e trabalho, e deu origem à família Tolentino, de que descende a maior parte dos moradores atualmente, dando um destaque para famílias Leite e Cipriano (SILVA; SANTOS, 2006, p.23).

De acordo com relatos, era comum aparecer forasteiro que acabava ficando na comunidade sem nunca falar sua identidade até pelo medo de repressão da população (*Conceição Evaristo, 55 anos*). *“Alguns moradores mais antigos quando procuram saber nos seus documentos sua origem e data de nascimento, nos seus documentos têm data de nascimento desconhecida e sem origem declarada” (boas recordações, 55 anos<sup>14</sup>)*.

Segundo Silva; Santos (2006), através destes casamentos e uniões, o processo de migração para a vila começa a se desenvolver, aumentando os nascimentos e o crescimento das famílias. Manoel Tomás, então, tem a necessidade de negociar a compra de mais terras de João de Deus, extensão que torna o território independente do povoado de Cagandu, constituindo a comunidade Pau D'arco (SILVA; SANTOS, 2006, p.24).

---

<sup>14</sup> Nome fictício da quinta moradora entrevistada, devido a sua relação com “mãe Mância”.

Fernandes (2016) chama a atenção para o processo migratório que deu início à formação da comunidade. Segundo o autor, não sendo uma exclusividade de Pau D'arco, mas uma dinâmica das próprias comunidades quilombolas ir para outras regiões ou outras comunidades. Um processo no qual as prováveis causas são:

[...] modo de comunicação entre as comunidades quilombolas de diversas regiões; formas de resistência e reorganização das comunidades frente aos processos de repressão e opressão; ou formas de comunicação entre as comunidades quilombolas na busca por estabelecer um sentido de nação negra (FERNANDES, 2016. p 114).

A formação da comunidade Pau D'arco sucede de um processo migratório da família de Manoel Tomás e Josefa da Silva, de terras quilombolas do Tabuleiro dos Negros para a região de Arapiraca. Esse processo origina outras três famílias, as quais se formaram e casaram-se entre si devido à proximidade territorial e relações que mantinham. [...] *nessa época era normal casamento entre parentes próximos como primos, bastava o bispo ou o padre dar o consentimento. (Conceição Evaristo, 55 anos).*

As formas de se relacionar dos moradores, assim como os casamentos entre membros da mesma família são pontos importantes, segundo Fernandes (2016), para entender algumas particularidades históricas da comunidade, como: os mutirões para construções de casas; os mutirões para o plantio e colheita; também, as datas comemorativas; as formas de cuidados em saúde; bem como o sentimento de pertencimento a essas três grandes famílias, símbolos da comunidade. Os mutirões eram comuns na comunidade, seja no plantio ou na colheita no período de inverno, bem como na construção de casas. Eram acontecimentos festivos para os moradores, realizados através de ações coletivas, estando presentes crianças, adolescentes, adultos e idosos:

Os mutirões expressavam a vida comunitária de Pau D'arco, mediada por vínculos de parentesco e amizade, que fazem do trabalho momentos de encontros, festa e comemoração [...] O que caracterizavam estes mutirões eram os vínculos compartilhados entre os sujeitos que deles faziam parte, no pertencimento à mesma terra, a uma família e a um modo de viver (FERNANDES, 2016, p. 116).

No entanto, as formas comunitárias de viver dos moradores foram enfraquecendo com o passar do tempo, principalmente com a entrada do cultivo do fumo na região. No início, foram poucas famílias na comunidade a realizar o plantio. Contudo, com o progresso do cultivo na região, as terras começaram a ser compradas por pessoa de fora da comunidade. Nos seus entornos, formaram-se fazendas de grande extensão, onde seus proprietários

investiram nessa produção. Diante desse processo, a dinâmica da comunidade vai se transformando.

Segundo relatos dos mais velhos, nesse período, os moradores donos das terras as venderam para pessoas de fora, que, ao se instalarem, construíram pequenas fortunas na comunidade. Necessário destacar que esses moradores em sua maioria são brancos e, ao chegarem à comunidade também trouxeram consigo um racismo violento contra os moradores da comunidade, principalmente os de pele retinta

*[...] já teve situação de cuspirem, de chamar de macaco e negro nojento, ou de eles estarem reunidos e quando passa uma pessoa de pele mais escura ela ser alvo de várias piadas e gritos. Durante muito tempo, os pais de filhos brancos não aceitavam o casamento de seus filhos com as moradoras jovens negras da comunidade a ponto de criar uma relação de ódio pela mulher negra. Eles apontavam que os seus filhos foram prejudicados em ir morar com uma mulher negra, porque não acontecia o casamento formalmente, pois, diante da situação, a torcida passa a ser para os netos não nascerem de pele escura e cabelo ruim. Já as mulheres brancas nem pensam em casar com homem negro, caso essa mulher se casasse era uma relação de humilhação constante em inferiorizar esse homem. Os moradores tornaram-se estranhos e oprimidos na comunidade (Lélia Gonzalez, 43 anos).*

Assim, diante do processo de desenvolvimento da comunidade, com a introdução do fumo, as terras antes cultivadas para a agricultura de subsistência diminuíram. O cultivo do fumo fortalece e ingressa no cotidiano da comunidade, fortalecendo uma relação gerida pelo capital, conseqüentemente, o dinheiro passa a mediar às relações do dia a dia na comunidade. Segundo Fernandes (2016), a monocultura do fumo prevaleceu até metade da década de 1980, mas quando diminuiu sua produção, não foram alteradas as relações de vida e trabalho na comunidade dominada pelo capital, estas relações ficaram como legados deste período.

De acordo com Silva; Santos (2006), essas relações deixaram raízes, às quais ampliaram-se no cotidiano da comunidade. As formas dos moradores se relacionarem coletivamente foram trocadas pelo trabalho pago. Na comunidade, ainda há moradores que plantam fumo para venda nas feiras locais. Entretanto, com o declínio do “cultivo desta cultura a produção da mandioca tornou-se meio substitutivo de renda, sendo vendida para os Estados de Pernambuco e Sergipe” (FERNANDES, 2016, p.116).

Na atualidade, a comunidade é vista como um modelo para as demais, por ser considerada uma das mais importantes do agreste alagoano, por sua extensão de terras, sua localização, com 550 famílias, com aproximadamente 3.000 moradores e a preservação das características da população negra na maioria dos moradores, ficando conhecida como “Pau

D’arco dos negros”. Mesmo que, durante muito tempo, esse nome tenha sido motivo de vergonha para alguns moradores:

O pessoal tinha vergonha quando era perguntado o seu endereço, tentavam justificar que moravam próximos ou omitiam e o estranhamento de pessoas de fora quando pessoas pardas ou brancas falavam que moravam no Pau D’arco, mas você não nasceu lá? Porque lá só tem negão de pele escura (SILVA; SANTOS, 2006. p 90).

Uma das entrevistadas destaca a importância de os moradores conhecerem a história da comunidade, por entender que o sentimento de pertencimento pelo local de moradia, o qual leva diversos estigmas, não é algo fácil e de rápida superação. Uma conquista concreta para os moradores foi o reconhecimento da comunidade como remanescente de quilombola e a criação da associação em 05 de maio de 2007, registrada no CNPJ sob o nº 08775976/48. A criação da associação apresentou avanços para a comunidade, tornando mais acessível aos moradores alguns benefícios sociais, como: transferência de renda; descontos em contas de água e luz; incentivo na criação de eventos voltados para a valorização da cultura com o objetivo de trabalhar a autoestima dos moradores; e, o acolhimento de pesquisadores de diversas áreas, criando parcerias com instituições/estudantes de graduação, mestrado e doutorado. Isso representou avanços importantes de “pesquisa e levantamento de dados sociais, culturais, políticos e econômicos mais concretos relativos aos valores humanos” (SILVA; SANTOS, 2006, p. 06).

Deste modo, a comunidade alcançou um desenvolvimento nas áreas sociais, econômicas e educacionais, contando com acesso regular de transporte; o abastecimento de água potável e o fornecimento de energia elétrica; a instalação de uma Unidade Básica de Saúde; duas escolas, sendo uma com o fundamental completo e outra de tempo integral; diversos estabelecimentos comerciais; grupos que desenvolvem atividades esportivas e assistências culturais informais. Mas, ao mesmo tempo em que ocorreram avanços na comunidade, a precarização da vida dos moradores se complexificou cada vez mais com a intensificação da desigualdade socioeconômica.

De acordo com o plano diretor de 2006, da prefeitura de Arapiraca, a comunidade contém características urbanas, no entanto, continua tendo o centro econômico na agricultura de subsistência. A comunidade passa por um conflito envolvendo moradores com interesses distintos, pois, a mudança de “rural para o urbano, nos seus documentos”, é vista apenas por uma pequena parte como sinal de desenvolvimento, já que a maioria não visualiza avanço para a cultura local. O próprio aspecto da comunidade traz uma visão inicial de urbano com

algumas construções com muro alto típico dos centros urbanos, com avenida principal asfaltada, algumas ruas calçadas e o avanço de construções de casas em terreno antes utilizado para o plantio. As mudanças na comunidade se situam no comportamento dos moradores que aos poucos estão perdendo hábitos antes muito fortes na comunidade como: fechar as portas tarde da noite devido às conversas até certa hora da noite com os vizinhos nas calçadas, organizar festa em determinada casa, principalmente no mês de junho e dentre outros. Além disso, o desenvolvimento na comunidade trouxe um aumento considerável da violência, uma violência estrutural que não se restringe a comunidade, mudando a relação entre os moradores como: alcoolismo, desemprego: *“estou em casa, fico com medo quando chega uma pessoa falando alto penso o que aconteceu qualquer barulho à noite, você pensa estão roubando”* (Beatriz Nascimento, 62 anos).

Segundo a fala de uma moradora que se posiciona contra o processo, o Pau D’arco diferencia-se de outras comunidades pela necessidade do trabalho com a cultura de um povo que há algum tempo não tinha sua própria identidade:

*[...] não somos contra o progresso, mas o momento não é viável para uma comunidade reconhecida como comunidade de Quilombo tão recente temos que nos unir para nos afirmar, não nos dispersar de um trabalho que está dando certo”* (Conceição Evaristo, 55 anos).

A moradora chama a atenção para um trabalho realizado na escola através do projeto “Construindo a Identidade Afrodescendente”, o qual ocorre desde 2004 no espaço escolar, com discussões voltadas para a diversidade étnica, tendo como norte a contextualização da comunidade e a participação das comunidades vizinhas. Entre avanços e retrocessos, os moradores estão vivenciando várias conquistas na comunidade. Essas mudanças são nítidas na autoestima dos moradores, como, por exemplo, a experiência de filhos de descendentes de quilombolas acessando o ensino superior, o que antes era algo mais difícil. Assim, a história segue o seu percurso, e Pau D’arco vai acompanhando como um território negro de luta e resistência.

## **5 A EXPERIÊNCIA DO ESTUDO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NA COMUNIDADE QUILOMBOLA PAU D'ARCO - AL**

No presente capítulo, darei continuidade à experiência de campo ocorrida na comunidade quilombola Pau D'arco, a qual busca compreender a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e as alternativas encontradas pelos moradores quando a saúde institucionalizada pelo Estado não se efetiva por completo para a resolução dos seus problemas de saúde.

Assim, o estudo permitiu relacionar de que forma esses serviços estão sendo executados e como os moradores estão recebendo os serviços de saúde. Também foi possível observar a relação cotidiana da comunidade entre saberes populares e a saúde biomédica. Neste capítulo, o eixo saúde, destacado na experiência do estudo tanto nas narrativas dos moradores como na dos profissionais terá uma atenção maior. Portanto, as discussões estarão voltadas para: 1- O acesso à Atenção Básica na comunidade (Saúde Biomédica e Racismo institucional), 2- Saberes e Práticas Tradicionais de cuidado à saúde e o 3- Reconhecimento dessa saúde como direito no cotidiano dos moradores.

### 5.1 O Acesso à atenção básica: Seus efeitos na Comunidade Quilombola Pau D'Arco

A comunidade quilombola Pau D'arco, como já citado anteriormente, tem no seu histórico a luta e resistência dos seus moradores, uma das conquistas ocorreu com as mudanças da Unidade Básica de Saúde (UBS) de locais menores para um maior em 2012. Destacando que esse período foi resultado das revisões da Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 2011, através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a qual se destinavam recursos para as reformas e construções de novas UBS, Pau D'arco foi contemplado com a construção da referida Unidade Básica de Saúde.

Os primeiros atendimentos de saúde na comunidade iniciaram em um cômodo cedido pela igreja. Os profissionais esterilizavam os materiais de trabalho na casa de moradores próximos. E, o atendimento não ocorria em todos os dias úteis, tornando muito difícil o acesso à saúde, pois, quando o dentista ia atender avaliava e, o mais grave era atendido e liberava os outros que não estavam tão graves, resultando no problema dentário na comunidade, alguns moradores perdiam os dentes ainda jovens, ou seja, a prevenção preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica à Saúde não acontecia.

Com o passar dos anos, os serviços de saúde foram transferidos para uma casa adaptada para o atendimento, porém, mesmo com melhorias, o espaço era pequeno para atender a demanda, que já abarcava toda a região circunvizinha. Com muita reivindicação, em 07/12/2012, foi inaugurada a Unidade Básica de Saúde (UBS), com uma estrutura maior e a possibilidade para futuramente aumentar suas instalações, sendo uma referência para o município.

Um fato que merece destaque desde a sua inauguração foi a escolha do nome que levaria a instituição. Os moradores priorizavam o nome de alguém que houvesse contribuído para o desenvolvimento da comunidade. E, mesmo com as famílias mais antigas possuindo diversos nomes a indicar, após intensos debates, optou-se pelo nome de Mância Jesuína dos Santos. Diante disso, faz-se necessário uma breve apresentação dessa mulher e sua importância para a comunidade. Mais uma vez, o termo *escrevivência* se faz importante na narrativa da história de “mãe Mância”, a qual terá na fala de sua neta o resgate da “memória passada de geração a geração, por meio da oralidade, presente nas narrativas das histórias de mulheres negras sobre seu povo, suas tradições e costumes” (CARVALHO, 2019, p.17)

Mância Jesuína dos Santos (1901 -1994), conhecida por “mãe Mância”, foi parteira por mais de 48 anos e só parou de atender na velhice, após desenvolver o Alzheimer, que se agravou devido ao falecimento de seu companheiro. “Mãe Mância” foi responsável pelo nascimento da maioria dos moradores da comunidade e regiões circunvizinhas, os quais, na atualidade, se encontram próximos da terceira idade ou já faleceram. Numa época em que o acesso aos serviços de saúde não era para todos, “mãe Mância” teve um papel fundamental para a comunidade, já conhecedora de um saber popular, era uma verdadeira referência. Porém, durante uma das entrevistas com o profissional mais antigo da UBS, foi relatado o estranhamento de alguns usuários e visitantes da foto dela na entrada da instituição: “*O que é isso? Será se fosse uma mulher branca aconteceria esse estranhamento?*” (27 anos de trabalho). Faz se necessário pontuar que “mãe Mância” era uma mulher negra. De acordo com sua neta:

*[...] ela saía a qualquer hora da noite de inverno ou verão para atender ao chamado de socorro de uma mulher que estava para parir, enfrentava o riacho cheio precisando ser acompanhada pelo seu companheiro por ser tarde da noite, nunca negou socorro a quem foi a sua procura (boas recordações, 56 anos).*

Muitas das vezes, nem terminava em uma casa, já tinha outra família aguardando a sua presença para mais um parto.

*As famílias eram gratas, quem tinha uma condição financeira melhor tentava retribuir o favor em alimentos, pedaço de tecido, dentre outros. Mesmo as famílias que não podia dar, “mãe Mância” nunca se negou a atender, por isso, no momento que foi pensado o nome para a instituição tendo como referência a saúde para a comunidade não tinha como negar essa homenagem (boas recordações, 56 anos).*

. A história de “mãe Mância” se interliga com a realidade vivida pela comunidade de muita pobreza, mortalidade infantil, ausência de um planejamento familiar, falta de acesso à saúde:

*[...]tinha família que chegava a nascer entre 19 a 25 filhos, nos quais sobreviviam 7 ou menos, eles morriam desnutridos, era difícil um dia não ter enterro de criança e, muitas das vezes, no mesmo dia, eram mais de 3 em sua maioria não chegavam ao um ano de vida (boas recordações, 56 anos).*

De acordo com o relato da moradora, o número de mortes após o parto em mulheres era considerável, “*sentiam um mal-estar, com poucos dias morriam ou ficavam com sequelas, na maioria das vezes, algumas enlouqueciam e ninguém sabia que poderia resolver esse problema ou diminuir as sequelas, essa mulher era condenada à morte em vida*” (boas recordações, 56 anos). A morte materna tem sua definição de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual caracteriza como preveníveis e evitáveis, pois “*acontecem durante a gravidez em qualquer mês, durante o parto e no pós-parto até quarenta e dois dias. A OMS trabalha, também, com o conceito de mortalidade materna tardia que é aquela que acontece até um ano depois do parto*” (CARNEIRO, 2005, p.79).

Segundo Carneiro (2005), no Brasil, a primeira causa de morte materna está vinculada ao Toxemia Gravídico<sup>15</sup>, as prováveis explicações ocorrem devido à precariedade do pré-natal ou ausência de acompanhamento a parturientes<sup>16</sup>. Situação vivida pela maioria das mulheres da comunidade quando os partos eram realizados em casa, também em muitos casos “*era a falta de uma alimentação saudável e a preocupação com mais uma boca para comer e a incerteza da sua sobrevivência e do bebê*” (boas recordações, 56 anos). Quando percebia que haveria complicações no parto, que poderiam colocar em risco a vida da mãe e do bebê. “mãe Mância” solicitava que levasse a mulher para o hospital no centro da cidade. No entanto, na maioria dos casos a família da gestante não tinha condições financeiras para levar essa mulher ao hospital, e “*recorriam a oração para proteger mãe e filho*” (boas

<sup>15</sup> Hipertensão arterial não tratada durante a gravidez (CARNEIRO, 2005, p.79)

<sup>16</sup> Diz-se da mulher que se encontra em trabalho de parto ou acabou de dar à luz (Dicionário online de português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/parturiente/>. Acesso em: 01 dez. 2019.

*recordações, 56 anos*). A ausência de transporte coletivo os obrigava a caminhar longas distâncias para ter acesso aos serviços ofertados no centro na cidade, ou seja, a maioria dos moradores não acessava os serviços de saúde, sendo uma conquista importante a UBS no seu território.

Na atualidade, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Mância Jesuína dos Santos atende nove comunidades, incluindo o Pau D'arco, e é uma instituição de referência pela estrutura e pela demanda de trabalho. O atendimento é realizado por duas equipes, divididas entre as comunidades com 5.679 habitantes, aproximadamente três mil habitantes são do Pau D'arco. Mesmo sendo referência pela estrutura, a instituição permanece com alguns problemas decisivos para o atendimento aos moradores, como, por exemplo: a ausência de uma formação continuada e investimentos em saúde, para que a equidade seja efetiva no cotidiano dos moradores no acesso à saúde.

#### 5.1.1 *Saúde Biomédica: Um modelo de saúde institucionalizada*

A saúde biomédica<sup>17</sup> tem seus conhecimentos assegurados, como o oficial do sistema de saúde que inclui o uso de medicamentos alopáticos, visitas e consultas com médicos especialistas. É esse o modelo de saúde oferecido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mância Jesuína dos Santos para a comunidade Pau D'arco e os oito povoados circunvizinhos, através de duas equipes fixas na unidade formadas por clínico geral, enfermeiro, dentista, auxiliar de dentista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. No momento, as duas equipes se encontram completas.

Os serviços realizados pela equipe fixam são ofertados na instituição e também através da visita domiciliar para os usuários acamados, em sua maioria idosos e, principalmente, mulheres idosas. As visitas ocorrem com o médico, enfermeiro e dentista, sempre um dos três acompanhados do agente comunitário de saúde responsável pela área, devido ao conhecimento que ele/a tem no território. O trabalho é realizado também com grupos específicos como: Hipertensão<sup>18</sup>, Diabetes, Saúde Mental e estão tentando articular um programa contra o Tabagismo. Segundo a gerente da unidade, um dos problemas na comunidade para

<sup>17</sup> Relativo ou pertencente à biomedicina, à parte da medicina que se pauta nas ciências naturais (biologia, biofísica etc.) e tenta colocá-las em prática. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/biomedica/>. Acesso em: 14 out. 2019.

<sup>18</sup> HIPERTENSÃO- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos que orienta gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hipertensao>. Acesso em: 15 dez. 2019.

trabalhar em grupo é a ausência dos moradores, o que dificulta a organização e a continuidade dos grupos com temáticas importantes para o processo de prevenção de algumas doenças. Na unidade há, também, o apoio da equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Educador físico, Nutricionista.

No estudo, foram listadas algumas doenças, às quais têm incidência<sup>19</sup> maior na população negra. De acordo com relatos dos entrevistados, as doenças mais presentes na comunidade são a Hipertensão Arterial e a Diabetes. A Hipertensão Arterial é um dos maiores problemas de saúde enfrentado pela comunidade. A soma dos hipertensos em Pau D'arco chega a ser o dobro da quantidade dos outros oito povoados. Através de levantamentos mensais realizados junto aos Agentes Comunitários de Saúde em 2018, a comunidade tinha 300 pessoas hipertensas e, em contrapartida os oito povoados tinham 148. Já em 2019, até o mês de julho, houve um aumento, sendo respectivamente 320 e 161 o número de hipertensos. De acordo com o relato de um profissional da unidade, *“a provável explicação desse crescimento ocorre pelo aumento de pessoas entre 30/50 anos de idade com hipertensão arterial em sua maioria mulheres, ou seja, não sendo uma particularidade como antes de uma determinada idade” (14 anos de trabalho)*.

Outra problemática enfrentada pelos moradores da comunidade é o *diabete mellitus II*. Em 2019, até o mês de julho, existiam 110 pessoas diagnosticadas e em acompanhamento, enquanto nos oito povoados somavam-se 42 pessoas. Entender o que acontece na comunidade não se resume somente à comparação numérica, mas, principalmente compreender as relações de saúde/doença, pois, *“a cada ano que passa, esse número de pessoas portadoras da hipertensão arterial aumenta, não entendo o que está acontecendo” (27 anos de trabalho)*. Deste modo, vê-se a necessidade de um trabalho mais consistente de prevenção, assim como o desenvolvimento de novas ações medicativas ou preventivas, que compreendam as especificidades da saúde da população negra.

Todas as quatro entrevistadas vivem ou sob medicação prescrita ou sob acompanhamento relacionado a essas duas doenças. A mais nova das entrevistadas está com suspeita de Diabete, tendo apenas 32 anos. As moradoras apontam uma preocupação *“se não tem hoje provavelmente a alguns anos terão. É questão de tempo como regra e não algo que pode ser evitado” (Conceição Evaristo, 55 anos; Lélia Gonzalez, 43 anos)*.

---

<sup>19</sup> Doenças consideradas prevalentes, ou seja, aquelas consideradas como o nível de maior frequência, podendo ter um grau de aparecimento ou ser exclusividade de um determinado grupo. (RISCADO, 2012.p.90).

Antes de finalizar a fase de campo do trabalho, uma senhora faleceu na comunidade devido ao agravamento da Diabete, de certa forma, negligenciada pelo modelo de saúde, a fala de uma de suas filhas a qual fez parte do grupo de moradoras entrevistadas deixa nítido:

*[...]ela passou mais de 15 dias no hospital e não melhorou, mas mandaram mesmo assim para casa e com uma bactéria na língua para morrer, fui ao posto solicitar a visita de um profissional para passar um soro, porque ela tinha parado de comer, não chegou ninguém, ela morreu (Jurema Werneck, 32 anos).*

As dificuldades vivenciadas pelos moradores perpassam essa realidade. Ao mesmo tempo em que as pessoas têm acesso a uma instituição de referência, os serviços afastam-se dos usuários que vão à sua procura. A indignação esbarra na implementação de uma política pública marcada pela falta de recursos humanos e materiais.

O relato de uma profissional residente na comunidade reivindica uma atenção dos profissionais para a saúde da população negra, por compreender que as doenças mais presentes na comunidade não são uma particularidade dos moradores, pois estamos no primeiro país fora da África com um maior número de pessoas negras “*estou cansada de pedir, me tornando a negra chata inconveniente*” (14 anos de trabalho). Dessa forma, um depoimento como esse nos possibilita refletir que a escravidão não deixou somente a exclusão social, política, econômica e cultural vivenciada pela população negra, mas, também, seu corpo herdou algumas especificidades de adoecimento. Especificidades essas que se potencializam com a exclusão social desse corpo negro, ou seja, de doenças em que a forma de cuidado seria decisiva para a melhora do doente ou da sua qualidade de vida.

Dessa forma, quase todas as particularidades dos serviços de saúde destinados à população quilombola revelam que a atenção primária não está adequadamente presente na assistência à saúde. Quando se volta à precariedade de acesso aos serviços de saúde para a população negra quilombola, os moradores da comunidade convivem com a invisibilidade de seu corpo, a morte da pessoa negra não causa revolta e, se causa, tem o racismo para deslegitimar.

### 5.1.2 *Racismo Institucional*

Em cada contexto histórico, o racismo se apresenta de forma distinta e, com o passar do tempo, torna-se mais complexa a sua compreensão e as reais consequências no cotidiano das pessoas. Uma vez que o racismo consegue se metamorfosear nas relações do dia-a-dia. Quando perguntei se as moradoras e profissionais já tinham passado ou presenciado situações

de racismo na instituição e sabiam o que é racismo institucional, umas das entrevistadas trouxe um caso marcante, de um morador da comunidade que morreu devido a não conseguir ir para a Unidade Básica de Saúde, *“eles me olham atravessado, principalmente depois do assassinato do meu filho. Sei que ele estava envolvido com coisa errada, mas não justifica essa forma de me tratar”* (Conceição Evaristo, 55 anos). As falas deles/as, principalmente das moradoras, se voltaram para algumas pessoas específicas da recepção e profissionais mais antigos residentes na comunidade. Elas relataram que algumas das vezes que foram na instituição essas pessoas as trataram mal ou dificultaram o atendimento.

*Não entendo por que me trata assim, não gosta da minha pessoa, o que tem contra mim? [...] não compreendo, é porque a pessoa é preta? Devia ser diferente [...] nunca falou na minha frente. Mas, uma colega me falou que quando saí falaram ‘olha para aquela negra’ [...] o racismo está impregnado no exercício profissional de alguns profissionais, sendo nítido no atendimento diferenciado* (Conceição Evaristo, 55 anos; Lélia Gonzalez, 43 anos).

Um dos profissionais entrevistados relatou que algumas vezes já precisou chamar a atenção de outro profissional institucionalmente, devido à situação constrangedora pelo qual estava fazendo um usuário passar: *“foi preciso lembrar a ele que estar naquele trabalho era para atender da melhor forma possível não para ridicularizar o usuário, pois o seu trabalho depende da presença do usuário na instituição”* (27 anos de trabalho).

De acordo com Almeida (2019), quando o racismo se volta para um indivíduo/grupo específico, são necessárias leis que punam isso como um crime. É preciso de uma atenção maior na situação descrita anteriormente pelas entrevistadas, que não admitem o racismo, mas somente o preconceito racial muito comum no cotidiano. Nesse tipo de raciocínio, assim *“não haveria sociedades ou instituições racistas, mas indivíduos, que agem isoladamente ou em grupo”* (ALMEIDA, 2019, p.36). Deste modo, a compreensão do individual dificulta o entendimento do racismo dentro de uma reflexão histórica e real, que repercute na vida de uma determinada população, restringindo-se a atos isolados e na defesa superficial.

Ao mesmo tempo em que os relatos sobre *“situações de racismo narrados pelas entrevistadas”* focam num grupo de pessoas, não observam que, dentre os 26 funcionários fixos da instituição, somente quatro são negros (nas funções de serviços gerais, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem). A fala de uma profissional e moradora traz a sua compreensão de racismo institucional, na sua prática profissional muito dolorosa;

*O desconhecimento de algumas doenças prevalentes na população negra é uma forma de extermínio e do racismo institucional se expressar, eles não estão preocupados com a saúde da população negra. Eles têm conhecimento de que alguns medicamentos não funcionam na etnia negra para pressão arterial, mas, mesmo assim continuam enviando e os médicos receitando (14 anos de trabalho).*

Para Guimarães; Riscado (2017) o racismo institucional na sociedade brasileira se apresenta de forma particular. Enquanto uma concepção do racismo individual ocorre em alguns casos como resultado da agressão física/verbal, postagem na internet dentre outros; o racismo institucional é dissimulado e sutil, porém, não menos destrutivo.

As discussões sobre racismo institucional se apresentam como avanço para as relações raciais, pois, a partir deste debate, o racismo passar a ser compreendido em uma proporção maior, além de atos individuais, também como consequência das formas de funcionar das instituições, as quais através de normas e regras mesmo sem intenção direta, atribuem prejuízo e vantagem para um determinado grupo, tendo como referência a raça, pois;

[...] é no interior das regras institucionais que os indivíduos se tornam sujeitos, visto que suas ações e seus comportamentos são inseridos em um conjunto de significados previamente estabelecidos pela estrutura social. Assim, as instituições moldam o comportamento humano, tanto do ponto de vista das decisões e do cálculo racional, como dos sentimentos e preferências (ALMEIDA, 2019, p. 38).

Para o autor, o racismo é resultado de uma estrutura social reproduzida através da “normalidade” que forma as relações econômicas, políticas, sociais e familiares, não sendo uma doença, uma desorganização institucional. Porém, “o racismo é estrutural” a sua concepção individual e institucional é somente o resultado de uma sociedade racista.

Algo a ser destacado nas falas das moradoras a compreensão das mesmas sobre o racismo nas suas vidas, que se limita a uma falta de caráter de indivíduos. Mesmo evitando espaços institucionais na própria comunidade, para elas, o racismo não afeta as suas rotinas, pois acreditam nas escolhas individuais para as suas conquistas e fracassos. Não sendo uma compreensão somente das moradoras, mas algo muito presente no cotidiano, e que possibilita camuflar as reais consequências do racismo na população negra brasileira.

Dessa forma, o racismo voltado para a saúde na população negra não somente invisibiliza esse corpo e as suas demandas, mas também age deslegitimando as formas de cuidados históricas, passadas de geração a geração no cuidado a saúde da população negra, quando a saúde biomédica não era acessível ao negro.

## 5.2 Saberes e práticas tradicionais de saúde

Diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os moradores das comunidades quilombolas procuram solucionar seus agravos e/ou doenças através do conhecimento popular passado de geração a geração, pertencente aos seus territórios. “Estas práticas incluem: remédios caseiros a base de chás e de ervas; garrafadas de raízes e plantas medicinais; acompanhamento com parteiras; práticas com rezadeiras, benzedadeiras” (FERNANDES, 2016, p.88). A ação de visitar o doente, muito particular da vivência comunitária, foi destacada como algo importante por uma entrevistada, “gosto *quando estou passando por um problema de saúde e as pessoas me visitam e desejam que eu melhore*” (Jurema Werneck, 32 anos).

Em relação à frequência de suas idas para a Unidade Básica de Saúde (UBS), as moradoras responderam que a depender do problema de saúde, primeiro recorrem remédios caseiros (chás, xaropes, banhos de assentos dentre outros).

*Devido à educação informal que recebemos dos nossos pais e dos mais velhos, geralmente sabemos que determinadas ervas com os seus efeitos podem aliviar ou melhorar um problema de saúde, não buscamos imediatamente o posto (Conceição Evaristo, 55 anos).*

Nos quintais dos moradores mais velhos têm uma diversidade de plantas medicinais: “no meu quintal tem tudo que preciso, remédio de resfriado e processo inflamatório grave, não gosto de tomar o remédio que vem do posto, primeiro recorro às minhas plantas” (Beatriz Nascimento, 62 anos). Uma das moradoras relatou várias situações em que recorrer os remédios caseiros resolveram os seus problemas de saúde:

*Já passei por uma situação que procurei a instituição com o diabete em 512<sup>20</sup> com ânsia de vômito e tontura, o médico foi gentil me encaminhou para o hospital e pediu para chamar minha família, no hospital não quis ficar internada me passaram o remédio, mas não baixou devido o meu ser emocional, voltei para casa fui ao quintal peguei umas folhas fiz um chá, quando retornei o médico se surpreendeu, pois tinha baixado para 212 (Beatriz Nascimento, 62 anos).*

---

<sup>20</sup> “O diabetes pode causar o aumento da glicemia e as altas taxas podem levar a complicações no coração, nas artérias, nos olhos, nos rins e nos nervos. Em casos mais graves, o diabetes pode levar à morte.” (MINISTERIO DA SAUDE, 2013). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/diabetes.A>. Acesso em: 21 jan. 2019.

Um dos problemas vivenciados pelas comunidades quilombolas é a desvalorização com relação às formas de cuidados citadas anteriormente. Numa entrevista com um profissional, foram relatadas as atitudes de alguns profissionais diante de uma proposta de trabalhos acadêmicos que levariam pessoas da comunidade com conhecimento popular para a instituição: *“alguns profissionais ficaram assustados falando que aquelas formas de cuidados não funcionam, foi algo tão forte que se espalhou pela comunidade que as moradoras que estavam convidadas para a atividade desistiram”* (27 anos de trabalho).

Na fala de uma moradora da comunidade, em determinado período de sua vida ela negava seu conhecimento à saúde através das plantas e raízes;

*[...]Jeu tinha medo de ser processada e falarem que os meus remédios mataram alguém, se o médico errar e ocasionar a morte de alguém foi uma fatalidade, mas se for um conhecimento popular através de chás e garrafadas que não deu certo às vezes somente um mal-estar esse erro não é somente meu, mas a negação de conhecimento centenário de um povo. (Beatriz Nascimento, 62 anos).*

O depoimento da moradora traz o sentido de assinalar a responsabilidade das pessoas que lidam com o conhecimento popular no campo da saúde e a cobrança social dobrada em relação à eficácia desses tratamentos. O processo de inferiorizar o conhecimento popular é uma das formas encontradas para deslegitimar saberes que precisam ser reconhecidos, não negados. Pois, quando eles são negados, vão juntos elementos de sobrevivência de um povo.

*Eu passei por três problemas de saúde sérios, primeiro: uma ferida no colo do útero o qual fui desenganada pelos médicos; o outro, uma ferida na perna, quase amputam a minha perna e poucos dias tive cobreiro meu braço direito ficou paralisado e com muitas bolhas. Nos três momentos, primeiro procurei o posto, mesmo tendo conhecimento de raízes e plantas que poderiam resolver o problema. Então, por último, sou guiada pelo pensamento a fazer tal remédio com raízes e plantas, logo fiquei boa, acredito que foi teste, mas quando me perguntaram como fiquei boa, falei que foram os remédios que o médico passou (Beatriz Nascimento, 62 anos).*

A entrevistada, ao relatar as três situações as quais esteve doente, mostra o medo quanto a reação das pessoas ao seu redor e as prováveis repressões diante do conhecimento dessas práticas de cuidados. Mesmo que alguns problemas de saúde não sejam solucionados, há uma resistência constante por valorizar tal conhecimento. Assim, a moradora busca se proteger e ser aceita, pois, assumir esse conhecimento seria uma declaração de ir contra o modelo padronizado de saúde. Alguns moradores da comunidade não somente não acreditam na saúde por meio dos saberes populares, como, algumas vezes, são agressivos nas falas e atitudes, *“algumas pessoas que moram na comunidade só acreditam no que o médico fala”* (Beatriz Nascimento, 62 anos).

Segundo Fernandes (2016), para entender a importância da saúde para as comunidades quilombolas através do conhecimento popular, faz-se necessário compreender que esse conhecimento popular não é somente uma alternativa de um processo de não inclusão vivido pelo segmento populacional, além disso;

[...] são epistemologias que atrelam o cuidado à saúde a uma dimensão maior vinculada aos modos de viver. Como saberes que se incorporam no cotidiano das comunidades quilombolas e auxiliam a interpretar a realidade, na compreensão dos fenômenos, da vida, do adoecimento, do corpo, da saúde (FERNANDES, 2016, p.88).

As conquistas institucionais no âmbito da saúde precisam ser constantemente avaliadas, assim como, as formas que os serviços estão chegando à comunidade, pois a partir do momento que o conhecimento científico se sobrepõe aos conhecimentos populares, as formas de cuidados em saúde estão sendo prejudicadas.

*Recebi a ligação de um médico cirurgião através de indicação de um vizinho, o médico fazia anos que lutava contra um problema de saúde e não tinha jeito, ao falar comigo ele deu uma risadinha e perguntou será que cura mesmo? logo respondi tome o remédio depois você rir, quando ele chegou na minha casa para pegar o remédio que tinha preparado falei para ele, siga tudo que eu falar, pois ao mesmo tempo que ele cura, ele mata se fizer algo errado, depois de alguns dias ele volta para me agradecer e dizer que estava bem.( Beatriz Nascimento, 62 anos).*

A moradora mais citada nesse tópico foi *Beatriz Nascimento* (62 anos). Isso se deu pelo conhecimento que ela tem nos cuidados à saúde através de garrafadas, chás, dentre outros. Porém, por ser a mais velha das entrevistadas, mostra um problema vivenciado pelas comunidades: a continuidade desses saberes populares. As outras entrevistadas não conseguiram citar situações em que os saberes populares resolveram ou minimizaram um problema de saúde em sua vida ou de pessoas próximas.

Deste modo, *Beatriz Nascimento* enfrenta um duplo problema: o de ser desacreditada por alguns e o medo de seu conhecimento ser visto como uma prática errada de saúde. A crítica cai sobre o desconhecimento de quem irá produzir essas formas de cuidado da saúde. Ela compra os produtos em estabelecimentos específicos no centro da cidade, por não ter em seu quintal as raízes e cascas, as quais, com o passar do tempo, tem diminuído. Os produtos são vendidos de forma artesanal, e os vendedores desconhecem sua origem e validade. Nas falas desses vendedores são destacados os benefícios, os quais aprenderam em pesquisas na internet ou ouvindo de compradores mais velhos.

*[...] tenho algumas plantas no quintal, mas não é suficiente para as garrafadas que são mais com cascas e folhas secas, também tenho uma relação de respeito com a natureza, pois, a cada galhinho tirado peço sua autorização por acreditar que elas são vidas, quando vem buscar plantas para chás na minha casa normalmente faço chá e entrego a pessoa, pois tenho medo da forma como esse chá será preparado e prejudicar a planta ( Beatriz Nascimento, 62 anos).*

Portanto, os cuidados em saúde buscados pelas moradoras da comunidade ultrapassam a saúde biomédica, esse cuidado procura se integrar a tudo que está ao seu redor, o respeito com a natureza e a valorização ao que ela oferece. Nesta concepção ampliada de saúde, temos vários elementos que compõem os trabalhos de cura: o papel das rezas através da figura de benzedeiras e rezadeiras, com a presença da ancestralidade, e a fé que ficará bom do problema de saúde. A parteira, ao passar segurança para a mãe através de seu olhar e o toque de que tudo dará certo; as raizeiras, às quais, com o seu conhecimento popular, conseguem compreender só na narração dos doentes qual o problema de saúde e o que deve ser tomado.

Deste modo, são diversas as formas de cuidados em saúde utilizados pelas comunidades quilombolas. O maior problema, já citado se dar a preservação desses conhecimentos populares, indo contra o que a (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra) preconiza nas Diretrizes Gerais e Objetivos no “IV Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matriz africana” (BRASIL, 2010, p.18). A desvalorização dos saberes tradicionais representa uma contradição no cotidiano das populações quilombolas, apoiado por um conjunto de fatores não somente do profissional que se nega a trabalhar com esse conhecimento, mas do responsável pela legislação, gestão, conselhos em diferentes instâncias.

### 5.3 A Saúde da população negra como direito: Um direito que precisa ser (re) conhecido

O processo de reconhecimento de que um sujeito possui direito no seu cotidiano é um processo lento e heterogêneo. Este direito será naturalizado para alguns segmentos da população como algo seu, enquanto para outros lhe serão negados e as suas reivindicações banalizadas. No século XX, o direito passa a ser assegurado para alguns segmentos populacionais diante da aprovação de constituição dita cidadã, mas, para esse direito ser efetivado, enfrenta o cotidiano com suas armas protagonizadas pelo racismo e outras formas de opressões, que tem na sua base uma sociedade conduzida pela relação do capital, tendo no modo de produção capitalista a forma de organização. Essa relação e o modo de gerir a

sociedade são decisivos para separar em determinados momentos históricos os possuidores de direito ou não.

Seguindo a discussão voltada à saúde da população negra como um direito, esse acesso será restrito por uma junção de vários fatores, que foram constituídos de forma cruel, ou seja, construiu-se um corpo desprovido de direito, mas provido de força, um corpo animalizado e sem importância, potencializada ainda mais em determinados territórios.

Segundo Riscado (2019), uma problemática enfrentada pelas comunidades quilombolas e que influencia nos resultados da qualidade dos serviços é a ausência de reivindicação por parte da maioria dos moradores. Isso ocorre por dois motivos basicamente: pelo desconhecimento de seus direitos, como citado pelas entrevistadas; e, por não acreditarem em mudanças através dessas leis.

A maioria acredita que as mudanças acontecerão a partir de ações individuais, já que o acesso aquilo que é de direito chega para esses moradores na forma de caridade. Por isso, a dificuldade em reconhecer o Direito como conquista ou como luta e que, portanto, necessita ser reconquistado diariamente. Mesmo que as reivindicações sejam para atender às suas necessidades, uma parte dessa população vive distante do que realmente aconteceu/acontece com a população negra. Deste modo, é tirado deles o direito de conhecer a sua própria história na realidade brasileira, e lhes é dado vivenciar na atualidade as marcas e vestígios do mito da “democracia racial”, que não permite enxergar o racismo, limitando a experiência: *“Eu nunca passei por racismo que lembre, sempre soube me defender, o meu conhecimento nas plantas aprendi sozinha, eu sei me defender”*, (Beatriz Nascimento, 62 anos).

Dessa forma, não é o suficiente falar para a população negra e outras minorias que elas têm direitos sem antes pensar em processos de reeducação ou de conscientização de classe, etnia/raça e gênero. Para que os negros não permaneçam sem reconhecer a sua ancestralidade ou negá-la constantemente; interiorizando determinados discursos, como o de que não era para existir ações afirmativas porque somos iguais.

Este discurso nega uma história de exclusão e violência de um povo, incorporando o discurso de opressão. Diante das falas dos entrevistados, principalmente das moradoras da comunidade parecem viver uma eterna “nostalgia de estar buscando um lugar seu, o negro liberto ainda vive na contemporaneidade procurando fazer parte de algum lugar”. Mesmo no seu território, no qual a sua bandeira de luta está constantemente içada, os moradores têm dificuldades de se sentir pertencentes aos espaços construído na comunidade para os atender, seja na Unidade Básica de Saúde ou em eventos na comunidade, pois, para a efetivação de

determinado direito, faz-se necessário o cuidado na execução desse direito no cotidiano do segmento populacional para quem foi pensado. E, que esse processo de execução permita que sujeitos/grupos se sintam indivíduos de direitos, não se restringindo em aprovações de legislações que se distanciam do público, que teve sua demanda como base para tal lei, sendo refletido como, uma das formas do racismo se expressa, a sua vítima não se sente um indivíduo de direito.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado voltado à saúde para uma determinada população no âmbito econômico, político, social e cultural ocorre de forma distinta. Para a população negra, que historicamente tem seus direitos negados, tornou-se determinante a condição de desvalorização de suas necessidades invisibilizando as ações e programas de saúde.

Deste modo, a população negra vive um dilema a buscar se integrar e, ao mesmo tempo, se proteger das consequências dessa integração. Assim, este trabalho, ao se propor a discutir a saúde da população negra como um direito, trazendo a realidade de uma comunidade quilombola localizada no agreste alagoano, permite refletir algumas questões importantes para entender a necessidade dessa discussão negligenciada durante alguns anos.

A saúde da população negra ganha visibilidade no âmbito institucional, em 2009, com a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que traz o “reconhecimento do racismo, desigualdades étnico-raciais e o do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde com vista à promoção da equidade” (BRASIL, 2009, p.19). Deste modo a (PNSIPN) assegura o direito à saúde desse segmento populacional. Mas, para sua concretização, é necessário que cotidianamente a população enfrente vários desafios.

Um desses desafios está posto nas Estratégias de Gestão, a “implementação das ações de combate ao racismo institucional e redução das iniquidades raciais, com a definição de metas específicas no Plano Nacional de Saúde e nos Termos de Compromisso de Gestão” (BRASIL, 2009, p.20). O racismo, com suas diversas expressões, deixa a população negra e outras etnias não dominantes na posição de invisibilidade de acesso aos direitos básicos, expressões de violência direta ou de negligência, como destaca o CFESS/CRESS;

Os/as jovens negros/as são as maiores vítimas de homicídios no país. A invisibilização e naturalização dessas mortes revelam que o “silêncio” existente não se configura, apenas, em omissão, fato este que já seria grave violação de direitos humanos, mas, sobretudo, em ação, ou seja, ação de consentir, de permitir, de deixar matar e deixar morrer (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2018. p.07).

A saúde da população negra, durante muito tempo, tem sido pauta dos movimentos sociais, principalmente o movimento negro e o movimento de mulheres negras, os quais reivindicam por uma atenção maior, por compreender que o processo de formação da

sociedade brasileira deixou marcas. Assim, as primeiras inserções das discussões relacionadas à saúde da população negra no âmbito estadual e municipal se deram na década de 1980, tendo como protagonista os movimentos sociais negros/as. Já no âmbito federal, o ponto inicial foi uma década depois com a Marcha Zumbi dos Palmares. As conferências em saúde possibilitaram um despertar do problema que há séculos estava sendo negado.

Reivindicar direitos para uma população é compreendê-la não como homogênea. Lutar por direitos para a população negra é entender que ela é heterogênea. Dessa forma, entre os objetivos específicos na política estão os de “Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas às ações e aos serviços de saúde” (BRASIL, 2009, p.19).

As comunidades quilombolas, em sua maioria, estão localizadas no campo, e enfrentam dificuldades distintas de acesso à saúde, ampliadas a depender da localização. Enquanto as comunidades com UBS enfrentam a rotatividade de profissionais, falta de recursos humanos, falta de medicamentos, as que não tem UBS obrigam os moradores a se deslocar por longas distâncias. Além disso, os moradores dessas comunidades enfrentam o racismo institucional, um problema aparentemente invisível, mas presente na dinâmica da instituição e nas ações dos profissionais.

Quando essa saúde institucionalizada não chega de forma plena para a resolução dos problemas dos moradores dessas comunidades, eles buscam alternativas para a cura ou para minimizar tais problemas de saúde. Assim, o conhecimento passado de geração a geração, presente nas comunidades, seja nas práticas das benzedadeiras, rezadeiras, parteiras, bem como o conhecimento em plantas e raízes através dos chás, garrafadas, banhos de assentos, xaropes dentre outros, são formas de cuidados que não se limitam à ausência da saúde institucionalizada, mas uma forma de pertencimento herdada dos mais velhos e o pertencimento do território. Contudo, essas práticas de saúde, através dos saberes populares, estão se perdendo nas comunidades, pois, diariamente, são deslegitimadas. Indo contra o que recomenda a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) nas diretrizes gerais no “IV Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares” (BRASIL, 2009, p. 18).

Assim, a comunidade quilombola na qual o estudo foi realizado traz no seu contexto histórico a luta de moradores por direitos e, particularmente, a saúde no cotidiano dos moradores. Mesmo com uma Unidade Básica de Saúde, como já citado anteriormente, a comunidade enfrenta alguns problemas de recurso, além do próprio racismo nas relações

entre profissionais/moradores, o qual causa certo distanciamento por parte dos moradores em relação a instituição.

Este trabalho traz uma discussão ainda muito tímida no Serviço Social, a saúde da população negra tendo como entrave, o racismo, no qual tendo como base a “raça”, a necessidade da discussão parte da compreensão que a classe trabalhadora e os usuários das políticas sociais públicas têm cor. Entretanto, a categoria vem se mobilizando com ações que adentram em tais discussões. O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS/ CRESS-Gestão Tecendo na Luta a Manhã Desejada (2014-2017) lançou uma série de cadernos com o título o “assistente social no combate ao preconceito”. Um dos cadernos é voltado para o racismo, o qual destaca: “[...] para uma intervenção profissional comprometida com a defesa da garantia de direitos e com as lutas coletivas de enfrentamento ao racismo e de suas múltiplas expressões na vida social” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL/CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2017, p.08).

Porém, a formação profissional em Serviço Social, ainda em sua maioria, não tem disciplinas obrigatórias de discussão de tal assunto. Deste modo, ficando de responsabilidade do aluno discutir por influência externa, pelas suas próprias vivências ou pelas participações em espaços de discussões, os quais não são voltados especificamente para o Assistente Social. Ocorre um certo descuido na capacitação de profissionais, que terão como usuário dos serviços, em sua maioria, pessoas negras, não oferecendo uma base que permita-os despertar para as relações raciais. O distanciamento do Serviço Social das discussões voltadas para o racismo demonstra o quanto as necessidades da população negra e de outras etnias não brancas são cotidianamente invisibilizadas, sendo somente um reflexo da sociedade. Este estudo demonstra o quanto é preciso ter o olhar menos generalizado e exclusivo na classe social; e, integrar outras discussões importantes para que se assegure os direitos preconizados por um Projeto Ético-Político que defende a “liberdade”, “democracia”, autonomia” e “emancipação” (BARROCO; TERRA, 2012, p.45), pela emancipação de uma sociedade livre de qualquer forma de exploração e opressão.

Portanto, as discussões relacionadas a saúde da população negra apresentadas nesse estudo não se finalizam com o mesmo, deixando questões abertas, com a necessidade de continuidade por compreender que a população negra não é homogênea, tem suas particularidades. O presente estudo discutiu as necessidades presentes na realidade de uma comunidade quilombola, mas têm outros espaços em que os segmentos da população negra sofrem com a falta de uma saúde de qualidade. Deste modo, se faz necessário um processo

de reeducação na sociedade, que, ao pensar em políticas públicas específicas, não deixem o protagonismo do racismo ser mais forte do que as demandas dessa população.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. RIBEIRO, Djamila (coord.) Coleção Feminismo Plurais. São Paulo: Pólen, 2019.
- BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Conselho Federal de Serviço Social-CFESS, (Org.). São Paulo: Cortez, 2012.
- BARROS, Aparecida da Silva Xavier. **EXPANSÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL: limites e possibilidades**. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/es/v36n131/1678-4626-es-36-131-00361.pdf>  
 Acesso em: 21 set. 2019.
- BENJAMIN, Roberto Emerson Câmara. **A África está em nós: história e cultura**, João Pessoa-PB: Grafset, 2004.
- BEZERRA, Juliana. Lei Áurea. **Toda Matéria**. Disponível em:  
<https://www.todamateria.com.br/lei-aurea/>. Acesso em: 02 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégias e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, - Brasília: Editora da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa e ao controle social. **Política Nacional de Integração da População Negra: uma política para o SUS**. 3.ed. Brasília: 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade/ Fundação Nacional de Saúde:- Brasília: Funasa, 2005.**
- BRASIL. **Guia de políticas para comunidades quilombolas: Programa Brasil Quilombola**. Brasília – DF, 2013. Disponível em:  
<https://www.mdh.gov.br/biblioteca/igualdade-racial/guia-de-politicas-publicas-para-comunidades-quilombolas>. Acesso em: 22 dez. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em:  
<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. Acesso no dia 02 jan. 2019.
- BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil, *In*: MOTA, Ana Elizabete. et al (org) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 4.ed.2.rei. São Paulo: Cortez; Brasília; OPAS, OMS, Ministério do trabalho, 2010. p.88-110.
- CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. 339p. São Paulo, 2005. Disponível em:

<https://negrasoulblog.files.wordpress.com/2016/04/aconstruc3a7c3a3o-do-outro-como-nc3a3o-ser-como-fundamento-do-ser-sueli-carneiro-tese1.pdf>. Acesso em: 14 out. 2019.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **Sueli Carneiro**: escrito de uma vida. São Paulo, Pólen livros, 2019. Disponível em:  
[https://books.google.com.br/books?id=KSqsDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=KSqsDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 26 jan. 2020.

CARVALHO, Roberta Monique Amância; LIMA, Gustavo Ferreira da Costa. Comunidades Quilombolas, Territorialidade e a Legislação no Brasil: uma análise histórica. ISSN 0104-8015 | ISSN 1517-5901 (online) Política e Trabalho: **Revista de Ciências Sociais**, n. 39, outubro de 2013, p.p. 329-346. Disponível:  
<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/politicaetrabalho/article/view/12745/9962>. Acesso em: 21 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente Social**. Brasília-DF: Teixeira Gráfica e Editora Ltda. 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS Gestão Tecendo na Luta a Manhã Desejada (2014-2017) **Série: assistente social no combate ao preconceito: caderno 3 Racismo**. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno03-Racismo-Site.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2019.

CHIAVENATTO, Júlio José. **O negro no Brasil: Da senzala à guerra do Paraguai**. São Paulo: Ed. Brasiliense. 1986.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DA COMUNIDADE NEGRAS RURAIS QUILOMBOLAS. **TERRAS QUILOMBOLAS – confirma o balanço de maio**. Disponível em: <http://conaq.org.br/noticias/terras-quilombolas-confirma-o-balanco-de-maio/>. Acesso em: 13 out.2019.

DIAS, Luciana de Oliveira. **Interculturalidades e Relações Étnico - Raciais**, Brasília-DF: Fundação Palmares, 2014.

D'AMORIN, Eduardo. **África, essa mãe quase desconhecida**, São Paulo: Editora FTD, 1996.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classe: o legado da raça branca**. Vol 1. 2.ed. São Paulo: Editora Globo, 2008.

FERNANDES, Saulo Luders. **Itinerários terapêuticos e política pública em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Social) Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2016.

FREITAS, Daniel Antunes; MELO, Maria das Graças Monte (Org) **Determinantes sociais de saúde: um olhar para o questão-étnico - racial**, Maceió -AL: Editora da Edufal, 2015.

GELEDÉS- INSTITUTO DA MULHER NEGRA 31 ANOS. **Hoje na história: 1935,** nascia Lélia Gonzalez. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/hoje-na-historia-1935-nascia-lelia-gonzalez/>. Acesso em: 26 jul. 2019.

GELEDÉS INSTITUTO DA MULHER NEGRA 31 ANOS. **Conceição Evaristo garante que sua história é uma exceção à regra em um país marcado pelo racismo estrutural.** Disponível em: <https://www.geledes.org.br/conceicao-evaristo-garante-que-sua-historia-e-uma-excecao-regra-em-um-pais-marcado-pelo-racismo-estrutural/>. Acesso em: 22 dez. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, Márcia; RISCADO, Jorge Luiz. de Souza. **O racismo institucional no ensino e práticas da saúde.** In: RISCADO, Jorge Luiz. de Souza; FERNANDES, Saulo Luders. *Institucional, Raça, Racismo. Ensino e Prática na Saúde: ensaios, reflexões e ações, para implementação da PNSIPN.* Maceió - AL: Edufal, 2017. p.p 53-63.

GOMES, Flávio dos Santos. **Mocambo e quilombo: uma história do campesinato negro.** São Paulo: Claro Enigma, 2015.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 3.ed. Curitiba: Positiva, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

JORGE Luís de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de (org) **Quilombolas, Guerreiro Alagoas: Aids, Prevenção e Vulnerabilidade,** 1.ed.1.rei. Maceió - AL: Edufal, 2012.p.33-43.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira.** Ciências Sociais Hoje, ANPOCS, 1984, p. 223-24. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod\\_resource/content/1/06%20%20GONZALEZ%2C%20L%C3%A9lia%20%20Racismo\\_e\\_Sexismo\\_na\\_Cultura\\_Brasileira%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20%20GONZALEZ%2C%20L%C3%A9lia%20%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf). Acesso em: 02 dez. 2019.

MOTT, Maria Lucia de Barro. **Submissão e Resistência a mulher na luta contra a escravidão.** São Paulo: Editora Contexto, 1988.

MUNANGA, Kabengele. **Políticas de Ação Afirmativa em defesa População Negra no Brasil: um ponto de vista em defesa de cotas.** Sociedade e Cultura, v. 4, n. 2, jul./dez. 2001, p.p. 31- 43. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/515/464>. Acesso em: 23 dez. 2019

QUEIROZ, Sônia. **Pé preto no barro: a língua dos negros da Tabatinga.** Belo Horizonte: Editora UFMG.1998.

SILVA, Israel Medeiros; SANTOS, Laurinete Basílio. **Comunidade remanescentes quilombolas**. Trabalho de Conclusão de Curso. Arapiraca-AL. (2006) Curso de Geo-História Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL).

SILVA, Marcos Rodrigues da. **O NEGRO NO BRASIL: Histórias e Desafios**. São Paulo: EDITORAFTDSA. 1986.

SILVA, Pâmela Guimarães. **Marielle e a representatividade da vida que carrega o signo da morte**. In: MARQUES, Ângela Cristina Salgueiro (org). Vulnerabilidades, justiça e resistências nas interações comunicativas. Belo Horizonte (MG): PPGCOM UFMG, 2018.

SILVA, Nelson Fernando Inocêncio da. **Culturas e imaginário: um ponto de vista negro**. Brasília - DF: Fundação Palmares, 2014.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se Negro- As vicissitudes da Identidade do negro Brasileiro em Ascensão Social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edição Graal.1983.

RATTS, A. (2006). **Eu sou atlântica: sobre trajetória de vida de Beatriz Nascimento**. São Paulo: Imprensa oficial. 2006.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: evolução e o sentido no Brasil**. 2. ed.10 rei. São Paulo: Companhia das letras, 1995.

OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de. **A atenção Básica e a Saúde da População Negra**. In: RISCADO, Jorge Luiz. Souza de; OLIVEIRA, Maria Aparecida. Batista de. (org.). **Quilombolas, Guerreiros Alagoanos: AIDS, prevenção e vulnerabilidades**. Maceió-AL: Editora da Edufal, 2012. p.33-43.

OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de; BRITO, Ângela Maria Benedita Bahia de. **A trajetória do racismo e a violência sofrida pela mulher negra: uma questão de saúde pública**. In: RISCADO, Jorge Luiz Souza de; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de. (org.). **Quilombolas, Guerreiros Alagoas: AIDS, prevenção e vulnerabilidades**. Maceió – AL: EDUFAL, 2012. p.p 85-96.

PAIXÃO, Marcelo; GOMES, Flávia. **Razões afirmativas: pós-emancipação, pensamento social e a construção das assimetrias raciais no Brasil**. Salvador - BA: Edufba, 2010.

SANT'ANA, Moacir Medeiros de. **A queima de documentos da escravidão**, Maceió - AL: Secretaria de comunicação Social, 1988.

SCHWARCZ, Lilian Moritz; GOMES Flávio (orgs). **Dicionário da escravidão e liberdade**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras. 2018.

SCHWARCZ, Lilian Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. **Brasil: uma biografia**, São Paulo: companhia das letras. 2015.

VALENTE, Ana Lúcia E.F. **Ser negro no Brasil hoje**. 11. ed. São Paulo: Moderna, 1987.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Rio de Janeiro  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>:  
Acesso em: 24 jul. 2019.

**APÊNDICE A - Biografias: Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Conceição Evaristo e Jurema Werneck**

**Maria Beatriz Nascimento de Jesus**

**Maria Beatriz Nascimento de Jesus (1942-1995)**, nasceu em Aracaju, Sergipe, filha de Rubina Pereira do Nascimento e Francisco Xavier do Nascimento, era a oitava de dez irmãs (ãos), no final de 1948 migrou com a família para o Rio de Janeiro, onde se estabeleceu em Cordovil, subúrbio do Rio. **Beatriz Nascimento** mulher, negra, ativista, poeta, quilombola, historiadora, professora, roteirista, cursou história pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) entre os anos de 1964 e 1971. O documentário Ori (1989) de sua autoria e narração foi o seu trabalho de maior circulação o qual traz:

[...] os movimentos negros brasileiros entre 1977 e 1988, passando pela relação entre Brasil e África, tendo o quilombo como ideia central. A apresenta, dentre seus fios condutores, parte da história pessoal de Beatriz Nascimento (RATTS,2006. p. 28)

**Beatriz Nascimento** buscou preservar vínculos com os movimentos negros, todavia com reencontros e afastamentos político. Enquanto pesquisadora procurou prosseguir na vida acadêmica, em nível de pós-graduação na UFF, ela também influenciou os espaços acadêmicos, principalmente as discussões de quilombo. **Beatriz** realizou duas viagens para o continente africano Angola e Senegal com intuito de conhecer os territórios africanos, especialmente os antigos quilombos.

**Beatriz Nascimento** traz nas suas narrações o sentimento de quilombo como mais do que um espaço de terra, mas de histórias de resistência que vão junto com os seus através da música, da dança, o movimento do corpo, nas escolas de samba, nas práticas religiosas “a África e o Quilombo são terras mãe imaginadas” (Ratts, 2006. p). **Beatriz** não deixou o racismo lhe limitar, porém sua vida foi dissipada por ser mulher, sendo vítima de um crime caracterizado de feminicídio<sup>21</sup> quando aconselhava uma amiga a deixar o marido violento. Segundo Ratts(2006) com sua morte foi suspenso um dos mais promissores estudos voltados as questões étnica raciais, particularmente sobre quilombos o qual estava estudando mestrado na UFRJ com a orientação do comunicólogo negro Muniz Sodré, foi um grande perda.

---

<sup>21</sup> Assassinato proposital de mulheres somente por serem mulheres. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/femicidio/>. Acesso em: 09 ago. 2019

### **Lélia Gonzalez**

**Lélia Gonzalez (1935-1994)** Mineira, filha de um ferroviário e uma empregada doméstica. Lélia González foi babá, se graduou em história e filosofia, sendo professora da rede pública, cursou mestrado em comunicação social e doutorado em Antropologia política/social; seus estudos eram voltados para as discussões de gênero e etnia. Também foi professora universitária da Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC- RIO) a qual ensinou Cultura Brasileira seu último cargo na instituição foi de chefia do departamento de Sociologia Política. Lélia se destacou pela sua participação como militante e na fundação do Movimento Negro Unificado (MNU) representando avanços para as comunidades negras na década de 1970. **Lélia** foi uma defensora dos direitos da população negra e das mulheres negras tornando referência para as futuras gerações do feminismo negro no Brasil.

### **Maria da Conceição Evaristo**

**Maria da Conceição Evaristo (1946)**, também conhecida por Conceição Evaristo, nasceu em 1946, em Belo Horizonte, de família humilde, filha da lavadeira Joana Josefina Evaristo, teve pouco contato com o pai, sua referência paterna foi seu padrasto Aníbal Vitorino, pedreiro, com oito irmãos, três do relacionamento de sua mãe com o seu pai e cinco de sua mãe com o seu padrasto. Mesmo passando por dificuldade a matriarca da família sempre priorizou os estudos de todos os filhos.

**Conceição Evaristo** com oito anos de idade precisou ir morar com a tia Maria Filomena da Silva devido às condições financeiras da família. Na década de 1970, migrou para o Rio de Janeiro. **Conceição Evaristo** graduada em letras pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), trabalhou como professora pela rede pública na capital Fluminense; mestre pela PUC Rio de Janeiro em literatura Brasileira, com a dissertação literatura negra: uma poética de nossa afro-brasilidade (1996) e doutora em literatura comparada pela universidade Federal Fluminense, com a dissertação poemas malungos, cântico irmãos (2011), no qual seus estudos estão voltados para dois afro-brasileiros (Nei Lopes e Edimilson de Almeida Pereira ) e o angolano(Agostinho Neto).

Sua trajetória de vida não diferencia de outras mulheres negras, mas a posição atual de destaque na literatura brasileira que se encontra consegue Evaristo compreender que ainda é uma exceção, como destaca RATTS;

[...] invisibilidade da mulher negra no espaço acadêmico também se consolida porque o seu outro (homem branco, mulher branca ou homem negro) não a vê nesse ambiente e nem mesmo trilhando esse itinerário intelectual. Qual o tempo que as mulheres negras têm para ler? A que leituras que se dedicam? E perguntamos

enfim: quantas possuem condições para adentrar na universidade? (Ratts, 2006, p. 29).

### **Jurema Pinto Werneck**

**Jurema Pinto Werneck** nasceu em 1952, no Morro dos Cabritos, em Copacabana. Mulher negra, lésbica, médica, militante por direitos humanos. **Jurema** desde cedo conheceu na pele o racismo de um episódio marcante de *bullying* na escola, com seis anos de idade um colega não somente recusou dançar com ela em uma comemoração junina, mas para demonstrar colocou um prego entre os dedos ao pegar na sua mão com o intuito de machucá-la. **Jurema** de uma família grande, humilde, de religião de matriz africana (umbanda) filha de Nilton, alfaiate, também porteiro trabalhava muito para oferecer o básico à família. Sua mãe Dulcineia faleceu quando tinha 14 anos devido à negligência médica como relata a mesma;

Eles a examinaram deram um analgésico e a mandaram de volta para casa. Ela sofreu muito e morreu de manhãzinha, quando eu estava indo para a escola. Anos mais tarde, na faculdade de medicina, quando li sobre os sinais de AVC, fiquei arrasada. Minha mãe sentiu exatamente o que estava escrito ali. Ou seja: aquele médico não lhe deu atenção. (GELEDÉS, 2018).

**Jurema Werneck** tem um currículo extenso tendo como base os direitos humanos, particularmente do negro e da mulher negra criou em 1992, a **ONG Criola**: a defesa incondicional das mulheres afrodescendentes. Graduada em medicina pela Universidade Federal Fluminense (1986), mestre em Engenharia de Produção em (2000) e doutora em Comunicação e Cultura pela escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2007) e Diretora-executiva da Anistia Internacional no Brasil.

## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevistas

### *Profissionais*

#### **Território:**

→ Quanto tempo trabalha na instituição?

→ Você reside na comunidade?

→ Você conhece a história da comunidade?

- Se sim, com quem aprendeu a história?
- Se não, acho importante saber à história, pela instituição está localizada em uma comunidade quilombola?

→ Na instituição tem evento, campanhas voltadas para a saúde da população negra?

#### **Saúde**

→ Você participou nos últimos dois anos de formação voltada para a saúde da população negra, interno e externo?

- Se sim, foi realizada por quem?
- Se não, por que você acha que não acontece?

→ Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

- Se sim, foi apresentado pela instituição? Ou você buscou por fora?
- Se não, você acha necessário ter conhecimento na política para o exercício profissional?

→ Você conhece os princípios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

- Se sim, poderia citar um?
- Se não, você acha importante saber?

#### **Transversalidade:**

→ Você conhece projetos ou atividades realizados pela instituição em parceria com a escola e associação na comunidade voltada para a população quilombola?

- Se sim, quais?
- Se não, você acha necessário ter?

→ Você já presenciou situação que identificou como racismo na instituição e, no momento de atendimento nas residências dos moradores?

- Se sim, quais as providências da instituição?
- Se não, você acha necessário discuti em palestras, seminário e encontros?

### ***Moradores***

#### **Território:**

→ Mora a quanto tempo na comunidade?

→ Você conhece a história da comunidade?

- Se sim, aprendeu com quem?
- Se não, você acha importante saber?

→ Você descende de uma das três famílias que deu origem a comunidade?

#### **Saúde:**

→ Você tem alguma dessas patologias, que precisa estar com mais frequência na Unidade Básica Saúde?

Falciforme.

Hipertensão arterial,

Diabetes mellitus 2

Coronariopatias

Insuficiência renal crônica

Câncer,

Miomatoses

- Se sim, qual/quais?
- Se não, têm pessoas próximas com uma dessas patologias?
  - Todas as vezes que recorreu a Unidade Básica de Saúde com problema de saúde foi resolvido ou encaminhado a depende da gravidade para outra instituição?
    - Se sim, quantas vezes?
    - Se não, o que foi feito?
  - Quando senti algum mal estar procura imediatamente a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou primeiro recorrer ao conhecimento popular chás etc.
    - Se sim, com muita frequência?
    - Se não, por quê?

#### **Transversalidade:**

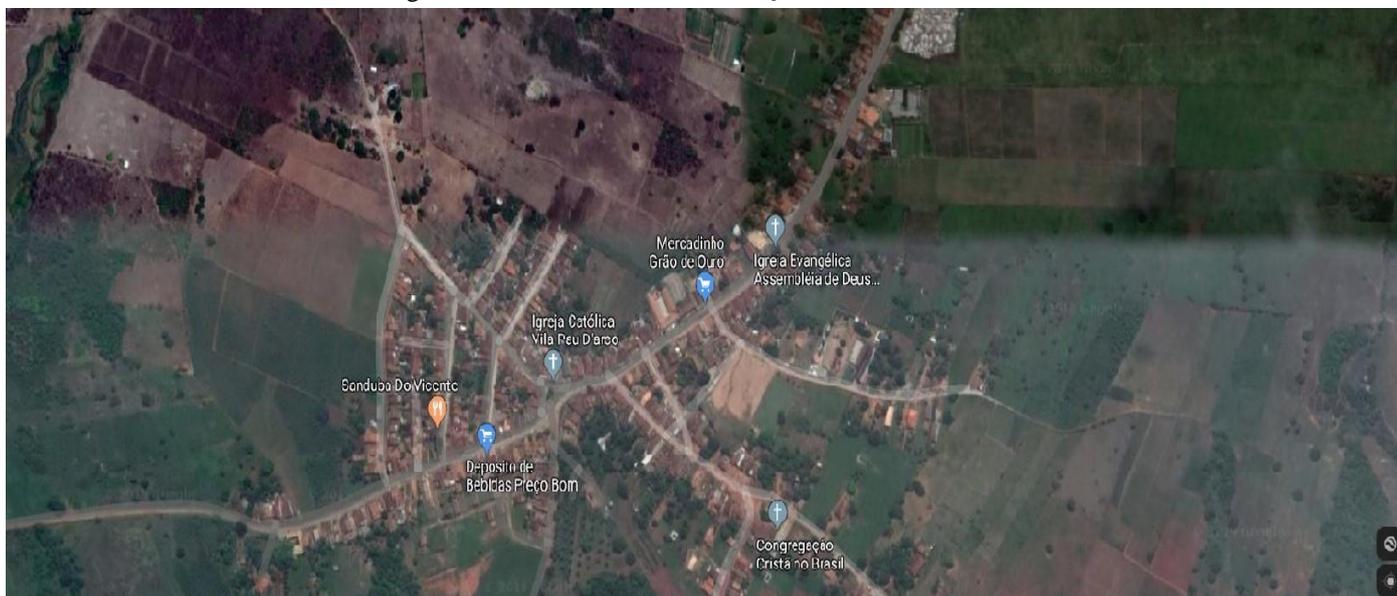
→ Participou de algum evento organizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) em parceria com a escola e associação voltadas para a saúde da população negra?

- Se sim, quantos?
- Se não, acha importante ter?

As entrevistas serão realizadas na comunidade com os profissionais serão feitas na própria instituição em uma sala, somente com o entrevistado e pesquisador, com os moradores será proposto através de um agendamento o melhor local na Unidade Básica de Saúde(UBS) ou na sua própria residência para não comprometer o seu atendimento e a esperar pelo atendimento podendo tirar sua atenção das perguntas e afeta suas repostas preservando sempre a privacidade e o respeito para com os sentimentos e significados expressados por eles.

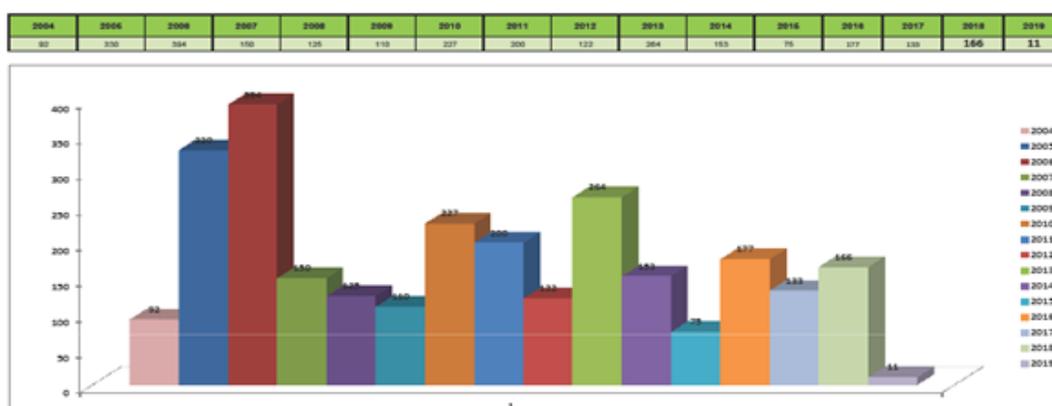
## ANEXO A – MAPAS

Imagem via satélite da Comunidade Quilombola Pau D'arco



FONTE. Disponível: <https://www.google.com/maps/place/av.+pau+d'arco,+arapiraca+-+al/@-9.8234947,36.6114057,17z/data=!4m5!3m4!1s0x705d353434eb1ff:0x10e641d8687f8c42!8m2!3d-9.8217821!4d-36.610247>. Acesso em:22/12/2019.

Gráfico do número de Comunidades de Remanescentes de Quilombolas reconhecidas no território brasileiro



(Fonte: INCRA, 2019)

Mapa das Comunidades de Remanescente de Quilombolas distribuídas no território de Alagoas 2019



(Fonte: ALAGOAS, 2019)

**ANEXO B – Fotos da autora**

**FIGURA 1 – Praça da Comunidade Quilombola Pau D’arco**



Fonte: Elaborado pela autora, dia 22/12/2019

**FIGURA 2** – Avenida principal da comunidade



Fonte: Elaborado pela autora, 22/0/12/2019

**FIGURA 3** – Uma das ruas calçadas da comunidade



Fonte: Elaborado pela autora, 22/12/2019

**FIGURA 4** - Uma das ruas não calçada da comunidade



Fonte: Elaborado pela autora, 22/12/2019

**FIGURA 5** - Unidade Básica de Saúde (UBS) Mância Jesuína dos Santos na comunidade



Fonte: Elaborado pela autora, 22/12/2019.

**FIGURA 6** - Associação de Desenvolvimento da Comunidade Remanescente de Quilombos da vila Pau D'arco



Fonte: Elaborado pela autora, 23/12/2019

**FIGURA 7** - Quintal da entrevistada Beatriz Nascimento



Fonte: Elaborado pela autora, 23/12/2019

**FIGURA 8** - Um estabelecimento comercial localizado no centro de Arapiraca, AL



Fonte: Elaborado pela autora, 23/12/2019

**FIGURA 9** - Pião roxo, utilizado para dores de cabeça



Fonte: Elaborado pela autora, 10/01/2020

**FIGURA 10** - A planta Sabugueiro, o chá é utilizado para resfriado, dores musculares



Fonte: Elaborado pela autora, 10/01/2020

**FIGURA 11-** A planta Cidreira, o chá é utilizado como calmante, rápida digestão



Fonte: Elaborado pela moradora, 10/01/2020

**FIGURA 12 -** A planta Alfavaca da folha pequena, o chá é consumido para cólicas menstruais.



Fonte: Elaborado pela autora, 10/01/2020

**FIGURA 13** - A planta Colônia. o chá é utilizado como calmante



Fonte: Elaborado pela autora, 10/01/2020