UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

SAULO LUDERS FERNANDES

Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade
quilombola do agreste de Alagoas, Brasil

São Paulo
2016

SAULO LUDERS FERNANDES

Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade
quilombola do agreste de Alagoas, Brasil
(Versão Original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do Título de doutor
em psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social e do
Trabalho.

Orientador: Prof. Alessandro de Oliveira dos
Santos.

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E
PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fernandes, Saulo Luders.

Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, Brasil / Saulo Luders Fernandes; orientador Alessandro de Oliveira dos Santos. -- São Paulo, 2016.

218 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Relações étnicas e raciais 2. Quilombos 3. Política pública de saúde 4. Psicologia social I. Título.

HM251

Nome: Saulo Luders Fernandes

Título: Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, Brasil

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora de Qualificação

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Comunidade Quilombola Pau D'arco e seus moradores pelos conhecimentos produzidos na presente pesquisa, em encontros que me enriqueceram como pessoa e enquanto pesquisador. Durante o percurso da pesquisa construímos laços de parceria que se estendem para além deste estudo.

A Danilo José dos Santos enquanto amigo, aluno e agente local do estudo. Por ter aberto a porta de sua casa, seu território e me acompanhado nos encontros com seus vizinhos, amigos e familiares.

Ao Professor Dr. Alessandro de Oliveira dos Santos que permitiu por meio de seus conhecimentos e experiências produzir um giro epistemológico em meu percurso acadêmico, no uso dos conhecimentos produzidos para a transformação da realidade. Além de orientador, no convívio em São Paulo, tornou-se um grande amigo, com sábias recomendações.

A Professora Dr^a Ester Ferreira da Silva enquanto minha colega de pesquisa a quem me vinculei desde minha chegada em terras alagoanas. Muito do que se faz presente nesta pesquisa vieram de reflexões e experiências que compartilhamos juntos, entre sorrisos, andanças e caminhas pelas Comunidades Quilombolas de Alagoas.

Aos professores da USP que cruzaram minha trajetória na pós graduação, parte deste estudo são frutos de nossos encontros em aulas, palestras e conversas informais.

A Universidade Federal de Alagoas pelo apoio a meu estudo por meio do Programa de desenvolvimento de pessoal – PRODEP.

A Julia Minossi Munhoz, minha companheira de vida, a qual desvia meus caminhos e me auxilia a traçar outras rotas possíveis ao meu viver. Um encontro com a capacidade de afirmar a alegria e a potência da vida.

Ao meu pai, mãe, irmão e avó, que por meio de suas práticas, formas de ser e existir me afetam para a construção de um caminho de vida disposto ao encontro com o outro, com o diferente e com o novo.

Aos amigos, os quais me permitem levar a vida de maneira mais livre e bela. Eles formam a família que se escolhe, aquela que por afinidade, nos encontros furtivos e descompromissados produzem laços de solidariedade e afeto.

RESUMO

Fernandes, S. L. (2016). *Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, Brasil*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O presente estudo caracteriza-se por um estudo de caso que busca analisar por meio dos itinerários terapêuticos, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra atua no cotidiano e nos modos de vida de uma comunidade quilombola em Alagoas. A pesquisa tem como posição política a noção de saúde e direitos humanos. A comunidade quilombola Pau D'arco, campo de estudo da presente pesquisa, encontra-se localizada no município de Arapiraca, e foi selecionada pelos seguintes critérios: 1 – comunidade quilombola reconhecida há mais tempo; 2. comunidade que apresenta maior número de famílias em seu território; 3. comunidade que apresenta instalada em seu território Unidade Básica de Saúde. Os participantes da pesquisa foram 05 moradores da comunidade que apresentaram em seu histórico algum agravo em saúde e/ou doença, sendo eles: 01 jovem mulher da comunidade, acima de 18 anos; 01 adulta, 02 idosos e 01 idosa. Os 05 entrevistados possibilitaram a saturação do tema pesquisado. A pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas. A primeira consistiu em revisão bibliográfica e leituras críticas de dissertações, teses, artigos, documentos do campo psi e consulta que verssem sobre a relação entre a saúde e as populações quilombolas, bem como, consulta ao Sistema de Informação da Atenção Básica. A segunda etapa compreendeu o processo de inserção do pesquisador à comunidade pesquisada, com reuniões com as lideranças comunitárias e gestores, para anuência da pesquisa. Na terceira etapa foi realizada a identificação dos itinerários terapêuticos dos moradores da comunidade quilombola por meio de entrevista semiestruturada, as quais foram submetidas à análise por meio do método de análise de conteúdo. A quarta e última etapa consistiu na devolutiva da pesquisa para comunidade com apresentação de um possível projeto de intervenção produto técnico da investigação. O estudo teve como meta a construção dos itinerários terapêuticos como modo de compreensão das formas de cuidado produzidas pela comunidade negra rural estudada na relação com o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no território quilombola, no que se refere ao acesso, aceitabilidade e a qualidade do serviço de atenção básica prestado.

Palavras-Chave: Relações étnicas e raciais. Quilombos. Política pública de saúde. Psicologia social.

ABSTRACT

Fernandes, S. L. (2016). Therapeutic itineraries and public health policy in a quilombo community of the rough of Alagoas, Brazil. Doctorate Thesis, Psychology Institut, University of São Paulo, São Paulo.

This study is characterized by a qualitative research based on a case study that aims to analyze through therapeutic itineraries, such as the National Comprehensive Health of the Black Population Policy how it operates in everyday life and the ways of life of a quilombo community in Alagoas. The research has the theoretical basis guiding the approach to health and human rights. The quilombo community Pau D'arco, study field of this research, is located in the city of Arapiraca, and were selected by the following criterion: 1 – quilombo community recognized for a longer time; 2. community that has more families in its territory; 3. community that has installed in its territory a Basic Health Unit. The participants were 05 community residents who had in its history worsened in health, which are: 01 young women of the community above 18 years old; 01 adult, 02 elderly and 01 elderly. The 05 interviewed made possible saturation of the research topic. The research was developed in four stages. The first had consisted in literature and readings review critical dissertations, theses, articles, psi field documents and consultation that apply to the relationship between health and the quilombos population, as well as consulting the Primary Care Information System. The second stage comprises the insertion process of the researcher to the researched community, meetings with community leaders and managers for approval of the research. The third stage was carried out to identify the therapeutic itineraries of the residents of quilombo community through semi-structured interviews, which were submitted to analysis by the content analysis method. The fourth and final stage is the feedback of the search for the community with the presentation of a possible technical product intervention project research. The study was aimed at the construction of the therapeutic itineraries as way of understanding the forms of care produced by rural black community studied in relation to the development of the National Policy on Comprehensive Health of the Black Population in the quilombo territory, as regards access, acceptability and the quality of primary care services provided.

Key-Words: Ethnic and Racial Relations. Quilombos. Public Health Policy. Social Psychology.

RESUMEN

Fernandes, S. L. (2016). *Itinerarios terapéuticos y política pública de salud en una comunidad quilombola del agreste de Alagoas, Brasil*. Tesis de Doctorado, Instituto de Psicología, Universidade de São Paulo, São Paulo.

El presente estudio se caracteriza por una investigación cualitativa sobre la base de un estudio de caso que busca analizar por medio de los itinerarios terapéuticos, como la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra actúa en el cotidiano y en los modos de vida de una comunidad quilombola en la provincia de Alagoas, en Brasil. La investigación tiene como base teórica orientadora en el enfoque de salud y derechos humanos. La comunidad quilombola Pau D'arco, campo de estudio de la presente investigación, se encuentra ubicada en la ciudad de Arapiraca, y ha sido seleccionada por los siguientes criterios: 1 – comunidad quilombola reconocida desde hace mucho tiempo; 2. comunidad que presenta mayor número de familias en su territorio; 3. comunidad que presenta instalada en su territorio Unidad Básica de Salud. En esta investigación han participado 05 habitantes de la comunidad que han presentado en su histórico algún agravio en salud, así como: 01 joven mujer de la comunidad mayor de 18 años; 01 adulta, 02 ancianos y 01 anciana. Los 05 entrevistados han posibilitado la saturación del tema de la investigación. El desarrollo de esa investigación ha durado cuatro etapas. La primera se compone en revisión bibliográfica y lecturas críticas de disertaciones, tesis, artículos, documentos del campo psi y consulta que tiene que ver con la relación entre la salud y las poblaciones quilombolas, así como, consulta al Sistema de Información de la Atención Básica. La segunda etapa comprende el proceso de inserción del investigador a la comunidad investigada, con reuniones con los liderazgos comunitarios y gestores, para anuencia de la investigación. En la tercera etapa se realiza la identificación de los itinerarios terapéuticos de los habitantes de la comunidad quilombola por medio de entrevista semiestructurada, las cuales han sido sometidas al análisis por medio del método de análisis de contenido. La cuarta y última etapa consiste en la devolutiva de la investigación para la comunidad con presentación de un posible proyecto de intervención producto técnico de la investigación. El estudio tuvo como meta la construcción de los itinerarios terapéuticos como modo de comprensión de las formas de cuidado producidas por la comunidad negra rural estudiada en la relación con el desarrollo de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra en el territorio quilombola, en el que se refiere al acceso, aceptabilidad y la calidad de servicio de atención básica prestado.

Palabras-Clave: Relaciones étnico y raciales. Quilombos. Política de Salud Pública. Psicología Social.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CADUNICO	Cadastro Único
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
ITERAL	Instituto de Terras de Alagoas
MNU	Movimento Negro Unificado
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PET	Programa de Estudos Tutoriais
PMM	Projeto Mais Médicos
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. INTRODUÇÃO.....	12
2.1 Objetivo.....	22
3. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E PRÁTICAS COTIDIANAS.....	23
4. FORMAÇÃO HISTÓRICA, POLÍTICA E SOCIAL DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO BRASIL.....	35
4.1 Definições e produção do quilombo no percurso histórico brasileiro.....	39
4.2 O Art. 68 da constituição de 1988: aspectos jurídicos e políticos.....	44
4.3 Convenção nº 169 da OIT e Decreto 4.4887/2003.....	51
4.4 Luta por reconhecimento: processos políticos na formação da identidade quilombola.....	56
5. POLÍTICAS PÚBLICAS NOS TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS.....	70
5.1 Política pública de saúde e luta pela democracia.....	70
5.2 Direitos humanos, vulnerabilidade e saúde nos quilombos.....	78
5.3 Fortalecimento da Atenção Básica nos territórios quilombolas.....	85
6. MÉTODO.....	92
6.1 Procedimentos.....	93
6.2 Aspectos éticos.....	96
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	98
7.1 Histórico das comunidades quilombolas em Alagoas e caracterização da comunidade pesquisada.....	98
7.2 Informações do SIAB sobre a Unidade Básica de Saúde Pau D'arco.....	125
7.3 Cenas e acontecimentos no campo de estudo: práticas ao desenvolvimento da pesquisa..	127
7.4 A experiência com o Agente Local.....	134
7.5 Análise das entrevistas: conversando sobre cotidiano, saúde e itinerários terapêuticos.....	136
8. LIÇÕES APRENDIDAS.....	186
REFERÊNCIAS.....	201
ANEXOS.....	214
ANEXO I - Pré-roteiro de entrevista.....	215
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	216

1. APRESENTAÇÃO

No ano de 2009 ingressei como professor na Universidade Federal de Alagoas, na área de psicologia social, para lecionar no curso de psicologia do Campus Arapiraca – unidade educacional localizada no município de Palmeira dos Índios. Trata-se de um município do interior do Estado, com população de 70 mil habitantes, em sua maioria pessoas oriundas da zona rural: de sítios, aldeias indígenas e comunidades quilombolas.

A inserção na cidade veio ao encontro dos estudos de psicologia que vinha realizando com comunidades tradicionais e rurais. Na leitura de antropólogos como Arruti (1997) e Leite (2008) iniciei a compreensão do conceito atual de quilombo, enquanto categoria política de enfrentamento das dificuldades vivenciadas pela população negra no mundo rural, no que se refere à luta pela garantia de acesso à terra e o acesso às políticas públicas.

Nos contatos com as comunidades quilombolas da região de Arapiraca, realizei no ano de 2009 um projeto de extensão e pesquisa na comunidade Serra-Verde, ainda não reconhecida oficialmente como comunidade quilombola, mas que no ano de 2010 obteve seu reconhecimento. Este projeto apresentava duas linhas de discussão: a primeira, que buscava realizar uma releitura da história da comunidade por meio da memória dos idosos que ali residiam. A segunda linha tinha como objetivo analisar o acesso da comunidade às políticas públicas de saúde. Esta segunda linha foi elaborada de acordo com a demanda levantada e a partir das vivências das pessoas da comunidade no processo de saúde, como por exemplo: a experiência do preconceito velado dos profissionais neste campo de atuação; e o racismo institucional que dificulta a não garantia de qualidade e disponibilidade do serviço à população.

Com estes projetos me aproximei cada vez mais do movimento quilombola, sendo reconhecido pelas lideranças locais, realizando intervenções pontuais em algumas comunidades e discussões em associações comunitárias. No ano de 2011, junto com professores de diversas áreas: sociologia, antropologia, serviço social e geografia, fundamos o Núcleo de Estudos do Semiárido Alagoano, no intuito de investigar as produções materiais e imateriais das comunidades rurais presentes nesta região. Este núcleo veio a se desdobrar, no fim deste mesmo ano, no Programa de Estudos Tutoriais (PET) conexões de saberes.

No ano de 2012, desenvolvi um projeto de extensão em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em uma comunidade quilombola do município de Arapiraca, no trabalho com idosos e memória social. Este projeto, que se desenvolveu até o ano de 2013, possibilitou a observação das dificuldades e iniquidades vivenciadas por estas comunidades no acesso ao serviço de saúde. Por dificuldades dos gestores e profissionais, em localizar sócio-historicamente a comunidade, bem como as necessidades específicas de saúde que atendam suas expressões culturais

e étnico-raciais.

Com estas experiências acerca das repercussões das políticas públicas de saúde sobre a realidade das comunidades quilombolas em Alagoas, que a presente pesquisa começa a se construir. E com o objetivo de analisar a atuação do serviço de atenção básica no cotidiano de uma comunidade quilombola de Alagoas, na compreensão das formas de cuidados produzidas na comunidade, bem como, das formas de atuação dos serviços de saúde no território quilombola, em seus saberes e modos de vida.

2. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), discutida e debatida na 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007, apresenta-se como proposta política que objetiva refletir e modificar as condições de vida, desigualdades e injustiças sociais sofridas pela população negra. Pensar a saúde desta população é colocar em pauta os conflitos étnico-raciais presentes em nossa sociedade. Conflitos estes velados por uma história racista de branqueamento, que desde a colônia ao contemporâneo, como afirmam Santos, Schucman e Martins (2012), tenta anular as expressões negras, seus processos culturais, subjetivos e políticos, em uma proposta de miscigenação ao branco europeu, que no percurso histórico da nação, torna-se referência como modo de vida hegemônico.

A PNSIPN tem por base a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, encampada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que pelos princípios da transversalidade, descentralização e gestão democrática, versa 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).

A PNSIPN é uma tentativa de resposta à falaciosa democracia racial presente na história do país, que se afirma no imaginário social como uma nação destituída de preconceitos, que acolhe as diferenças e inclui as expressões negras como parte da produção social brasileira. De acordo com Fernandes (2008), 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.

A democracia racial brasileira, como afirma Costa (2012), é forjada de forma ideológica através do mito de uma nação miscigenada é forjado por meio destas discussões, que atua como mecanismos de controle social na afirmação do Brasil como um país igualitário entre negros e brancos. Tal mito permite a perpetuação falaciosa de um país sem preconceitos, o que possibilita a reprodução de expressões preconceituosas e práticas discriminatórias de forma velada nos interditos do cotidiano.

O racismo, como afirma Schucman (2010), apresenta-se como mecanismo que fundamentou a modernidade em seu processo de desenvolvimento e progresso. É com base na ideia de diferenças

raciais, em sua relação de assimetria entre brancos europeus, negros africanos e índios latino-americanos, que foi possível a escravização e as violências sobre estas populações no processo de alastramento do capitalismo ao novo mundo.

Para a ordem social e econômica moderna, ditou-se a propagação do melhoramento racial como maneira de produzir um sujeito ideal para o novo mundo. Tal sujeito centralizou-se na figura do branco europeu, sendo os outros grupos étnico-raciais concebidos como inferiores, moral, intelectual, física e esteticamente. A busca pela pureza racial, pelos princípios da eugenia, ou método de melhoramento de raças, tornou-se meta. O racismo tem suas raízes cravadas sobre o terreno de um discurso biologicista, mas que posteriormente, com sua desqualificação ao comprovar que “pretos, brancos e amarelos não tinham marcadores genéticos que os diferenciavam enquanto raça”, como aponta Schucman (2010, p. 44), perpetua-se enquanto categoria social, que marcam os sujeitos de forma inferiorizada pela sua cor de pele, traços físicos, gestos e sotaques.

Assim, a categoria raça não deixa de existir, apesar da sua desconstrução biológica. Tal categoria passa a se reproduzir na vida social enquanto dimensão que delineia de forma pejorativa o negro na sua forma de ser e existir. É sobre a categoria raça, consolidada de forma pejorativa que a discriminação e o preconceito se perpetuam, mas é sobre ela também, como afirma Schucman (2010), que a população negra deve afirmar-se e se unir. Racializar as relações de modo a negritar as assimetrias de poder implicadas à população negra, trazendo à tona os embates sociais e as desigualdades fundadas nas relações étnico-raciais, produzindo campos de resiliência sobre a mesma categoria social é meta política dos movimentos sociais negros.

Lutar contra o racismo por meio da categoria racial torna-se maneira de não velar estas relações assimétricas de poder no cotidiano dos brasileiros, que historicamente procuram anular o negro, substituindo-o pelo mulato, como o miscigenado que se aproxima do embranquecimento almejado à nação (Santos et al. 2012). Enaltecer as relações étnico-raciais é assumir as desigualdades sociais existentes entre negros e brancos, localizá-las não mais em uma direção, na qual o negro torna-se responsável por sua produção, mas na criação de uma relação que implique e interpele o branco em seus privilégios.

Portanto, pensar a saúde da população negra, é colocar em pauta as relações étnico-raciais e suas repercussões no cotidiano e nas condições de vida de negros e negras. O histórico de exclusão e a negligência aos direitos fundamentais refletem nos indicadores de saúde que explicitam as condições sociais vivenciadas pela população negra. Indicadores, como afirma Faustino (2012), que se tornam instrumentos imprescindíveis à construção de estratégias, planejamento e gestão em saúde. Com base nestes indicadores é que pesquisadores e participantes dos movimentos sociais podem evidenciar as disparidades raciais presentes no acesso às políticas públicas de saúde e

propor, com isso, mudanças e questionamentos à própria política.

De acordo com Faustino (2012), a população negra apresenta os índices mais elevados de analfabetismo quando comparada à população branca (13,6% de negros e 6,2% de brancos); quanto ao índice de desemprego, atinge diferença média de 50%, sendo os negros com 14,6% e os brancos de 9,7%; as mulheres negras, como afirma Lopes (2005), são aquelas que se apresentam mais à margem no processo de trabalho, tanto nas formas de ocupação, quanto na renda adquirida, e submetidas às situações mais precárias.

Estes indicadores sociais mostram discrepâncias extremas quando comparados negros e brancos, sendo: “O risco de uma pessoa negra morrer por causa externa 56% maior que o de uma pessoa branca; no caso de um homem negro, o risco é 70% maior que o de um homem branco” (Brasil, 2005 apud Brasil, 2013, p.14).

Na tentativa de desvelar e retirar do anonimato as condições sociais vivenciadas pelo povo negro é que a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra afirma o “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.” (Brasil, 2013, p.18). Anteriormente a esta política, os dados que alimentavam o Sistema de Informação em Saúde não levavam em conta as categorias raça e etnia, o que invisibilizava as iniquidades que incidem sobre esta população, bem como, as suas necessidades específicas, atuando no impedimento de acesso deste grupo ao direito à saúde por meio da própria política.

Esta maneira difusa de atuação do racismo nas práticas institucionais é o que Maria da Silva, (2010) e Faustino (2012) caracterizam como racismo institucional, ou seja, a maneira pela qual as práticas institucionais se processam a negligenciar ou dificultar o acesso de determinados indivíduos e grupos sociais devido à sua categoria étnico-racial. A omissão e o desconhecimento perpetuam as desigualdades e as injustiças sociais, ao não atender as necessidades específicas desses grupos, colocando-os em uma situação de precariedade no exercício de seus direitos.

A PNSIPN além de abranger a saúde da população negra como um todo, busca contemplar as especificidades presentes dentro do próprio grupo, como é o caso da saúde das populações negras rurais, ou quilombolas. Como se apresenta no II tópico dos objetivos específicos da Política Nacional citada acima: “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). A abrangência da PNSIPN procura oferecer visibilidade às comunidades quilombolas, que mesmo submetidas a processos de marginalização históricos, resistem em seus territórios na perpetuação e criação de seus modos de vida.

As comunidades quilombolas podem ser caracterizadas como grupo social a quem desde o período escravocrata é negligenciado o acesso à terra e à expressão de suas manifestações culturais. Tais comunidades definem-se, como afirma Leite (2008), por comunidades negras com relações específicas com seu território, que por meio de produções históricas específicas, constituíram, frente às estratégias de dominação e violência sofridas, táticas e processos de subjetivação que resistem aos parâmetros hegemônicos do homem branco.

De acordo com Costa (2012), o conceito de quilombo vem sendo retomado pelo movimento negro desde os anos 1960, e ganha corpo jurídico e atestado legal em 1988 com o Art. 68 da Constituição. Como diz Costa (2012, p.83): “inserido no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) 50, decreta o reconhecimento de propriedade definitiva aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras, sendo dever do Estado emitir-lhes os respectivos títulos”.

Com estas disposições legais em curso, o movimento negro fortalece as comunidades negras rurais na busca do acesso à terra, como bem material e imaterial, que agrega afetos, expressões culturais e formas de trabalho, garantindo a reprodução e a criação de seus modos de vida. O quilombo contemporâneo, como afirmam Fernandes e Munhoz (2013), não busca apenas o vínculo de ancestralidade histórica com os quilombos do passado, mas procura frente aos enquadres políticos do presente, construir modos de ação que garantam a permanência em seus territórios.

Frente a estas disposições jurídicas e conflitos políticos, é que as comunidades quilombolas começam a requerer o seu direito à saúde. Assim, inicia-se em 2004, com a portaria 1.434 do Ministério da Saúde (Freitas et al., 2011), a instalação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seus territórios, na tentativa de consolidar de forma ampliada o acesso e a produção de tecnologias de cuidado específica a esta população. Porém, para consolidar a política de saúde nestas comunidades, faz-se necessário entender como elas se constituem, as relações que estabelecem com seu território e os conhecimentos nele produzidos, para realizar práticas de promoção, prevenção e cuidados que condizem com seus modos de vida.

Segundo Werneck (2005), quando a universalidade e a igualdade tornam-se propostas a serem cumpridas pelas políticas públicas de saúde para grupos minoritários, o conceito de equidade entra em jogo. Isso porque, na busca por justiça social, explicita as iniquidades e as disparidades sofridas no acesso a recursos, nas formas de cuidado efetivadas e nos modos de vida ofertados a estes grupos sociais:

Diferentemente do princípio da igualdade, baseado no conceito de cidadania que indica a igualdade de direitos, o princípio da equidade é baseado na ideia de justiça e

reconhece que as desigualdades entre indivíduos e grupos demandam abordagens diversificadas como condição para a redução das diferenças existentes (Werneck 2005, p.330).

O discurso da igualdade torna-se projeto necessário para a busca de direitos sociais e recursos ainda negados, mas que deve ser mediado pela evidência das diferenças e pelas injustiças sociais sofridas pelas populações marginalizadas. É sobre a diversidade que as práticas de saúde devem se pautar, como mecanismo que, por meio da diferença, desvela os campos normativos nos quais os negros, as mulheres, os índios e outras populações desaparecem frente às referências sociais hegemônicas. A equidade torna-se elemento central para a efetividade do Plano Nacional de Saúde Integral à População negra, que em consonância ao princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde SUS, busca garantir o acesso e a amplitude dos serviços a estas populações.

Torres (2001, apud Werneck 2005, p.333) apresentam alguns fatores relevantes que colaboram para a produção das iniquidades de saúde à população negra. Ela divide os fatores em duas dimensões:

I - Fatores internos ao setor saúde que incluem: restrições no acesso aos serviços de saúde; qualidade dos serviços; oportunidade de acesso; segregação e discriminação realizadas pelos próprios serviços.

II - Fatores condicionantes de natureza socioeconômica: nível de renda e tipo de ocupação; lugar de residência; estilos de vida; qualidade e acesso à educação.

Estes fatores são elementos determinantes para se pensar a atuação dos programas e dos serviços de saúde à população negra. Por meio deles podem se construir estratégias que garantam o acesso da comunidade aos serviços. Porém, fica nítido que estes fatores não se restringem ao campo da saúde, mas que a partir dela, por meio de atuações que instrumentalizem os sujeitos enquanto agentes políticos na garantia de seus direitos fundamentais, podem modificar as condições de vida às quais esta população está submetida.

Com base nestas discussões algumas questões podem ser levantadas: como a política pública de saúde vem sendo implantada e como ocorre sua efetivação no plano diário das comunidades quilombolas? Como é a atuação dos profissionais diante da população e da produção de seus saberes, valores e modos de vida no cuidado à saúde?

A noção de saúde baseada em direitos humanos torna-se neste estudo um aporte teórico fundamental para o entendimento das questões levantadas, já que se apresenta, como afirmam Gruskin e Tarantola (2012), com uma perspectiva política que concebe o usuário como cidadão e a

saúde como campo do cuidado embebida de direitos que devem ser garantidos aos sujeitos na sua experiência de vida. A busca pela igualdade de direitos para os sujeitos e coletivos está permeada pelas suas vivências cotidianas, as quais são experienciadas de formas diversas a depender dos determinantes sociais que os constituem, como: seu local de nascimento, grupo social a qual pertencem, o gênero e a raça/etnia que os configuram sócio-historicamente. Neste sentido, os processos de saúde/doença baseados nos direitos humanos devem ser constituídos, avaliados e monitorados por meio das dimensões de vulnerabilidade vivenciada por indivíduos, coletivos e comunidades. Vulnerabilidade compreendida, de acordo com Ayres, Paiva e França Jr. (2012), como processos de suscetibilidade de indivíduos e comunidades a maior exposição a agravos em saúde e/ou doenças, bem como a sua menor capacidade de acesso a recursos para a resolubilidade destas problemáticas.

Conforme a Portaria Nº. 104 do Ministério da Saúde do Brasil de 25 de Janeiro de 2011, os agravos em saúde se referem a qualquer dano à integridade física, mental e social provocado por circunstâncias nocivas, como por exemplo: acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas. Já as doenças, por sua vez, referem-se as enfermidades ou estados clínicos, independentemente de sua origem ou fonte, que representem ou possam representar um dano significativo para os seres humanos (Ministério da saúde, 2011).

Assim, como afirma Paiva (2012), a vida cotidiana torna-se o cenário central para as análises e avaliações dos campos de vulnerabilidade nos processos de cuidado, pois é neste espaço de vivência que se expressam as iniquidades, as desigualdades sofridas e os campos de disputa entre diversos projetos de sociedade. Nesta perspectiva, a saúde não se torna campo normativo de preceitos que devem ser seguidos, o qual produz enquadres sobre os modos de vida do outro. Mas é revelada como um processo que afirma as alteridades, no reconhecimento às diferenças e o sujeito como cidadão especializado em sua experiência de vida, à qual deve ser garantida os seus direitos fundamentais.

Com base na noção de saúde e direitos humanos, este estudo busca analisar a atuação do serviço público de saúde em uma comunidade quilombola localizado no agreste de Alagoas, a partir da identificação dos itinerários terapêuticos de seus moradores.

O itinerário terapêutico pode ser compreendido, de acordo com Pinho e Pereira (2012), como os itinerários que os sujeitos percorrem no cuidado a seus agravos e/ou doenças, ativando os dispositivos e as redes sociais que estão ao seu alcance para produzir seus cuidados em saúde. Recursos estes que passam tanto pelas técnicas especializadas e científicas, quanto pelas práticas tradicionais, populares e religiosas. O itinerário terapêutico não deve ser compreendido apenas como a descrição linear das escolhas feitas pelo sujeito sobre os equipamentos institucionalizados

de saúde, mas nas relações intersubjetivas que este sujeito realiza com a variedade de saberes que se encontra próxima a sua realidade sociocultural e que lhe permite constituir compreensões e valores para lidar com seu processo de saúde/doença.

As relações intersubjetivas são processos que não se vinculam apenas ao contexto e a realidade sócio-histórica na qual o sujeito está inserido, e tão pouco enquanto fenômeno subjetivo individualizado. Ao contrário as produções intersubjetivas são as relações produzidas entre sujeitos, sujeitos e grupos; e entre sujeitos e a sociedade. São fenômenos que existem na intersecção de processos, que são complexos por não permitir uma redução a um único elemento, seja ele coletivo ou individual.

Nas relações intersubjetivas que os modos de vida são forçados, interseccionados por produções políticas, sociais, culturais, econômicas. Frente a estas relações que os processos de decisão e escolha são realizados pelos sujeitos, escolhas que estão condicionadas pelos variados elementos que compõem uma determinada realidade de vida.

As concepções de escolha e decisão aqui discutidas não estão subsumidas a lógica neoliberal que centra a capacidade de escolha e decisão no próprio indivíduo, este concebido como sujeito que detém uma autonomia independente dos determinantes sociais, históricos e políticos que o subjazem. Ao contrário, apoiado na definição de autonomia proposta por Seffner, Pupo e Paiva (2012), os processos de decisão e escolha implicam relações de negociação condicionadas por um outro: sujeito, coletivo, organização, instituição. Assim, a escolha e a decisão como ação produzida no campo da autonomia, apresenta-se como algo que não se tem propriedade, ou que se porta de forma individualizada. Tais capacidades se constituem por meio de relações de forças, na qual coletivos, sujeitos e grupos conflitam diante de um determinado acontecimento e tensionam seus recursos, conhecimentos e poder. A autonomia é um processo a ser conquistado constantemente, exercida no espaço público, na negociação de diferentes atores sociais que vão estabelecer, frente aos seus recursos e necessidade, relações de poder que podem, ora limitar, ora intensificar a capacidade de decisão, escolha e ação de sujeitos e coletivos.

Com base nestas compreensões, a identificação e delineamento do itinerário terapêutico de determinada população ou grupo social, como afirmam Mângia e Muramoto (2008), permite visualizar os campos de vulnerabilidades enfrentados no cotidiano destes sujeitos e os determinantes sociais presentes em seu percurso pela solução de seu agravo em saúde e/ou doença. O cotidiano torna-se cenário das narrativas dos sujeitos sobre seu itinerário terapêutico, apresentando as possibilidades de escolhas que estão atreladas diretamente a seus determinantes sociais. Os conflitos entre saberes, as dificuldades no acesso, bem como, a aceitabilidade dos programas e instituições de saúde em relação ao: gênero, raça/etnia, classe social e religiosidade aos

quais o sujeito pertence, estão relacionadas diretamente a suas escolhas terapêuticas.

Os estudos e publicações relacionadas às populações quilombolas e aos processos de saúde/doença apresentam-se em uma área de investigação vasta e ainda por fazer, com pesquisas pontuais e com expectativas de crescente aumento. Os estudos que tratam da questão da saúde da população negra apresentam algumas bibliografias básicas, como Brasil (2005) e Batista, Werneck e Lopes (2012), com financiamento do Ministério da Saúde e SEPPIR. Porém, nessas referências, a questão quilombola não se apresenta de forma direta, os dados estão aglutinados sobre a população negra urbana. Há pouca evidência dos dados de saúde sobre a vida das comunidades quilombolas.

A noção teórica escolhida no presente estudo, vem ao encontro da revisão de literatura realizada por Freitas et al. (2011), que investigaram artigos de 2000 a 2010 sobre pesquisas que tinham como tema os processos de saúde/doença em comunidades quilombolas. Tal pesquisa apontou para a formação de linhas de estudos em saúde que têm como a perspectiva dos direitos humanos na investigação dos campos de vulnerabilidade vivenciados por estas comunidades. Esta noção apresenta-se como base para o entendimento das produções de iniquidades presentes nas políticas públicas de saúde implementadas nos territórios quilombolas. Iniquidades que podem se expressar na dificuldade de acesso e aceitabilidade dos serviços de saúde nas comunidades quilombolas.

O Programa Brasil Quilombola (PBQ), criado no ano 2004, busca retirar do anonimato as problemáticas vivenciadas pelas comunidades quilombolas no que tange à saúde, educação, desenvolvimento sustentável, território, entre outros temas. Almeja, enquanto uma de suas diretrizes, incentivar os governos estaduais e municipais na promoção e acesso às políticas públicas aos quilombolas, como estratégia de alteração de sua condição de vida. O PBQ apresenta ainda algumas áreas de atuação prioritárias que vêm ao encontro da proposta do presente estudo, que justifica e valida sua iniciativa, enquanto pesquisa que busca analisar as formas de atuação dos serviços de saúde no cotidiano das comunidades quilombolas. São áreas de atuação de importância do programa supracitado:

[...] ações que consolidam dados e produzem informações e conhecimentos necessários à formulação e à avaliação de políticas de promoção da igualdade racial. Essa diversidade fundamentará a análise e a formulação de dados estatísticos e científicos, bem como a avaliação e sistematização de informações sobre as condições de vida da população negra. (Brasil, 2004 p.27)

Inclui também atuações na área da saúde que buscam, por meio dos programas de saúde da família: “Priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população das comunidades, de forma integral e contínua” (Brasil, 2004, p.30).

Atrelados a estas áreas de atuação prioritária elencadas pelo PBQ, estão as diretrizes gerais e os objetivos específicos da Política Nacional Integral de Saúde da População Negra, que buscam em seus objetivos específicos:

II - 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;

VII - Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

IX - Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;

XII - Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra (Brasil, 2013, p.19-20).

Concomitante à implantação do PBQ, foi publicada em 2004 a Portaria nº 1.434, como marco regulatório que afirma a implantação e a abrangência de Equipes de Saúde da Família em territórios quilombolas. A presente Portaria estabelece um financiamento mais equitativo para equipes que atuam em áreas rurais, quilombolas e assentamentos, e que estão situadas em municípios com menos de 30.000 habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inferior ou igual a 0,7. A equalização financeira se deu pela implantação de um adicional de 50% para as equipes que trabalham nestes municípios e em áreas rurais. Foi a primeira vez que se utilizou como critério para repasses financeiros, indicadores de determinantes sociais para a efetivação de políticas de saúde (Freitas et al., 2011).

Tanto as diretrizes gerais da política de saúde da população negra, quanto seus objetivos específicos, estão inseridos na presente pesquisa, como estudo que pretendeu produzir informações, métodos e análises que permitiram visibilizar os processos de saúde/doença vivenciados no cotidiano das comunidades quilombolas. Para além da produção de dados, a presente investigação, objetivou com sua produção de conhecimento, a constituição de estratégias de ação que auxiliassem a comunidade a aprimorar suas formas de cuidado e a superar as problemáticas vivenciadas na interface com a política pública de saúde local.

Alagoas, onde a comunidade investigada se situa, encontra-se como o Estado brasileiro com um dos menores IDH do país, com 0,63, o que reflete o alto índice de pobreza que atinge 59,54% da

população (IBGE, 2010). Tais dados estão diretamente relacionados aos determinantes sociais e aos níveis de vulnerabilidade no qual a população alagoana está exposta, e à necessidade de garantia do acesso integral e de qualidade das políticas públicas pela população.

Estas situações de precariedade vão repercutir nas problemáticas enfrentadas pelas comunidades quilombolas no que se refere à saúde, educação, transporte e segurança. Em pesquisas realizadas em uma comunidade quilombola do agreste alagoano, que objetivou analisar o acesso da comunidade às políticas públicas de saúde, Fernandes, Duarte e Silva (2010), identificaram intensa precariedade de acesso da comunidade ao serviço de saúde. Primeiramente quanto ao deslocamento da população à Unidade Básica de Saúde, que necessitava percorrer cerca de 12 km, sem condições de transporte para ter o atendimento, já que as visitas domiciliares eram esporádicas, datando por vezes de 2 a 3 meses. Quanto à qualidade do serviço, os relatos da comunidade apontavam para uma segregação no atendimento de quem vinha da zona rural e de território quilombolas.

Mesmo nas comunidades quilombolas que apresentam Unidades Básicas de Saúde instaladas, as dificuldades no que tange ao acesso à política de saúde não se ausentam. Em pesquisa realizada por Fernandes e Santos (2013), com o objetivo de analisar as formas de cuidado de uma população idosa localizada em uma comunidade do agreste alagoano, foi observada negligência tanto da gestora quanto dos profissionais na promoção de programas específicos que atendam as necessidades da população negra rural.

Há poucas pesquisas em Alagoas que versem sobre as políticas públicas inseridas em territórios quilombolas. Quanto às investigações na área da política de saúde da população quilombola, há pesquisas pontuais que devem ser fortalecidas, com objetivos que busquem analisar a qualidade e o acesso das comunidades aos serviços de saúde. Neste sentido, o presente trabalho vem contribuir com os estudos que estão sendo realizados na área, com uma proposta de estudo para identificar os itinerários terapêuticos de cuidado dos moradores de uma comunidade quilombola do Estado de Alagoas.

O trabalho foi dividido em cinco capítulos e em breves considerações. O primeiro propõe uma reflexão sobre o conceito de itinerários terapêuticos, com apresentação e discussão sobre os vários estudos na área. O capítulo é finalizado com as discussões sobre o cotidiano e os itinerários terapêuticos, como compreensões relevantes e possíveis para uma análise qualitativa das produções de cuidado nos territórios quilombolas. O segundo capítulo se propõe a discutir sobre o conceito de quilombo, realizando um percurso histórico e político sobre o mesmo, na apresentação de seus variados usos e definições, para posteriormente discutir as repercussões destas conceituações no cotidiano, bem como, na luta pela ampliação e garantia de seus direitos fundamentais e acesso às políticas públicas. No terceiro capítulo buscou-se realizar uma discussão sobre o contexto da saúde

pública após seus 27 anos de implantação no país, para depois adentrar a situação desta política nos territórios quilombolas, com ênfase na Política de Atenção Básica, a qual vem sendo fortalecida nas comunidades. O texto procurou trazer os variados estudos na área problematizando os avanços e desafios ainda necessários para a efetivação da política pública de saúde nas comunidades quilombolas.

O quarto capítulo trata dos aspectos metodológicos da pesquisa, apresentando seus princípios epistemológicos, bem como os procedimentos, instrumentos e desenvolvimento da pesquisa. Este capítulo finaliza com a apresentação das categorias analíticas construídas no decorrer da mesma.

No quinto e último capítulo são apresentados os resultados e as discussões produzidas na pesquisa, com a descrição de um breve histórico das comunidades negras rurais como agentes potenciais na formação do campesinato alagoano. Em seguida, é feita uma caracterização da comunidade pesquisada em termos de: realidade do município onde ela se localiza; histórico de formação da comunidade; os atuais conflitos e desafios à garantia dos direitos quilombolas; e a situação da saúde na comunidade. Esta caracterização apresenta-se neste capítulo da tese por se tratar dos resultados desenvolvidos no processo da pesquisa.

Ainda neste capítulo são apresentadas as análises por categorias temáticas das informações construídas no campo de pesquisa. Cada categoria é detalhadamente discutida e analisada com base nos pressupostos teóricos e metodológicos desenvolvidos durante o estudo.

Após o quinto capítulo serão relatadas algumas lições aprendidas durante o processo de pesquisa, para auxiliar outros estudiosos que investigam o tema. Por fim, será apresentado a proposta do projeto de intervenção produto técnico da presente investigação.

2.1 Objetivo

O estudo tem como meta descrever os itinerários terapêuticos de moradores de uma comunidade quilombola localizada no agreste de Alagoas, bem como contribuir para o processo de monitoramento da política pública de saúde em comunidades quilombolas, na tentativa de compreender os campos de vulnerabilidade existentes no acesso aos serviços de saúde e se os mesmos contribuem para a resolutividade das necessidades específicas desta população.

3. ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E PRÁTICAS COTIDIANAS

Os modos diversos e os variados caminhos a serem percorridos pelos sujeitos na busca ao cuidado em saúde é o que Gerhardt (2006) define como itinerário terapêutico, ou seja, são as práticas adotadas por sujeitos e coletivos diante das condições sociais, políticas e intersubjetivas disponíveis a eles na realização de seus itinerários para o cuidado à vida. Os itinerários estão condicionados tanto aos determinantes sociais quanto às redes de apoio pessoais que os sujeitos têm a sua disposição para a resolubilidade de seus agravos e/ou doenças. Cada comunidade, coletivo, grupos e os sujeitos que dele participam terão modos diferentes de guiar seu processo de saúde/doença.

Como afirmam Santos e Silva (2014), a investigação e análise dos itinerários terapêuticos em comunidades quilombolas torna-se uma ferramenta para compreender como as práticas de saúde tomam forma nos territórios negros rurais, na dependência das determinações materiais, sociais e subjetivas presentes em cada comunidade. As escolhas realizadas pelos sujeitos no cuidado a sua saúde não são tomadas de forma aleatória e ao acaso, mas estão vinculadas diretamente as suas concepções de mundo, aos modos de interpretar a vida, bem como, aos recursos sociais disponíveis a eles.

Como aponta Gerhardt (2006), as escolhas que delineiam os itinerários terapêuticos devem ser concebidas para além de práticas adotadas exclusivamente no cuidado à saúde e no tratamento à doença, mas itinerários que explicitam os modos de conceber a vida, as formas de interpretar os fenômenos cotidianos e os conhecimentos que guiam os sujeitos nas relações com seus grupos de pertencimento, bem como, as instituições sociais que circundam o seu fazer do dia a dia. Os itinerários terapêuticos são itinerários vivenciais, construções de experiências que fazem os sujeitos e coletivos acionarem saberes já alicerçados, ou outros a serem inventados no percurso do cuidado à vida.

Como afirmam Alves e Souza (1999), Gerhardt (2006), Cabral et al. (2011) e Santos e Silva (2014), os estudos dos itinerários terapêuticos exigem uma noção que possibilite a explicitação das dimensões socioculturais, institucionais, políticas e históricas na compreensão dos modos como os sujeitos e seus coletivos apropriam-se destes elementos para produzir seus itinerários de cuidado. Apesar de os projetos terapêuticos institucionalizados pelas organizações de saúde, pelos serviços públicos, hospitais, saberes médicos entre outros, apresentarem itinerários já traçados ao cuidado dos agravos ou à manutenção da saúde, o modo como os sujeitos e seus grupos usam estes equipamentos são diversos e plurais, dependem de negociações realizadas sobre suas necessidades, sentidos e significados compartilhados entre seus pares.

Neste sentido que Silva, Sancho e Figueiredo (2015) afirmam que o pretexto dos estudos

sobre itinerários terapêuticos não é achar explicações causais sobre as escolhas realizadas pelos sujeitos, mas construir compreensões que extrapolam a lógica reducionista dos processos de cuidado.

Como afirmam Silva, Santos e Dourado (2015), os itinerários terapêuticos se expressam sobre as condições materiais ofertadas, sobre as formas de singularização da vida que delineiam os projetos de vida coletivos e individuais. É neste encontro entre recursos, necessidades e disposições culturais intersubjetivamente cunhadas, que os itinerários terapêuticos se perfazem.

Os itinerários terapêuticos são construídos por diversos caminhos, como afirmam Cabral et al. (2011), que nem sempre iniciam, ou passam pelas instituições formais de saúde, eles podem ser gerenciados e gestados por outras instâncias sociais como: recomendações familiares regadas a chás e ervas, conversas com vizinhos, práticas religiosas, tratamentos tradicionais em saúde com garrafadas e rezadores, entre outros tantos métodos, que ofertam um sentido à realidade do sujeito que adoeceu, ou que procura o cuidado e manutenção a sua saúde.

A associação entre as práticas biomédicas, saberes tradicionais, sugestões de vizinhos, recomendações familiares e práticas religiosas são relatados em vários estudos sobre itinerários terapêuticos. Como a pesquisa de Tornquist e Franzoni (2008), na qual senhoras relatam, em seus itinerários terapêuticos, a presença sempre relevante dos chás e ervas junto aos procedimentos médicos, como elementos preponderantes nos modos de interpretação da doença e do tratamento. Tais ferramentas terapêuticas apresentam-se como parte integrante de suas vidas, componentes de suas histórias, de suas identidades e relacionadas ao seu cotidiano. Como afirmam Tornquist & Franzoni (2008, p.16):

Ao falar das propriedades dos chás a partir das histórias de cura, curas de pessoas conhecidas, de parentes e amigos cujas identidades se relacionam com as suas, falaram que os chás que ficam em nosso conhecimento (que não são esquecidos) são aqueles que têm trajetórias: carregam histórias de cura, cujas pessoas têm nomes, endereços, idiossincrasias, e suas doenças têm uma espécie de personalidade que pode ser descrita em seus jeitos e trejeitos. A sua cura é um processo e um caminho cheio de escolhas, adequadas e inadequadas, aquilo que chamamos itinerários terapêuticos, e que não excluem a ida ao posto de saúde nem a busca de determinados remédios ou exames, e que se faz num contexto no qual os saberes “tradicionais” estão presentes, e, quiçá, dão o sentido mais amplo do próprio itinerário.

A pesquisa de Pinho e Pereira (2012) sobre itinerário terapêutico de pessoas que buscam o tratamento ao HIV/aids, mostra também que há no itinerário a associação entre os procedimentos médicos e práticas religiosas, como rezas e orações. No relato, as pessoas justificam a manutenção e

melhora em seu quadro de saúde devido a estas duas instâncias de saberes, que apesar de contraditórias, associam-se no cuidado à saúde. Ao encontro destes estudos, pesquisas realizadas sobre saúde em comunidades quilombolas (Silva, 2007; Silva e Carvalho 2008; Arruti, 2009; Freitas et al., 2009; Silveira et al., 2011; Santos e Silva 2014) apresentam os conhecimentos tradicionais, familiares, chás, ervas e práticas religiosas como componentes presentes no cuidado à saúde e no tratamento dos agravos e/ou doenças, os quais não se realizam de forma isolada, mas acompanhados pelos saberes biomédicos.

De acordo com Mângia e Muramoto (2008), Tornquist e Franzoni (2008) e Bertagnoni et al. (2012), o acesso às experiências de cuidado, as trocas e o compartilhar dos itinerários terapêuticos são possíveis apenas em um contexto relacional, no qual o outro torna-se parte integrante da narrativa, da experiência vivida e dela participa como ouvinte e possível protagonista, ao sugerir, integrar, alterar as rotas vivenciadas e as práticas realizadas para seu contexto de vida. Assim, a narrativa torna-se elemento preponderante no acesso aos itinerários, como ato que coloca em evidência o humano, como sujeito nutrido de experiências que com o outro a revê, a compartilha e a modifica.

Como afirma Benjamin (1940/1994), a narrativa não é a passagem de uma informação ao outro, uma norma que deve ser seguida, ao contrário, narrar uma história, uma trajetória é co-habitar experiências, a qual exige um outro a quem confiar a vida que se viveu e as escolhas que se fez. Na modernidade a tradição da narrativa é substituída paulatinamente pelas produções informativas, que sobre o sujeito isolado buscam trazer os fatos acabados e bem descritos. Cabe ao sujeito, nesta relação, repetir invariavelmente a informação passada, que produz uma pobreza de experiência do humano, em uma repetição saturada de informações que configuram a vida em no ostracismo e na conformidade. Na pobreza de experiência, o sujeito encontra-se solitário, em um mundo carregado de técnicas que não necessitam da experiência para se gerenciar, mas de instruções que de forma generalista engendra modos normativos de guiar o viver.

Assim, de acordo com Benjamin (1994), a narrativa faz emergir em cena o campo da experiência e com ela o protagonismo daquele que narra, que em sua história apresenta os conhecimentos de vidas repletas de sabedoria, que não necessita das amarras dos saberes institucionais para se legitimar, mas, como afirma Benjamin (1994), de um outro ouvinte que proposto a adentrar ao ato narrativo, passa a pertencer e a germinar com ele outros contos, vozes e histórias.

A prática da narrativa se faz presente nas comunidades quilombolas, as quais em rodas de conversa, mesas de bar, em cadeiras de descanso em baixo de cajueiros, compartilham fatos vividos, e deles extraem elementos na construção de conhecimentos coletivos que possam ser

integrados a outras vivências e necessidades, que por vezes escapam aos saberes formais (Arruti, 2006).

Para uma compreensão mais complexa dos itinerários terapêuticos, Bertagnoni et al. (2012), buscam diferenciar demanda e necessidade de saúde. A demanda pode ser definida como as necessidades da população enquadradas pela oferta realizada pelos serviços de saúde. Ou seja, são as tentativas de tradução dos agravos e/ou doenças explícitos enfrentados pela população frente às formas de cuidado e os discursos proferidos pelos equipamentos de saúde às suas vidas. Já as necessidades de saúde estão para além dos agravos e/ou doenças explícitos vividos e incorporados pelos equipamentos de saúde. E caracterizam-se pelas táticas elaboradas para lidar com as situações presentes em seu viver, que emergem nas relações e nos encontros do dia a dia, e requerem respostas que possibilitem maior autonomia no modo de manejar e lidar com suas condições de vida.

Cabral et al. (2011) em revisão sistemática realizada a respeito de estudos sobre itinerários terapêuticos nos últimos 20 anos no Brasil, revelam que este tema de pesquisa ainda é incipiente e recente no país. Na busca das bases de dados foram encontrados apenas 11 artigos publicados sobre o tema, sendo que com exceção de um, que datava de 1993, todos os outros foram produzidos entre os anos 2000 a 2008. O aumento das publicações relaciona-se ao fortalecimento de modelos de assistência à saúde que estejam mais próximos ao território e à participação comunitária, como é o caso da política de atenção básica. Estes modelos de atenção levantaram necessidades de os profissionais e pesquisadores conhecerem os itinerários, os determinantes nas escolhas de cuidado, as dificuldades de acesso à saúde da população, bem como, enriquecer as pesquisas de avaliação em saúde com informações qualitativas das necessidades dos usuários e comunidades: “A opção por desenhos assistenciais centrados no usuário e em seu território coloca à gestão em saúde o desafio de conhecer mais profundamente as características e os determinantes da busca de cuidado.” (Cabral et al., 2011, p. 440).

O estudo de Cabral et al. (2011) aponta para três linhas de pesquisa sobre itinerários terapêuticos que vêm se consolidando no Brasil, estas serão apresentadas em ordem de predominância de produção e publicação. A primeira refere-se aos estudos que buscam compreender a concepção dos sujeitos sobre suas doenças e como estas concepções interferem nos seus processos de escolha, nas redes sociais as quais eles acionam para o cuidado e o contato deles com os serviços de saúde. A população-alvo destas investigações são pessoas com doenças crônicas que necessitam de acompanhamento contínuo dos serviços de saúde e de práticas de cuidado encontradas na comunidade.

A segunda linha de pesquisa objetiva avaliar por meio dos itinerários terapêuticos a efetividade dos serviços de saúde nos territórios, bem como, o acesso dos usuários aos equipamentos de saúde. São estudos que centram os itinerários nas práticas de cuidado que se referem às instituições formais de saúde, nos itinerários percorridos dentro da rede de assistência à saúde. Apresentam um método prático de intervenção a fim de identificar as problemáticas existentes nos serviços para propor mudanças emergenciais (Cabral, et al., 2011).

Com menor predominância, encontram-se as pesquisas que, por meio dos itinerários terapêuticos, buscam compreender como os contextos econômicos, as relações sociais estabelecidas naquele território, as redes de apoio comunitárias, a disposição de acesso, aceitabilidade e disponibilidade das políticas públicas de saúde são determinantes nos processos de escolha das pessoas para o cuidado de suas vidas. Estas pesquisas entendem que os processos de cuidado passam por outros caminhos, que não só os serviços prestados pelos equipamentos formais de saúde. Assim, buscam analisar como os contextos socioculturais, as dimensões de vulnerabilidade e os condicionantes econômicos reverberam nos percursos de cuidado para garantir o direito à saúde das comunidades. Estas pesquisas têm como meta auxiliar as políticas públicas de saúde na estruturação de alternativas condizentes com as necessidades da população, para ampliação do seu acesso às diversas formas de cuidado.

Diante desta sistematização, Cabral et al. (2011) apontam a necessidade do fortalecimento de estudos que se enquadrem na terceira linha, em uma vertente que busque compreender a saúde de forma mais ampla, como cuidado à vida, e não apenas como instrumento a ser manejado pelos equipamentos formais de saúde. Investigações que centrem as análises dos itinerários terapêuticos nas produções intersubjetivas constituídas na vida cotidiana, na importância de compreender as táticas utilizadas, as concepções de mundo envolvidas nos processos terapêuticos, o impacto da política pública de saúde no território e os recursos disponíveis às comunidades na solução de seus agravos e/ou doenças. Para assim, estruturar junto aos atores sociais envolvidos, estratégias de atenção básica voltadas às necessidades da população.

A pesquisa de Santos e Silva (2014) caracteriza-se como um estudo que se enquadra nesta terceira linha. Teve por objeto de investigação os itinerários terapêuticos de duas comunidades quilombolas do estado de Goiás: Almeidas e Jardim Cascata, respectivamente. As condições de saúde de ambas as comunidades apresentam dificuldades: precariedades quanto a saneamento básico; recursos insuficientes para a garantia do acesso à atenção básica; pouca resolubilidade dos agravos e/ou doenças e dificuldade no acompanhamento dos usuários que chegam à Unidade Básica; alta rotatividade dos profissionais de saúde nas comunidades; pouco conhecimento dos profissionais sobre territórios; desestrutura para formação da rede de referência e contrarreferência.

Apesar da variedade de itinerários descritos, há uma referência na comunidade de Almeidas ao uso dos medicamentos caseiros, e que faz parte da rotina de vida de seus moradores, como tentativa de cuidado aos agravos leves, antes de buscar qualquer tratamento médico. Mesmo após a busca pelos conhecimentos biomédicos, os remédios caseiros permanecem associados com os medicamentos alopáticos. A automedicação é outra prática comum na comunidade, em conversas com vizinhos, parentes e amigos as pessoas passam recomendações de medicamentos para agravos leves (Santos & Silva, 2014).

A busca pela Unidade Básica de Saúde presente no território é dificultada em Almeidas pelo funcionamento irregular do posto, que está aberto apenas de quinze em quinze dias. A rotatividade, a falta de profissionais e os impedimentos geográficos, indicam as dificuldades no acesso à atenção básica à comunidade (Santos & Silva, 2014).

Já na comunidade Jardim Cascata os medicamentos caseiros são pouco utilizados; o que ganha referência é a utilização dos serviços médicos e públicos de saúde, porém estes estão associados a práticas religiosas. A busca por instituições religiosas e pela igreja é relatada pelos moradores como parte de seu itinerário de cuidado. A prática da automedicação também se faz presente. Apesar de esta comunidade apresentar certa facilidade no acesso à Unidade Básica de Saúde, isto não indica resolubilidade nos agravos e/ou doenças. Problemas com infraestrutura, falta de recursos e ausência de médicos, também são relatados (Santos & Silva, 2014). Ademais, a falta de preparo dos profissionais, sem conhecimento da realidade local e dos marcadores étnico-raciais das comunidades são elementos presentes em ambas as comunidades, os quais impedem aos quilombolas o acesso pleno aos serviços de saúde e o acompanhamento terapêutico de qualidade (Santos & Silva, 2014).

Na pesquisa de Silveira et al. (2011) o primeiro recurso acionado pelos moradores de uma comunidade quilombola quando se apresenta um agravo e/ou doença, são as práticas populares de cuidado, associadas às crenças religiosas, o apoio de vizinhos e as recomendações familiares, para posteriormente buscar o acesso à Unidade Básica. O estudo realizado por Oliveira et al. (2012) em uma comunidade quilombola do Norte de Minas Gerais, aponta também o uso de remédios caseiros. A pesquisa de Pinho et al. (2015) em comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais com total de 3.140 moradores, afirma que em caso de doenças, 59,6% da população buscam os serviços hospitalares para resolução dos agravos e/ou doenças, e somente 31,7% vão à Unidade Básica de Saúde. Isso mostra a necessidade de fortalecimento das ações e que a referência do cuidado da comunidade ainda está centrada à lógica hospitalar e à medicalização.

Assim, os estudos dos itinerários terapêuticos em comunidades quilombolas apresentam-se como campo de investigação rico à compreensão dos enredos de cuidado que se desenvolvem nas

comunidades. Gerhardt (2006), em estudo realizado sobre itinerários terapêuticos e territórios de pobreza, afirma a importância da identificação dos itinerários terapêuticos para o entendimento das vivências de vulnerabilidade, as respostas possíveis acionadas diante dos agravos e as dificuldades encontradas no acesso das populações pobres aos serviços de saúde.

Gerhardt (2006) desenvolve sua pesquisa em um município do interior do Paraná, realizando uma comparação entre moradores de bairros que apresentam melhores condições de renda e moradores de bairros da periferia. Como resultado, afirma que nos bairros médios e das periferias, à medida que a automedicação e os cuidados tradicionais aumentam, diminui-se a procura por serviços de saúde formais. Já nos bairros com melhores condições de renda, a lógica é inversa, há pouca procura pelos cuidados tradicionais e maior adesão aos equipamentos especializados em saúde.

Os itinerários terapêuticos são projetos de cuidado que estão implicados na vida cotidiana, como uma dimensão que se impõe aos sujeitos, mas não apenas os submetem, permite a eles reordenarem relações e inscreverem suas necessidades. O cotidiano apresenta-se como o cenário complexo no qual as escolhas terapêuticas são produzidas, um cenário nutrido por jogos sociais, relações de poder, vivências pessoais e construções culturais que perpassam concepções de vida e de mundo.

Para Pichon-Rivière e Quiroga (1998) o cotidiano é a manifestação das formas de relação estabelecida pelos sujeitos com a natureza e a sociedade reguladas em um tempo, ritmo e espaço, os quais irão condicionar as formas de produção da vida. A cotidianidade organiza-se sobre uma prática, uma ação que o sujeito experimenta, a qual não pode se substanciar sem a relação com o outro, com o social que o circunda e que o mesmo compartilha. É um mundo vivido com os outros, em produções intersubjetivas que se implicam sobre o eu e o insere nas relações entre grupos, disputas por recursos, hegemonia de visões de mundo, as quais irão ordenar neste dia a dia, formas políticas de lidar com a vida.

Estas relações políticas, de poder e de dominação, apresentam um conteúdo reificador na experiência cotidiana, que busca mistificar as relações, tornando-as naturalizadas, imediatas e a-históricas. Vividas antes mesmo da chegada do sujeito ao mundo, e por isso, reproduzidas como fora de sua capacidade de transformá-las enquanto protagonista político. Esta é uma forma de ocultar as relações concretas que condicionam a organicidade da vida social, as relações estabelecidas entre as necessidades humanas e as condições históricas capazes de satisfazê-las. Isso produz um conhecimento falacioso e imediato do real, que impede a problematização do que está próximo.

Estas experiências reificadoras que os sujeitos vivem em sua cotidianidade implicam em

formas de dominação sobre seus corpos e suas vidas, com estratégias que buscam ordenar seus ritmos, tempos e espaços. Porém, sobre estas tentativas de dominação, os sujeitos são capazes de produzir modos diversos de operar os signos, instrumentos e aparelhos que se impõem sobre eles. Em afetações que os modificam, os fazem reagir de forma a se apropriar de maneira diversa dos mecanismos que os tentam controlar. Como afirma Certeau (2012), o sujeito comum produz uma arte de subverter a ordem em uma reinvenção do seu fazer que permite às formas de organização impostas operarem sobre sua vida por meio de outros registros, funções, capacidades. Como alguns escravizados do período colonial, que sem poder escapar à opressão estrutural imposta pelo modelo da sesmarias, inventam uma arte política fugidia e combativa à opressão, corporificada na capoeira, nos cantos, quilombos e batuques, no enfrentamento à ordem para o fortalecimento de suas crenças, valores, modos de interpretar e viver o mundo.

De acordo com Certeau (2012), esta arte de fazer é discreta e pode passar despercebida a um olhar que compreende de forma passiva e pejorativa o homem e a mulher comum. Quando percebidos por um observador metucioso, que os coloca em um lugar de produtores da realidade, outro nível de análise entra em jogo. As rotas que estes traçam sobre o cotidiano buscam uma inversão dos signos dominantes, nos usos dos mesmos às suas necessidades. Percebe-se que na apropriação destes sobre os discursos, os mecanismos e as práticas dominantes nem sempre são integradas a sua realidade de forma imediata e ingênua, mas passa por um rol de intervenções que as modificam e as fazem agir a seu proveito. Este rol de intervenções é denominado de arte do cotidiano, ou a capacidade inventiva de realizar usos diversos, que transforma os signos e instrumentos, a princípio produzidos para um determinado fim, em outras funções, ações e práticas.

Certeau (2012) diferencia dois mecanismos para explicar as artes de fazer no cotidiano: as estratégias e as táticas. As racionalizações estratégicas são aquelas que buscam, por meio de saberes, construir um campo de poder próprio, um lugar apropriado que vai se implicar sobre a vida do outro, podendo manipulá-lo e administrá-lo conforme sua lógica, sendo vinculado à racionalidade moderna presente na ciência, na prática militar e na política. Para isso a dimensão estratégica apresenta, ao menos, três operações: 1. **o controle do tempo**, em uma preparação que permita expansões futuras, em um ganho de vantagem sobre as variadas circunstâncias que podem se tornar presentes em um lugar; 2. **a ampliação da capacidade de ver**, realizar uma estratificação dos lugares que possibilite uma visualização das forças desviantes e desajustadas, tornando-as objetos que se possam prever, medir e observar; 3. **o poder do saber na conquista de um lugar próprio**, como uma capacidade de forjar objetos de conhecimentos que atuem sobre a realidade com seus métodos e técnicas próprias. É um lugar de poder que elabora sobre seus domínios um lugar teórico, o qual produz um objeto a ser ordenado em um conjunto de lugares físicos com

trajetórias determinadas, distribuídas e organizadas sob seu controle.

Já as táticas não apresentam um lugar próprio, são despossuídas a princípio, e sua ação é derivada a partir das estratégias presentes no terreno do dominador. É neste não lugar, despossuído de domínios preexistentes que a tática atua, em uma astúcia que lida com os modos de controle incorporando-os de forma inventiva e diferenciada, na introdução de um elemento surpresa, não previsível à ordem. Por isso, dependente do tempo para formulação de circunstâncias que possibilite sua ação, em ritmos heterogêneos e com rotas ainda não traçadas. Como o chiste Freudiano, que irrompe em uma certa ocasião e circunstância, as forças repressoras do desejo. Como afirma [Clauzewitz (1955), apud Certeau 2012, p. 95]:

O poder se acha amarrado à sua visibilidade. Ao contrário a astúcia é possível ao fraco, e muitas vezes apenas ela, pode ser usada como “último recurso”: “Quanto mais fracas as forças submetidas à direção estratégica, tanto mais esta estará sujeita à astúcia”. Traduzindo: tanto mais se torna tática.

As trajetórias e rotas tracejadas no cotidiano apresentam-se como um espaço marcado pelas operações estratégicas e forças táticas. As primeiras, como forças dominantes, aliadas às instituições, produzem trajetórias já marcadas, ou em formação, as quais buscam delimitar as formas de ação dos sujeitos a seus métodos, técnicas e saberes no controle dos ritmos, tempos e espaços. Já as segundas atuam por meio de traços, com ritmos descontínuos e em um tempo circunstancial próprio de sua ação, em rotas ainda não caminhadas, em uma arte de fazer que se consolida dentro dos enquadres institucionais, mas se perfazem para além de sua ordem (Certeau, 2012).

Lefebvre (1978), ao se dedicar à noção de cotidiano, realiza uma crítica à história, e aos historiados, que compreendem o cotidiano como lugar do banal, sem qualidade própria, da reprodução das ideologias e das práticas sociais diárias. Ao contrário, o cotidiano é a expressão das contradições históricas presentes na realidade, na qual se forjam as ideologias, bem como, a produção de novos sentidos, oriundas dos impedimentos e das virtualidades possíveis no presente. Para Lefebvre (1978), não há história sem vida cotidiana. Isso porque o cotidiano é o lugar da contradição, na qual as possibilidades do real são criadas, as rupturas são realizadas em processos de produção que abrem passagem às necessidades históricas.

A noção de cotidiano ao ser caracterizado como a vivência do imediato, do mesmo, da repetição da vida, homogeneíza a realidade sobre o tempo histórico longo, sem perceber que a história nunca se totaliza, ela deixa seus resíduos que são compartilhados na convivência de variados tempos históricos, os quais se tensionam e se sintetizam no dia a dia da vida em sociedade.

Estes variados resíduos que resistem às passagens históricas, nos interstícios das relações sociais apresentam-se como potencialidades virtuais, que em determinadas condições materiais rompem o real, trazendo novos sentidos, significados e objetividade própria à história. Como diria Martins (2010, p.99-100): “Na realidade coexistem relações sociais que têm datas diferentes e que estão, portanto, numa relação de descompasso e desencontro. Nem todas as relações sociais têm a mesma origem. Todas sobrevivem de diferentes momentos e circunstâncias históricas”.

Esta complexidade de resíduos históricos que tecem a vida social tornam-se mais expressivos, de acordo com Lefebvre (1978), nas realidades rurais, como lugares nos quais coabitam, de maneira mais intensa, práticas tradicionais, crenças e valores de um determinado grupo, com concepções e modos de organização modernos. Assim, apesar de existir uma concepção de realidade que se baseia em uma história linear que recai sobre os sujeitos, a história é a experiência compartilhada e substanciada por uma variedade de práticas e concepções que não datam de um mesmo tempo histórico. São estas contradições expressas no cotidiano que possibilitam o virtual, como presente ainda não acontecido, concretizar-se, emergir e forjar a vida.

Com esta compreensão de cotidiano, como lugar de disputa entre atores sociais, instituições, saberes e tempos históricos, que se busca compreender como se inserem as políticas públicas de saúde, com seus equipamentos sociais, conhecimentos técnicos, produções políticas e sociais no cotidiano dos territórios quilombolas. A política pública encontra-se como projeto que se realiza no confronto de diferentes concepções de sujeito, mundo, estado, sociedade, saúde. São sobre estes diversos interesses que ela se desenvolve e se implementa, são estas disputas que a gestam e a fazem agir sobre a vida social. Como afirmam Scarcelli e Junqueira (2011, p. 344):

Em outros termos, dizem respeito ao conjunto de interesses que mobilizam os atores que se agregam em torno desse projeto: governantes, partidos políticos, empresários, movimentos sociais, estudantes, intelectuais, entidades filantrópicas, conselhos profissionais, associações de classe, sindicatos, etc.

Sob estes conflitos de interesses, convicções e necessidades que a política de saúde é gerada: ora como caminho para a autonomia social e política de grupos marginalizados, que buscam por meio dos direitos objetivar seus projetos de vida; ora como impedimento à ação política, com projeto que visa a interesses particulares de grupos, organizações, governantes e partidos, os quais precarizam, por interesses próprios, a implantação da política e levam ao empobrecimento das relações democráticas (Scarcelli e Junqueira, 2011).

A política pública também se insere no cenário de disputa do cotidiano, nele os sujeitos, grupos e instituições se enfrentam, buscam modos estratégicos e táticos de usar as tecnologias, os

equipamentos em seu território. Alguns, como diria Certeau (2012), com usos estratégicos, em situações de poder conseguem calcular as posições, os ritmos e os modos de agir do outro. Já outros, com usos táticos, situados em relações de impedimento, controle e dominação buscam modos diversos de utilização da mesma a seu favor. Em um uso do serviço público (de seus equipamentos, legislações, atores sociais, tecnologias) que o modifica em seu próprio campo de ação e o utiliza de forma diferente, pode atingir suas necessidades impedidas e não contempladas.

É sobre este cotidiano, determinado por produções macrossociais e configurado por relações micropolíticas, construídas face a face, que o campo da saúde da população quilombola se perfaz, no percorrer de variados caminhos que passam: pelos equipamentos sociais, grupos, organizações, movimentos sociais, projetos políticos, ações governamentais, conhecimentos tradicionais, saberes técnicos, que se encontram disponíveis a eles em seus territórios. Quais são os usos realizados pelos membros das comunidades quilombolas do serviço de saúde? Como as comunidades quilombolas, com seus saberes próprios, lidam com a inserção do serviço de saúde em seu território? Quais jogos de poder e quais modificações a política pública de saúde configura no fazer cotidiano destas populações?

Sobre estes questionamentos colocam-se em pauta as contribuições da psicologia para analisar a vida cotidiana das comunidades quilombolas em interface às políticas públicas de saúde inseridas em seus territórios. Assim, tendo nas relações intersubjetivas o lócus de produção dos sentidos, das escolhas e dos itinerários a serem percorridos pelos sujeitos. A psicologia social investiga a inscrição das histórias pessoais, dos grupos de pertencimento e das vivências institucionais dos sujeitos nas produções históricas, das quais eles participam, modificam e estão condicionados. Neste campo de contradições na qual se circunscrevem as produções macroestruturais e micropolíticas, que a psicologia social realiza seu fazer científico, como possibilidade de pensar a história e os fenômenos sociais a partir das ações dos sujeitos, grupos e coletivos (Martín-Baró, 2009).

A psicologia ao olhar o cotidiano como espaço de produção das relações intersubjetivas que estão perpassadas por elementos políticos, históricos e sociais contribui à análise da implantação de uma política pública em um determinado território. No olhar de como uma política ao inserir-se em um espaço, não se desenvolve apenas por meio da reprodução de seus objetivos institucionalizados. Mas para além deles, atua no cotidiano e ativa neste lugar, campos de disputa, usos diversos de seus instrumentos e equipamentos aos variados atores sociais, grupos e instituições presentes neste território, que por meio dos instrumentos, reinventam, reproduzem e/ou atualizam sua realidade.

Compreender os usos, as táticas e os itinerários realizados pelos moradores das comunidades quilombolas, em seu dia a dia, na busca pelo acesso ao cuidado em saúde, permite analisar as

concepções de saúde e doença presente em seus territórios, bem como, as vulnerabilidades existentes nos mesmos, e que levam a itinerários, por vezes, não identificados pelas vias institucionais do serviço de saúde instalados na comunidade.

Assim, compreender como os itinerários terapêuticos dos moradores de Pau D'arco são traçados, torna-se uma ferramenta importante para verificar o acesso da comunidade aos equipamentos de saúde e os usos que realizam frente ao que lhes é disponibilizado, tanto em nível de cuidado institucional, como os caminhos informais nos cuidados a seus agravos e/ou doenças. A disposição para resolubilidade de seus problemas e os modos que buscam para manter sua saúde são indicadores importantes para pensar a realidade quilombola e as formas de vulnerabilidades enfrentadas em seu cotidiano.

4. FORMAÇÃO HISTÓRICA, POLÍTICA E SOCIAL DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO BRASIL

As comunidades quilombolas são frutos de um processo histórico de resistência que inicia com a colonização das terras brasileiras e estende-se até os dias de hoje, com novas leituras de seu territórios por meio de lutas políticas pelo seu reconhecimento e direito ao uso de suas terras. Atualmente são entendidas ao menos por três elementos formativos comuns: a luta pelo seu território, o modo de vida camponês e as relações étnico-raciais como norteadoras de suas formas de viver.

De acordo com Ratts (2006) e Silva (2011), as comunidades quilombolas apresentam diversos processos de formação, desde: fazendas abandonadas pelas oligarquias rurais após crises econômicas, as quais foram ocupadas pelos negros que dali fizeram sua morada; terras de herança, propriedades herdadas aos negros de confiança dos fazendeiros, ou aos filhos de fazendeiros oriundos de mulheres negras; terras da igreja doadas a santos que foram ocupadas por comunidades negras; propriedades oferecidas como campo de trabalho pelos senhores aos negros após a abolição para mantê-los em seu domínio; terras que se tornaram propriedade de negros por serviços prestados ao Estado, como a luta em guerras; apropriação de terras devolutas como necessidade de migrar aos interiores do país em busca de propriedade; e territórios constituídos por meio da resistência de negros e negras ao regime escravista.

Estima-se no Brasil a existência de 3.900 comunidades quilombolas. Destas, encontram-se reconhecidas 2.474 comunidades, as quais já passaram pelo processo jurídico de certificação e reconhecimento enquanto quilombo. Porém, o reconhecimento não é a garantia direta de efetivação das políticas públicas em seus territórios nem do acesso à terra como bem maior à sobrevivência da cultura e do seu modo de vida. O reconhecimento é passo necessário para este processo, porém não sua garantia. Esta afirmação é constada pelos dados das comunidades quilombolas que se apresentam com a titulação de suas terras, sendo que das 2.474 reconhecidas, apenas 217 estão tituladas, o equivalente apenas a 8,7% do total de comunidades quilombolas certificadas no país (SEPPIR, 2014; INCRA, 2014 e Fundação Cultural Palmares, 2015).

Estes dados apontam para as dificuldades de efetivação dos direitos adquiridos nos territórios quilombolas, que apesar de conquistarem legalmente seu reconhecimento identitário na constituição de 1988, tal direito não é garantindo de forma efetiva no que se refere à objetivação material. Isso porque a titulação de suas terras e as políticas públicas necessárias à confirmação de sua cidadania, ainda são negadas e negligenciadas.

O estudo de Costa (2012) confirma as dificuldades encontradas para a efetivação do plano objetivo das comunidades quilombolas, ao apontar que as maiores carências destas comunidades

ainda são relativas às políticas estruturais, como falta de energia, água e transporte. O que acaba comprometendo o acesso pleno delas aos serviços públicos. Ao encontro do estudo de Costa (2012), Oliveira (2011) aponta uma outra problemática vivenciada pelas comunidades quilombolas no Estado de Alagoas no que tange ao acesso aos serviços públicos de saúde que, ou encontram-se distantes dos territórios quilombolas, ou quando se fazem presentes, apresentam limitações quanto à inserção, aceitabilidade e diálogo com os saberes e práticas ao modo de vida de seus moradores.

Sabe-se que a conquista por direitos e a efetivação das políticas públicas não ocorrem de forma linear, a luta por direitos encontra-se no campo político, e como tal, apresenta-se como disputa entre atores e sinergias sociais diversas. Neste campo de forças as comunidades quilombolas localizam-se de forma assimétrica, organizadas como grupos minoritários, entendidas como minorias em referência às relações de poder e recurso, frente às forças historicamente instituídas.

Como afirma Brah (2006), são os grupos minoritários os responsáveis pelo dinamismo das relações políticas em uma determinada sociedade. As minorias políticas, com suas experiências coletivas e seus modos de vida diferenciados, é que abrem campos de ruptura aos modelos sociais instituídos, permitindo a emergência de alteridades antes não vislumbradas, ou impedidas de reconhecimento. Esta luta não marca apenas o reconhecimento do grupo social marginalizado, mas localiza em seu contraponto, em uma dialética da opressão, o grupo social hegemônico e as relações de dominação que este estende à sociedade (Honneth, 2009).

A luta dos grupos minoritários insere na dinâmica da vida social a alteridade, a qual exige das estruturas dominantes que atuam sobre um modo de vida que se pretende humano universal, outras formas de viver, possíveis e necessárias a serem afirmadas e contempladas à dignidade humana. Tal dignidade necessita da diversidade para existir, para não recair sobre um enquadre universalizante que violenta e busca subjugar os modos de vidas que não compartilham de seu ideário (Brah, 2006).

Estes outros modos de viver impõem emergentes produções subjetivo-políticas, entendidas não como uma subjetividade individualizada e circunscrita ao sujeito, mas como campo que se erige pelas experiências de opressão cotidianas. As produções subjetivo-políticas buscam desmistificar as vivências de opressão traduzindo-as em dominação, em relações assimétricas de poder, recursos e ações, as quais devem ser superadas pelas táticas de resistência produzidas pelos grupos sociais marginalizados, que sobre a vida de opressão buscam inventar seus modos de viver e resistir.

Assim, os processos de dominação se efetuam para além do dinamismo da economia política, e enredam mecanismos psicossociais que atuam nas produções intersubjetivas do cotidiano de modo desigual, por meio do não reconhecimento dos grupos oprimidos, na negação de suas necessidades, formas específicas de viver e interpretar o mundo. O que leva à violação de seus

direitos e em consequência às práticas de violência física e simbólica. A dominação subjetivo-política é uma tentativa de imposição hegemônica de um humano universal para que o controle social se perpetue. Trata-se de uma tentativa de imposição de um modelo moral, ético, político e estético que deve ser seguido para que os sujeitos e os coletivos sejam aceitos e reconhecidos sobre um suposto protótipo de humanidade. Humanidade esta balizada por padrões hegemônicos de uma determinada classe, gênero, sexualidade, raça e etnia, a qual colonizou e ainda perdura com seu projeto civilizatório as terras Latino Americanas.

A definição do que é uma comunidade quilombola passa por um enredo político e histórico de longa data e não ocorre de forma linear e pontual. Como fenômeno social, sua definição acompanha as conjunturas políticas de determinado tempo histórico, sendo ressemantizada a cada uso e modificada pelos variados discursos que a incorporam e a enunciam (Arruti, 2006).

O quilombo expressa-se como lugar de resistência que vai de encontro à racionalidade colonial, apresentando variados modos de estruturação social, tendo como ícone mais conhecido, mas não o único, o Quilombo dos Palmares que apresentava como organização: o uso comum da terra, na qual homens e mulheres trabalham de forma coletiva e livre (sendo que a produção de bens era repartida conforme as necessidades de cada unidade familiar), e o que restava era comercializado com os mercadores da região; a vida de trabalho era repartida de forma igualitária entre seus membros e as decisões eram realizadas por meio de conselhos. Um dado relevante é que a sua composição, ainda que majoritariamente negra, também era constituída por índios e brancos marginalizados (Lindoso, 2011).

Os quilombolas são camponeses negros, porém a sua definição não está atrelada apenas ao ser camponês, já que as suas expressões culturais e as formas de lidar com a terra estão delineadas diretamente à categoria étnico-racial como eixo norteador em sua formação histórico-social (Arruti, 2006). A formação dos quilombos no período colonial está vinculada às violências sofridas por uma ideologia racista que desumaniza o(a) negro(a) e o (a) localiza como uma categoria infra-humana, que justifica e autoriza a violência e a objetificação dos mesmo(a)s enquanto objeto e mercadoria. O processo de escravidão não existiu sem a ideologia racista que o ordenou. Este processo de marginalização que vetou a liberdade de negros e negras, apresentou como contraponto político a construção da luta negra por liberdade.

A categoria raça torna-se conceito chave para a compreensão dos problemas enfrentados pelas comunidades quilombolas no Brasil. Raça entendida, não como categoria biológica a qual já foi desconstruída pelos geneticistas do século passado, mas como produção social que perpetua, no cotidiano, relações de exclusão e violência, ao propor por características fenotípicas, diferenças quanto à moralidade, inteligência, beleza e capacidade existentes entre grupos sociais (Schucman,

2010). No caso do Brasil, de acordo com Martins, Santos e Colosso (2013), a categoria etnia também atua de modo a diferenciar determinado grupo social pelo seu lugar de origem, ancestralidade, crenças e cultura em comum.

A categoria étnico-racial não deve ser pensada como um conceito de caráter abstrato, mas como relações étnico-raciais que condicionam formas de desigualdades no cotidiano. São sobre estas relações que a socialização de negros e de negras quilombolas foram e são vivenciadas com discrepâncias e disparidades no acesso, bem como, na violação de seus direitos fundamentais.

Assim, as comunidades quilombolas são definidas por duas categorias centrais: o modo de vida camponês, que levam consigo a bandeira de luta pela terra e reforma agrária; e as relações étnico-raciais, como categoria social que determinam as relações cotidianas da população negra e propõem a ela a luta contra o racismo e a busca por equidade no acesso aos serviços e na garantia de seus direitos. Ambas as categorias apresentam-se como cernes das relações de dominação que historicamente se produziram no Brasil. A primeira é a terra, que desde o período colonial apresenta-se como monopólio dos senhores de engenho e torna-se o percurso histórico do país bem capitalizado, que permite ao seu proprietário explorar a mão de obra de outro e tornar aquela propriedade produção de mais-valia e de capital (Martins, 1993). Para além do poder econômico, a terra atribui ao seu proprietário poder político que determina as relações sociais locais, estaduais e federais.

Já as relações étnico-raciais vão desembocar nos conflitos e nas assimetrias de poder presentes entre: brancos de um lado, negros e índios de outro. Disparidades que estão presentes na formação do estado brasileiro desde a colônia à entrada na ordem capitalista, na qual negros e índios são determinados, por meio de uma racionalidade racista, como sub-humanos que deveriam ser: ora domesticados, ora tratados como objetos de trabalho à produção das riquezas do país. Este modo de operar as relações étnico-raciais é escamoteado por um discurso eufemista que aponta o Brasil como um país racialmente democrático, o qual não diferencia e não apresenta disparidades em seu cotidiano entre negros e brancos. Ao contrário, afirma, de forma falaciosa, que as relações entre as raças sempre se deram de forma cordial, amistosa e integrativa. O que não é evidente nos dados da população negra apresentados por Lopes (2005), que aponta as experiências desiguais no nascer, viver e morrer entre negros e brancos.

Estas duas categorias (o modo de vida camponês e as relações étnico-raciais) podem ser analisadas separadamente, porém elas caminham juntas nas estratégias de dominação, de uma elite que carrega consigo a concentração da terra e, por meio de uma ideologia racista, impõe sua crença, estética e moral como símbolo do civilismo, que todos devem seguir para serem integrados e considerados humanos.

A integração destas duas categorias à dominação pode ser observada na afirmação de Martins (2009, p.66) sobre a posse da terra no regime das sesmarias: “Só podia tornar-se senhor de terras quem fosse branco e livre, e até uma certa época católico. Havia uma interdição racial e religiosa no acesso à terra.”. Este regime branco dos senhores detentores de propriedades perpetua-se com a Lei de Terras de 1850, como a primeira legislação fundiária que legaliza a aquisição da propriedade por meio de sua compra e venda. Esta lei atua como uma estratégia perversa que impossibilita a negros, índios e brancos pobres, o acesso à terra.

A Lei de Terras veio como uma resposta às necessidades da elite agrária brasileira de manter-se no poder. Como afirma Martins (2009, p.67):

Era preciso, pois, criar mecanismo que gerasse artificialmente, ao mesmo tempo, excedentes populacionais de trabalhadores à procura de trabalho e falta de terras para trabalhar num dos países com maior disponibilidade de terras livres de todo o mundo, até hoje.

Assim, perpetua-se o poder branco senhorial, que repercute atualmente nas bandeiras de luta de camponeses, indígenas e quilombolas pela democratização da terra e pela igualdade de direitos.

Usufruir da cidadania negada historicamente às comunidades quilombolas, apresenta-se como um desafio, o qual implica enfrentar uma racionalidade de dominação racial e agrária que encontra-se no cerne da sociedade brasileira.

As conquistas legais do movimento negro e quilombola ainda não garantem de forma efetiva o direito à terra e o acesso pleno às políticas públicas em seus territórios. É sobre este percurso do quilombo colonial, as lutas políticas por reconhecimento e garantia de direitos na atualidade que trataremos a seguir.

4.1 Definições e produção do quilombo no percurso histórico brasileiro

O quilombo apresenta-se com uma diversidade de discursos sociais e políticos, cada qual proferido por um determinado grupo, localizado em um tempo e locus social, que determina interpretações e ações diferentes diante deste fenômeno. Para os senhores de engenho o quilombo era compreendido como lugar de negros fugidos. Para os negros que buscavam liberdade, o quilombo era compreendido como lugar de luta e resistência, território coletivo de apropriação de uma terra que lhe possibilitava a igualdade entre seus pares. Para o movimento negro contemporâneo, o quilombo pode ser significado como a organização de comunidades negras que sobre tradições e histórias específicas resistem em seus territórios e buscam a garantia de seus direitos e a terra frente ao estado brasileiro. Já para alguns cientistas sociais, o quilombo é definido

como território tradicional que apresenta certas práticas culturais compartilhadas que permitem a formação de processos identitários.

Todos estes discursos contribuem para a produção do quilombo no imaginário social brasileiro, discursos que não atuam apenas como representações do que seria um quilombo, mas como práticas interpretativas que inventam e reinventam o quilombo no cotidiano.

Assim, encontra-se o primeiro impasse a ser enfrentado pela população quilombola, que é o direito de afirmar sua identidade a partir de si, de seu modo de vida e não por meio de um outro estado, saber científico ou discursos oligárquicos. Contra uma reflexão ingênua, entende-se que a afirmação de sua identidade passa pelos processos tanto de negociação, quanto de disputa frente a estes setores de poder, ora buscando alguns como aliados, ora enfrentando outros para a legitimidade do reconhecimento de sua identidade e garantia de seus direitos.

A luta política das comunidades quilombolas apresenta-se em um campo de ambiguidades entre a possibilidade de afirmação de sua identidade, por meio de uma legislação que garante este direito, e ao mesmo tempo, a tutela de seus modos de vida pelo estado. É neste campo ambíguo, que a luta e a garantia de direitos às comunidades quilombolas é gestada.

Os discursos são práticas políticas, que partem de um determinado lugar e ordenam as relações de poder sobre sujeitos e grupos. É sobre este enredo de forças que dialeticamente se produzem e se contrapõem que devemos construir nosso olhar sobre a formação das comunidades quilombolas.

De acordo com Munanga (1996) a palavra quilombo apresenta sua origem na língua Bantu *Kilombo*, língua falada entre os povos localizados na Angola e no Zaire, região de intenso tráfico negreiro no período colonial. A organização dos quilombos no Brasil teve sua formação no mesmo período histórico que os quilombos africanos, organização provavelmente trazida pelos negros e negras destas regiões da África para as terras coloniais.

Nascimento (2006) realiza apontamentos na mesma direção, afirmando haver na região de Angola e República do Congo, antigamente denominada de Reino do Congo, intenso tráfico negreiro. Região que foi dominada, entre os 1560 a 1571, pela etnia Imbangalas, conhecidos como Jagas, os quais expulsaram o Rei do Congo e os portugueses da capital em 1569. Os Imbangalas eram conhecidos como uma sociedade guerreira e nômade, aberta a estrangeiros iniciados que dela quisessem participar ou aliar-se no confronto contra outros grupos. Pela vida nômade, não tinham filhos, buscavam adotar à sua estrutura social, adolescentes dos grupos que eles dominavam, ou que se agrupavam a eles. As características guerreiras e de diversidade cultural presentes na organização social Imbangala, apresentam-se com similaridades às formações *Kilombolas* na África e também nos quilombos erigidos em terras brasileiras, como Palmares.

Os Imbangalas foram povos guerreiros que aliados aos Mbundu combatiam, no ano de 1584, as penetrações portuguesas em terras Angolanas. Resistência que durou mais de meio século e depois foi destituída com aliança entre os povos Jaga e os portugueses. Nascimento (2006, p.120) aponta outros elementos que se referem às similaridades entre os “*Kilombos*” de Angola e de Palmares: “Alguns outros fatores coincidentes com a realidade angolana podem ser remarcados, como por exemplo, a nomeação do chefe africano de Palmares Ganga Zunga. Tal título era dado ao rei de Imbangala com uma pequena variação: Gaga”.

Com estas referências que os quilombos africanos são definidos, de acordo com Munanga (1996), como uma instituição de cunho militar que agregava várias etnias com o intuito de resistir a conflitos presentes em seus territórios, os quais envolviam embates entre etnias africanas e entre portugueses. O quilombo atuava como lugar de organização, proteção e fortalecimento de grupos que se encontravam em situação de marginalidade frente a outros que os queriam dominar. A luta contra a dominação exige da organização quilombola uma fusão de raças e etnias. As diferenças, que em outra situação política, social e cultural poderiam cindir e construir barreiras, no quilombo, tornava-se lugar de encontro e fortalecimento dos grupos oprimidos. Esta não delimitação identitária possibilita a esta organização social potencial de agregação e organização de coletividades, já que suas fronteiras e diferenças eram afirmadas como local de encontro e de produção transcultural.

Com estas características de resistência à opressão e de diversidade étnico-racial que o quilombo erige suas bases. Porém, como afirma Nascimento (2006), nas Américas o quilombo luta contra outro opressor, o domínio do regime colonial escravista, e busca organizar nestas terras, em unidades sociais e políticas, as várias etnias negras na luta contra a escravidão, o trabalho forçado e a concentração de terras.

O quilombo tem suas bases formativas na relação de exploração e marginalização que o sistema colonial impunha à população (negros, índios e brancos pobres) tendo na concentração da terra e na escravidão sua estratégia de dominação. Aos brancos pobres que não detinham a posse de terras, viviam como meeiros nas terras dos senhores, a vida era de um regime de trabalho e de servidão. Já com os indígenas, o processo de dominação buscou explorá-los, tanto pelos conhecimentos que detinham sobre o território brasileiro, quanto pela sua força de trabalho e bélica. Aos negros os conhecimentos na produção agrícola, trazidos de seu território de origem, e como mão de obra produtiva. Estes grupos são produtos desta dialética da dominação, entre os desumanizados e despossuídos da terra e os senhores brancos detentores da propriedade. É sobre este aspecto que o quilombo erige sua ordenação social e política, sendo considerado um dos primeiros movimentos insurrecionais camponeses de luta pela terra e por liberdade no Brasil.

A primeira definição oficial de quilombo data de 1740, nos escritos do Conselho Ultramarino, que de acordo com Leite (2008, p. 970), o define como: “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele”. O sentido atribuído aqui a quilombo o trata de forma estratégica de modo a não valorizar as repercussões políticas e sociais desta organização na vida colonial. O quilombo extrapola a noção de lugar de negros fugidos. Esta concepção está arraigada em uma tradição branca escravista que concebe os negros como animais que vivem escondidos nas matas, sobrevivendo do que ela pode oferecer a eles. Como se no quilombo não houvesse formas possíveis de produção econômica e organização da vida. Mais do que lugar de negros fugidos, o quilombo apresenta-se, em seus levantes frente ao estado imperial, como território político capaz de enfrentar o poder senhorial e a lógica de exploração e dominação que este representava.

Os quilombos, de acordo com Arruti (1996), impactavam diretamente as relações políticas e sociais da colônia. Basta apresentarmos os variados movimentos insurrecionais negros, tanto urbanos quanto rurais, que eclodiram por todo o país. Como o Quilombo dos Palmares, considerado um marco histórico da luta negra, pela dimensão política que tomou na formação de uma nação negra no Brasil Colônia.

De acordo com Lindoso (2011), Palmares, em seu auge, chegou a atingir uma população de cerca de 30 mil pessoas, em uma região que abrangia as matas do litoral e do agreste sul de Pernambuco, a região Norte de Alagoas, subdivididos em nove redutos quilombolas. Os quilombos desta região resistiram em seus cercos reais (estruturas de defesa e fortificação contra os ataques da empresa colonial) por cerca de cem anos, de 1595 a 1695, enfrentando 27 guerras. Mesmo após a destruição dos Palmares, a forma de organização quilombola não desapareceu, ela se disseminou aos interiores, nas matas e sertões desta região, na formação de vários mocambos, e que hoje são denominados de comunidades quilombolas.

Além do Quilombo dos Palmares, o Quilombo Grande e o do Tijuco, localizados em Minas Gerais, na comarca do Rio das Mortes, também se destacaram no enfrentamento ao regime colonial. A formação destes quilombos, como afirma Nascimento (2006, p.121), acompanha os ciclos econômicos e de exploração da história brasileira: “Antes o açúcar de Pernambuco, agora o ouro em Minas Gerias”. A guerra encampada contra estes grandes quilombos (Palmares, Grande e Tijuco) produziu, pode se dizer, pela primeira vez o movimento de centralização do estado brasileiro, na luta contra as insurreições negras no campo.

Como afirma Nascimento (2006), a definição pejorativa do Conselho Ultramarino, sobre o que seria um quilombo, vem a acontecer décadas após a derrota do Quilombo dos Palmares, como modo de afirmar a vitória do estado colonial sobre as tentativas de resistência do povo negro. De

forma falaciosa, o império tenta apontar que outros quilombos existentes não passavam de simples agrupamentos de negros fugidos, que não impactavam na realidade local e no projeto de civilização imposto pela colonização. Ao contrário, os quilombos estabeleciam relações diretas com mercadores da região, comercializando armamentos para o seu fortalecimento, bem como, o excedente de sua produção como: fumo, mandioca, milho, inhame, entre outros.

Os quilombos, no modo como organizavam sua vida social, questionavam a racionalidade colonial, já que a terra não se apresentava como propriedade individual, mas como território de uso comum; ao invés da racionalidade instrumental escravista, o trabalho era livre e exercido para os bens coletivos; as crenças e valores não se balizavam nos fundamentos judaico-cristãos da sociedade europeia, mas em matrizes africanas e indígenas; derivado destas crenças, e por necessidade social e política, a unidade familiar não seguia os moldes ocidentais, como relatos de poliandria, na qual uma mulher tinha vários homens e sobre eles ordenava a vida social e de trabalho nos quilombos e mocambos (Leite, 2008 & Lindoso 2011).

Como continuidade a este modo de vida, os quilombos, mesmo após ataques e tentativas de destruição, resistiram e formaram, com suas especificidades históricas e sociais, territórios negros rurais distribuídos por todo o país. Territórios estes que perpetuam, como seus antepassados, o enfrentamento às formas de dominação, agora estruturada pela ordem capitalista e suas estratégias de expansão. Os quilombos contemporâneos apropriam-se de suas terras não apenas enquanto propriedade, mas como território usado. Como afirma Santos (2005), o território como conceito puro é uma herança abstrata da geografia moderna, é a forma de uso do território que determina suas relações, atividades e significações. O território deve ser compreendido no modo como ele é apropriado pelos sujeitos, como uma prática que traduz para seu espaço, sentidos e significados.

Assim, o território quilombola, para além de uma propriedade mercantilizada, é espaço investido de desejo e afeto, o qual não pode ser substituído por outra terra qualquer, já que sobre ela são construídos ritos, ciclos de trabalho e saberes cotidianos. Porém, de forma contraditória, as comunidades quilombolas, por não estarem apartadas das relações capitalistas e serem frutos dos processos de exploração desta racionalidade, necessitam da posse de suas terras, enquanto propriedade, para que possam garantir autonomia sobre suas significações, seus modos de trabalho e suas formas de viver (Fernandes, Santos & Casco, 2015a).

As comunidades quilombolas necessitam ser reconhecidas em suas especificidades enquanto territórios negros que precisam do acesso à terra e às políticas públicas, para consolidar a cidadania ainda negada. Cidadania, definida por Coutinho (2000), enquanto processo de luta histórica, na qual determinados grupos e indivíduos conquistam a capacidade: “[...] de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida

social em cada contexto historicamente determinado” (Coutinho, 2000, p. 50).

Apesar dos discursos atuais naturalizarem o conceito de cidadania, esvaziando o mesmo de seu potencial crítico e histórico, a cidadania não é oferecida a alguém de forma estanque, mas é efetivada como campo de apropriação de grupos minoritários, que por não serem respaldados em seus direitos, lançam-se em lutas sociais que atualizam as suas necessidades históricas por reconhecimento e direitos (Coutinho, 2000). São por meio destas lutas que as relações de dominação são questionadas e as formas de organização das relações de poder são explicitadas. A luta das comunidades quilombolas na atualidade, não apenas afirmam o lugar das populações negras na história brasileira, mas possibilita uma análise crítica da formação do estado e de suas estratégias de dominação, que passam pelo processo de escravização do corpo negro e da expropriação de sua força de trabalho.

Como afirma Lindoso (2011, p.158): “Quando se lê na história de nosso povo a palavra quilombo, ela expressa uma denúncia e um direito”. Enquanto denúncia, mostra que após a abolição da escravidão o governo não apresentou nenhuma proposta que indenizasse os negros pela vivência histórica do cativo. Nenhuma condição que os permitissem ter acesso às terras nas quais trabalharam e produziram sua vida e de seus ancestrais. Esta negligência levou a marginalização e destituição da cidadania aos povos quilombolas. Como direito, apresenta a luta desta população para permanecer em suas terras e perpetuar seus modos de vida. Com base nestas variadas conceituações pergunta-se: quais são os desdobramentos da definição de quilombo enquanto uma categoria política na vida das comunidades quilombolas? Tal questionamento é norteador para as sequências de discussões que serão desenvolvidas.

4.2 O Art. 68 da constituição de 1988: aspectos jurídicos e políticos

A construção da identidade política quilombola tem com base a necessidade de ressignificação do conceito de quilombo para o momento histórico do presente, com uma releitura que atualiza as disputas políticas nas comunidades quilombolas como lugar de resistência marcado por trajetórias históricas específicas de luta contra a opressão (Leite, 2008). A concordância do substantivo “históricas” no plural, não aparece por acaso, mas vem afirmar que as comunidades quilombolas, mesmo sendo lugares de produção de valores que congregam um determinado grupo étnico-racial, apresentam sua formação de maneiras diversas em cada território ocupado nas terras brasileiras.

Apesar destas diferentes formas de organização social na vida das comunidades quilombolas, elas apresentam em comum a bandeira de liberdade e resistência a um sistema colonial que os pretendeu dominar. Estes três séculos de luta por liberdade, como afirma

Nascimento (2006), produziu em fins do século XIX e início do século XX, uma mística sobre o conceito de quilombo que ultrapassa a concepção objetiva de comunidade quilombola. A concepção de quilombo é ampliada e passa a ser ressignificada como categoria ideológica que vai substanciar o movimento negro à utopia de liberdade e democracia racial ainda não conquistada no Brasil. O quilombo passa a operar como uma categoria política de mão dupla, que tanto nutre os movimentos sociais negros na luta por direitos, pelos princípios de liberdade e democracia, quanto possibilita a emergência de uma identidade política às comunidades quilombolas, na luta pelo direito à terra e pela garantia dos seus direitos fundamentais.

O quilombo vai adquirindo novos significados, não mais de negros fugidos, como caracterizado pelo conselho Ultramarino, e nem representam apenas, os grandes quilombos coloniais do passado, como o de Palmares. Mas amplia-se o seu sentido para a luta e resistência política de comunidades negras que compartilham experiências de opressão, as quais, por meio de diversas táticas, permaneceram vivas em seus territórios.

Beatriz Nascimento (1941-1995) apresenta-se como uma intelectual importante no estudo dos quilombos no Brasil, em uma época em que as linhas de pesquisa sobre quilombos eram inexistentes, e as que existiam remetiam apenas a Palmares. A historiadora buscou realizar estudos em diversas comunidades quilombolas do país, apontando a diversidade de sistemas sociais que estas formavam frente aos diferentes contextos sociais e políticos. Em seu principal projeto de pesquisa ela busca afirmar que o modo de organização quilombola, o que ela caracteriza também como movimentos sociais arcaicos de resistência ao escravismo, perpetuam-se em alguns territórios negros urbanos, como favelas, e em áreas rurais em situação de pobreza. Ela objetiva pesquisar a continuidade social, histórica e espacial existentes entre estes territórios e a perpetuação e a atração que eles oferecem às populações negras no século XX. Ainda afirma que, o maior ou menor êxito na permanência e organização dos territórios quilombolas deve-se ao fortalecimento, ou não, do sistema social dominante nas regiões nas quais os quilombos se localizavam e quais relações mantinham com estas instituições dominantes (Ratts, 2006).

Assim, Beatriz Nascimento procurou desmistificar o quilombo como referências às grandes organizações quilombolas coloniais, como Palmares e Tijuco, citados anteriormente. Para a autora a derrocada destas grandes organizações não impossibilitou a formação das comunidades quilombolas de menor porte, que se perpetuaram com seus modos diversos de organização e reprodução social em vários territórios do país. A ampliação do conceito de quilombo é referência a estes estudos de Beatriz Nascimento, que possibilitaram ao movimento negro e às comunidades negras de resistência agregarem as bandeiras de luta pelo seu território e liberdade (Ratts, 2006).

No período de vida de Beatriz Nascimento, as discussões sobre quilombo eram incipientes

na academia e foram fomentadas sobremaneira pelos movimentos sociais, ativistas e intelectuais negros, que buscavam dar visibilidade às diversidades de comunidades quilombolas presentes no país. A dificuldade de entrada deste tema na academia deve-se a intelectuais, que presos ao discurso histórico oficial, não davam créditos e ignoravam a compreensão de outras formações quilombolas que não as referentes às guerras do período colonial. Acreditavam que após a abolição da escravidão houve a dispersão dos modos de vida negros rurais, os quais supostamente foram incluídos a nova ordem social brasileira. Um discurso que ia de encontro à emergência das memórias, narrativas e histórias presentes nas vidas e nos modos de organização das comunidades quilombolas.

A transformação da concepção de quilombo para além do modelo pautado em Palmares foi possível a partir dos Movimentos Sociais Negros. Inicialmente nos estados do Pará e do Maranhão, os quais, em meados dos anos 1980, mobilizaram um processo de identificação e organização de comunidades negras rurais no interior destes estados. No Pará, o primeiro encontro destas comunidades ocorreu em 1985 no Encontro de Raízes Negras. Já no Maranhão, acontece em 1986 o I Encontro das Comunidades Negras Rurais, articulado por militantes do Centro de Cultura Negra, que culminou em 1987, no Projeto “Vida de Negro”. Este projeto teve por objetivo mapear e identificar as formas de uso e posse das terras, as manifestações culturais e os modos de vida das comunidades negras rurais daquela região (Arruti, 2006).

Estas mobilizações deslocam os movimentos sociais negros dos centros urbanos e das grandes capitais do país, para capitais periféricas e cidades do interior, na organização das populações negras rurais em outros territórios. O direito à terra dispara novos discursos a estas comunidades, as quais não são definidas apenas por compreensões culturalistas baseadas em suas tradições. Mas também como grupo étnico-racial que pós-abolição e pós-*plantation* fazem do uso da terra formas de ocupação de seus territórios como modo de organização de sua vida e de seu cotidiano (Ratts, 2006).

Neste enredo de ampliação do conceito de quilombo como insígnia de luta por liberdade, Abdias Nascimento, ativista e intelectual negro, apropria-se desta concepção ampliada para fundamentar o movimento que denominou de: Quilombismo. Um projeto político que emergiu no Brasil nos anos 1970 na confluência das lutas pela descolonização dos países da África e da garantia dos direitos civis dos negros americanos. O Quilombismo tinha como bandeira o pan-africanismo, a formação de uma nação negra presente em todo o território mundial produto da diáspora Africana. Tal afirmativa possibilitou a integração e os vínculos de solidariedade das lutas negras que ocorriam por todo o mundo (Guimarães, 2012).

O Quilombismo, de acordo com Guimarães (2012), auxiliou na caracterização das pautas do movimento negro brasileiro, como um movimento: 1 – anticapitalistas, já que o povo negro tem um

projeto coletivo de luta pela igualdade e pela justiça social, na consolidação de uma democracia plena aos oprimidos; 2 – luta contra o bi-racialismo presente na sociedade brasileira, que busca dividir os negros entre pretos e mulatos, em uma assimilação dos negros de forma precária à sociedade branca; 3 – luta contra os processos de segregação e marginalização dos negros e negras que atualizam no cotidiano, narrativas de humilhação social recorrentes desde o período colonial; 4 – luta pelos direitos fundamentais ainda negados à população negra; 5 – movimento anti-imperialista que busca compartilhar das lutas dos povos negros de todo o mundo, como filhos da diáspora e das relações de dominação derivadas dela.

É nesta conjuntura de fortalecimento político do movimento negro, que em 1979 é fundado o Movimento Negro Unificado (MNU), o qual assume o racismo radical como categoria possível para análise, intervenção e fortalecimento de negros e negras. Influenciado pelas críticas realizadas por Florestan Fernandes (1920-1995), buscam lutar contra a repercussão da ordem racial escravocrata ainda presente, a qual se desdobra no Brasil moderno por meio do discurso falacioso da democracia racial.

Contra esta democracia racial falseada que o MNU, em conjunto com as lutas sociais pela redemocratização do país, busca o reconhecimento jurídico-político às comunidades quilombolas nos anos 1980. Nesse período, são feitas investidas do movimento em ressignificar o quilombo dentro dos conflitos étnico-raciais e agrários, não fadando sua produção apenas como lugar de resistência de negros a um passado colonial remoto, mas como laço de continuidade a este passado, enquanto territórios negros de resistência, que mesmo sobre várias tentativas de omissão de seu percurso no trajeto histórico do Brasil, apresentam-se enquanto histórias vivas no presente (Nascimento, 2006).

A história nunca é totalizada, mesmo que as forças dominantes intentem tal ordenamento, as vozes silenciadas do passado retornam como força histórica pedindo a palavra. A parêmia criada em Alagoas pelo poder senhorio branco que diz “O que negro diz não se escreve” (Lindoso, 2011, p.286), não é vitoriosa, pois os negros e negras buscam escrever e inscrever sua história, clamando suas vozes na busca por reconhecimento, na ressignificação de seu modo de vida como comunidades quilombolas contemporâneas.

Ressignificar o quilombo é reestruturar as leituras históricas do passado, fazendo-as convergir à elaboração do presente digno e justo às comunidades, as quais resistiram a variados regimes de opressão. Como afirma Benjamin (1940/1994, p.224): “Articular historicamente o passado não significa conhecê-lo 'como ele de fato foi'. Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja em um momento de perigo”. Perigo, no caso das comunidades quilombolas, é a violação de seus direitos ainda vividos, que devem ser enfrentados,

não pelo conhecimento da história oficial, pois esta afirma o poder dominante, mas por meio de suas reminiscências, narrativas e documentos em sua pertença, “relampejos” que reinventam outra história.

Assim, as comunidades negras, por meio do quilombo como valor de liberdade, buscam junto ao movimento negro, tensionar o estado na garantia de seus direitos fundamentais. Tensionamentos que levam à promulgação do Art. 68 da constituição de 1988, que juridicamente as respaldam enquanto comunidades quilombolas, no direito à terra e à conservação de seu patrimônio cultural. Como presente no Art. 68: “Aos remanescentes das comunidades de quilombo que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (Brasil, 1988).

Esta é a segunda vez, como afirma Valentim e Trindade (2011), que o termo quilombo é mencionado nos escritos oficiais do estado, porém diferentemente do que se apresentou no Conselho Ultramarino de 1740, o conceito de quilombo agora é retomado como dimensão de garantia de direitos. O Art. 68 coloca em cena novos sujeitos políticos, diferenciados étnico-racialmente pela categoria remanescente de quilombos. Esta diferenciação permite a construção de uma política das diferenças, que garantem tratamentos específicos às comunidades negras rurais.

Para além de uma preposição jurídica, o Art. 68 cria consigo uma categoria político-sociológica sobre o título de: comunidades quilombolas. Como afirma Arruti (2006, p.66): “Apesar de ser, em sua literalidade, um ato de reconhecimento jurídico, o 'artigo 68' é, simultaneamente e prioritariamente, um ato de criação social.” O reconhecimento presente no Art. 68 desencadeia a recriação dos territórios negros rurais, que apesar de já existentes, são agora interpelados pela categoria remanescente de quilombos, que os modificam na forma de pensar a própria existência e as relações. Esta apropriação jurídica instaura tanto conflitos internos às próprias comunidades, nas estratégias e formas de definição delas enquanto quilombolas, quanto acirram as disputas com sujeitos e órgãos externos, como: fazendeiros, obras públicas e multinacionais interessadas nos territórios destas comunidades.

Diante deste panorama de formação das comunidades quilombolas no Brasil, o que seria a definição de quilombos vinculada ao termo remanescente? Talvez fosse uma tentativa de instaurar, pelo plano jurídico-político, a formação das comunidades quilombolas por um viés único a um ideário de quilombo colonial. Ao afirmar a releitura do termo remanescente não se tem o intuito de negar a ancestralidade africana e as raízes históricas nas quais as comunidades negras se estabeleceram, mas busca-se apresentar as peculiaridades de como tais elementos se expressam atualizados em cada localidade e comunidade. Cabe questionar essa busca pelas origens de uma história que se faz em percurso e que não reduz as identidades a um ponto original convergente,

mas em planos heterogêneos que afirmem as especificidades políticas, sociais e econômicas de cada comunidade quilombola.

Outra luta do movimento negro foi o enfrentamento à morosidade dos processos de reconhecimento encampados pelo Art. 68, que apesar de garantir propriedade definitiva e titulação da terra, o artigo, como afirma Silva (2011), foi aprovado como parte dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o que não garantiu a efetivação plena deste direito aos povos quilombolas, concebida como situação de transitoriedade.

De acordo com Arruti (2006), a aprovação do Art. 68 foi realizada sem uma análise minuciosa do governo, sem estimativas de quantas comunidades quilombolas existiam no país e sem entender o que seria de forma efetiva a aprovação desta lei. Ela foi aprovada em uma conjuntura que favorecia o movimento negro, em um ano em que se comemorava 100 anos de abolição da escravidão e na ebulição da redemocratização no país. A importância da aprovação não é questionável, pois é a partir dela que as comunidades começam a organizar seu reconhecimento. A problemática está na desestruturação e no não interesse do estado em efetivar o Art. 68, principalmente no que se refere à titulação das terras. O que é confirmado nas palavras de Leite (2000, p. 350): “Passaram-se quase doze anos e os processos já concluídos com base no artigo 68 não chegam a consumir os dedos das mãos”.

Somados a estes elementos, a não legitimidade das comunidades para autoatribuição de suas identidades presentes no Art. 68, apresenta-se com problemática central no processo de reconhecimento. Atua como violência de estado, que ao não permitir a nomeação e autoidentificação das comunidades, as submetem, por meio de seus instrumentos burocráticos, às suas instituições, as quais autorizam, ou não, a atribuição identitária a um modo de vida que deve ser afirmado por quem o vive.

Esta prática política que se apropria das demandas emergentes das populações negras rurais e as enquadra a uma concepção enrijecida de quilombo, repercute na concepção universal e generalista dos juristas, que por desconhecimento das relações históricas de apropriação e expropriação específicas dos territórios quilombolas, esperam uma objetividade nos laudos antropológicos que impossibilitam os avanços na garantia da propriedade e posse das terras às comunidades (Arruti, 2009).

Estes são os embates que se encontram estruturados sobre a categoria social e política quilombola. Tal categoria modificou-se em seu percurso histórico, com ressignificações e abrangências de sentidos, mas a mesma não se finda enquanto processo histórico-político, ainda há enfrentamentos a percorrer, na tentativa de efetivação destas identidades em construção. Como afirma Leite (2000), sobre os processos de efetivação das identidades quilombolas, as quais em sua

construção são criminalizadas, não efetivadas ou impedidas de se expressarem de forma plena.

Frente a esta conjectura política, cabe compreender que nas comunidades quilombolas não há apenas um território em formação, mas uma pluralidade de territórios que se sobrepõem e disputam espaço, uma multiterritorialidade, como definiria Haesbaert (2004), encontra-se em processo. Em um mesmo espaço territórios se encaixam, formam hierarquias e relações de poder que os definem nestes locais. No caso das comunidades quilombolas são: os territórios do agronegócio e da agroindústria que angariam o espaço nas comunidades em busca de lucro; os territórios produzidos pelo estado com suas obras públicas, ou suas políticas de conservação, que marginalizam as comunidades; e a própria identidade quilombola, que por meio de uma disposição político-jurídica, altera a forma de as comunidades negras rurais conceberem o seu território.

Estas várias sinergias e territorialidades em confronto, intensificadas com a promulgação do Art. 68, levam as comunidades negras rurais, agora compreendidas como quilombolas, a um processo de desterritorialização sobre seu próprio chão, ou melhor dizendo, como afirma Haesbaert (2004), processos de reterritorialização. Haesbaert (2004) propõe a desconstrução do conceito de desterritorialização, como um mito que serve para legitimar o mundo global sem barreiras, fluído em consonância com a fluidez do capital financeiro. Para além da desterritorialização, que descaracteriza os territórios, a reterritorialização é a reapropriação do lugar, tanto simbólica, quanto materialmente por sujeitos, grupos e coletivos, que destituídos de seus territórios, produzem sobre o lugar em que estão, ou a que irão, novas ordenações simbólicas, subjetivas e materiais.

Para garantir o direito à terra, legislado pelo Art. 68, as comunidades negras rurais necessitam realizar um processo de reterritorialização sobre suas terras. Para a permanência de seu modo de vida, necessitam criar e reviver este lugar sobre as vias de um nova ordem territorial, as quais buscam formas de reescrever a sua história e reapropriar-se de sua terra por meio de suas memórias, narrativas, expressões culturais e atividades de trabalho, em negociações com as políticas de estado.

É sobre este cenário de luta política que as comunidades negras rurais gestam e organizam suas bandeiras, as quais almejam conquistar o direito ao reconhecimento e a garantia da terra. Ainda que de forma precária, o Art. 68 da constituição de 1988, mesmo com todas as críticas, possibilitou a organização deste grupo sobre um aporte identitário político comum. Porém, as lutas por reconhecimento passaram a ser garantidas de forma mais efetiva no Brasil após a ratificação da Convenção nº 169 da OIT em 2002, a qual trouxe consigo a garantia legal dos princípios presentes na Convenção a partir do Decreto 4.488/2003. Estes dois marcos legais permitiram avanços nos territórios quilombolas, tanto em seus processos de reconhecimento, que alavancaram após 2004, quanto a implantação de programas e políticas públicas voltadas às suas comunidades (Fernandes,

Santos e Casco, 2015b).

4.3 Convenção nº 169 da OIT e Decreto 4.4887/2003

A Convenção nº 169 da OIT de 1989 é construída sobre revisão da Convenção nº 107, que data de 1957, sendo o primeiro documento internacional que rege os direitos dos povos indígenas e tradicionais. O documento exige dos estados que dele compartilharem, a garantia do direito à terra, a promoção de políticas públicas, participação e controle social das ações que se desenvolverem em territórios tradicionais, na busca pela mitigação das desigualdades e no respeito às diferenças culturais e étnicas destes povos (Fernandes, Santos & Casco, 2015b) .

Os grupos tradicionais são definidos pela Convenção nº 169, pela diferenciação das formas de organização social e política relacionada à apropriação da terra e da natureza a seus modos de vida, com histórico de resistência que os diferenciam da totalidade da sociedade. Nesta definição as comunidades quilombolas são incluídas nos termos da Convenção como grupo étnico-racial, que por apresentar histórico de luta à opressão, com formas de organização social, política e expressões culturais específicas, encontram na terra e na natureza formas de perpetuar e construir suas vidas (Fernandes, Santos & Casco, 2015b).

Um dos avanços promovidos pela Convenção nº 169 da OIT é a garantia de reconhecimento dos povos tradicionais por meio de sua autoatribuição, não delegando ao estado, ou a outros órgãos, como centros de pesquisa, o critério para suas definições. Este é um avanço importante para as comunidades quilombolas, pois exige delas uma posição política de pertencimento entre seus pares, que se identifiquem enquanto iguais. O critério de autoidentificação tensiona as relações de força entre o estado e as comunidades, tornando-as protagonistas na corporificação de sua identidade étnico-racial. Afirmar o pertencimento a um mesmo grupo social não significa apresentar uma coesão uniforme e harmônica nos interstícios comunitários, como afirma Rezende e Postigo (2013), os processos de autoatribuição reordenam as relações de poder presentes em um determinado território, o qual pode apresentar sobreposições étnicas, territoriais, ambientais que acirram conflitos, bem como, fortalecem vínculos na vida comunitária.

A Convenção nº 169 propõe também a participação e autonomia das comunidades tradicionais frente a qualquer intervenção ou política pública que for se instalar em seu território. Participação e autonomia que não se restringem a uma liberdade tutelada, ou a uma permissão para o diálogo que os integram de forma precária à lógica das intervenções externas, mas como processos, que construídos por meio do acesso das comunidades à informação, aos conhecimentos e aos recursos, as capacitem para uma leitura crítica dos projetos que serão implantados.

Assim, a participação política das comunidades tradicionais implicam algumas perguntas: a

quem a intervenção ou política pública vai servir? Quais são os atores envolvidos na ação? Quais serão os recursos disponíveis à comunidade tradicional para a negociação? O que entra em jogo não é apenas o respeito e o diálogo com as culturas tradicionais, mas como possibilitar relações simétricas, que permitam as necessidades e as pautas políticas das comunidades entrarem nas negociações. Estas relações simétricas, no caso das políticas públicas, podem ser promovidas por meio de ações que vislumbrem a equidade, que têm como norte político a igualdade pautada nas diferenças e desigualdades vividas por grupos sociais marginalizados.

As pautas levantadas pela Convenção nº 169 da OIT fortalecem as comunidades tradicionais e as impulsionam a pressionar o estado na garantia do direito as suas terras e na busca do acesso às políticas públicas em seus territórios. Frente a estas pressões, a Convenção é ratificada no Brasil em 2002 e entra em vigor em 2003. A ratificação da Convenção vai repercutir positivamente às conquistas das comunidades quilombolas, na promulgação do Decreto 4.4887/2003, o qual busca contemplar os direitos exigidos pela Convenção, bem como oferecer respostas às críticas realizadas ao Art. 68 (Leite, 2008).

A assinatura da Convenção leva a uma necessidade de adequação jurídica do Art. 68, com exigências de garantir o reconhecimento e o direito à terra às comunidades quilombolas, respeitando suas especificidades históricas e a diversidade de seus modos de vida pelo princípio de autoatribuição. Assim, o Decreto 4.4887/2003 busca respaldar estas emergentes necessidades jurídico-políticas:

Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência e a opressão histórica sofrida. (Brasil, 2003).

Ainda que o Decreto se utilize do termo remanescente para caracterizar as comunidades quilombolas, ele busca defini-las por outros princípios, não apenas pela ancestralidade a um quilombo do passado. O seu primeiro avanço é definir os quilombolas como grupos étnico-raciais, esta categoria não se fazia presente no Art. 68, e sua explicitação mostra a importância dos conceitos de raça e etnia para definir e compreender os territórios quilombolas. Ser quilombola requer um posicionamento e pertencimento étnico-racial.

A definição e pertencimento étnico-racial, proposto pelo Decreto 4.4887/2003, vai ao encontro das pautas da Convenção n 169 da OIT, ao afirmar este pertencimento identitário por meio do princípio de autoatribuição. Princípio este que desloca o poder de afirmar a identidade

quilombola do aparelho de estado, com seus laudos e peritos, à comunidade e seus membros. Apropriar-se de seu fazer histórico, autoatribuindo uma identidade a si, seu grupo e seus membros, é localizar sua comunidade nas relações de poder presentes em seu território e no cenário nacional. O que possibilita compreender as formas de dominação que repercutem nas opressões vividas diariamente, na negligência de direitos, na falta de acesso às políticas públicas e na não titulação de suas terras. A autoatribuição permite aos quilombolas compreenderem-se enquanto grupo oprimido, como aqueles que necessitam chamarem para si uma identidade por lhes faltarem o reconhecimento sócio-político necessário à reprodução de suas formas de viver.

Com o Decreto 4.4887/2003 há uma intensificação nos processos de reconhecimento das comunidades quilombolas por todo o país, como mostra o gráfico 1:

Gráfico 1. Quantitativo de comunidades reconhecidas por ano
(Fonte: Fundação Cultural Palmares, 2015.)

Os dados apresentam os avanços produzidos pela promulgação do Decreto 4.4887/2003, balizado pela Convenção nº 169 da OIT, que mostram uma crescente no reconhecimento, nos primeiros anos do Decreto, atingindo auge em 2006, e posterior queda nos anos de 2007, 2008 e 2009. Tal diminuição deve-se aos campos de disputa que o Decreto fez emergir no cenário nacional, já que antes dele o Art. 68 como Atos das Disposições Constitucionais Transitórias, apesar de pautar juridicamente o reconhecimento das comunidades, não apresentava um ordenamento objetivo para o reconhecimento e titulação de suas terras (Costa, 2012). O Decreto constrói estratégias que permitem o direito ao reconhecimento vigorar enquanto plano objetivo na política nacional, e junto com ele, buscar os processos iniciais para garantia de titulação das terras quilombolas. Este avanço no acesso ao reconhecimento produz uma reação da bancada ruralista, de deputados e senadores ligados ao agronegócio e ao latifúndio, que visualizam o aumento dos direitos do campesinato

negro como ameaça a sua hegemonia política e territorial (Chasin & Perutti, 2009).

Esta bancada política se organiza na tentativa de construir estratégias que dificultem o reconhecimento, a demarcação da terra, e com ela, os direitos adquiridos pelas comunidades. Tal bancada política questionou o processo de autoatribuição às populações quilombolas, afirmando, como apontam Chasin e Perutti (2009), que a proposta encontrava-se sem critérios nítidos, inexata e vaga, o que poderia levar a outros grupos sociais não quilombolas o acesso aos direitos garantidos a essa população.

Em outubro de 2008 as estratégias para impedir a efetivação do Decreto 4.4887/2003 se fortalecem e expressam-se na assinatura, pelo presidente do INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) da Instrução Normativa IN 49/2008, que estabelece critérios específicos para o processo de reconhecimento das comunidades quilombolas. A Instrução Normativa apresenta-se, no discurso do estado, como uma forma de operacionalizar os processos de reconhecimento no auxílio à concretização do Decreto 4.4887/2003. Porém, em suas entrelinhas, quando analisadas de forma minuciosa, a Instrução vem atuar de modo a controlar, como estratégias que dificultam, protelam e até mesmo impedem às comunidades o reconhecimento garantido pelo Decreto 4.4887/2003 (Fernandes e Munhoz, 2013).

A Instrução Normativa 49/2008 é revogada pela IN 57/2009 vigente, a qual não modifica a estratégia de tutela do estado nas definições e atribuições de reconhecimento às comunidades quilombolas. Como exemplo o Art. 6 da presente Instrução Normativa, que submete o critério de autoatribuição comunitária ao registro no cadastro geral da Fundação Cultural Palmares: “Parágrafo único. A autodefinição da comunidade será certificada pela Fundação Cultural Palmares, mediante Certidão de Registro no Cadastro Geral de Remanescentes de Comunidades de Quilombos do referido órgão [...]” (Brasil, 2009). Tal registro já era realizado anteriormente à legitimação do Decreto 4.4887/2003, mas cumpria somente a função de acompanhar as comunidades que estavam em processo de reconhecimento. Com a presente Instrução Normativa, o que antes operava como acompanhamento do processo, torna-se documento fundamental para o reconhecimento, que, de maneira dissimulada, oferece ao estado o controle e o poder de definição às comunidades, dificultando o direito à autoatribuição anteriormente garantido e respaldado pelo Decreto e pela Convenção nº169 da OIT.

Estes entraves para o reconhecimento também repercutem nos processos de titulação das terras porque a não titulação perpetua as situações de vulnerabilidade nos territórios quilombolas, ao não garantir o bem fundamental à reprodução, o cuidado e a perpetuação de seus modos de vida (SEPPIR, 2014 e INCRA, 2014).

Neste campo ambíguo de conquistas e retrocessos, um desdobramento positivo possibilitado

pela retificação da Convenção nº 169 da OIT e pela assinatura do Decreto 4.4887/2003, foi a inserção das políticas públicas nos territórios quilombolas, a qual foi estruturada a partir do Programa Brasil Quilombola (PBQ), lançado em 12 de março de 2004, tendo como coordenação geral e responsável a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Secretaria esta criada em 21 de Março de 2003, frente a uma conjuntura política de conquistas estruturadas pelos dois marcos legais (Convenção da OIT e Decreto 4.4887/2003) acima referidos e inseridos no país a partir de 2003.

Antes de 2003 quem cuidava dos assuntos relativos às comunidades quilombolas era o Ministério da Cultura, as ações voltadas para os quilombolas ficavam circunscritas à compreensão das diversidades culturais expressas nestes grupos. Como afirma Arruti (2009), os debates realizados sobre o Art. 68 da Constituição de 1988 apresentam esta forma culturalista restritiva de se pensar as comunidades quilombolas, já que a parte relativa do texto que legisla sobre os tombamentos sobre os documentos relativos à história dos quilombos entra na constituição como texto permanente, porém as discussões sobre a titulação da terra ficam caracterizadas como dispositivos transitórios. Esta forma culturalista de conceber as comunidades quilombolas as lançam em uma vida marginal, como lugar folclorizado, que enaltece uma cultura que deve permanecer no passado.

Apesar de a SEPPIR apresentar-se como coordenadora geral do PBQ, ele tem como característica a gestão descentralizada, com 11 Ministérios compondo seu comitê gestor. Esta maneira de pensar a política quilombola deve-se à tentativa de compreender que as relações étnico-raciais não cabem apenas à Secretaria responsável pelas discussões e efetivações das políticas étnico-raciais, ao contrário, ela apresenta-se como uma luta a ser construída com toda a sociedade, os órgãos do governo e a sociedade civil (SEPPIR, 2014).

Para além desta discussão necessária, a qual afirma a necessidade de engajamento de outros órgãos do estado para discussão e efetivação das políticas quilombolas, outra necessidade do diálogo da SEPPIR a outros Ministérios é a falta de recurso destinado à Secretaria. Novamente encontra-se aqui a contradição das lutas por direitos e seus limites frente a um estado regido por um modelo político liberal. Há a construção da SEPPIR, como uma conquista dos povos negros, indígenas, ciganos e tradicionais, porém a precarização de recursos específicos destinados à mesma fragiliza a sua atuação.

Mesmo diante destes impasses o PBQ busca efetivar-se diante de quatro eixos (SEPPIR, 2014):

- Eixo 1: Acesso à terra – acompanhamento e execução dos processos para certificação e regularização fundiária das terras ocupadas pelas comunidades;

- Eixo 2: Infraestrutura e qualidade de vida – efetivação de obras para infraestrutura das comunidades e instalação de equipamentos sociais em seus territórios, visando à garantia de seus direitos fundamentais;
- Eixo 3: Inclusão produtiva e desenvolvimento local – incentivo ao desenvolvimento produtivo local baseado no modo de vida comunitário com suas relações com a terra, a natureza e sua identidade étnico-racial;
- Eixo 4: Direitos e Cidadania – busca pela garantia de direitos promovida por diferentes órgãos em conjunto com as comunidades quilombolas na mitigação das desigualdades vividas, pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, bem como os conflitos agrários e as grandes obras de impacto presentes em seus territórios.

Assim, através do PBQ cria-se a Agenda Social Quilombola, como uma estratégia que organiza a pauta nacional das comunidades, como modo de viabilizar de forma mais específicas as suas necessidades emergentes. A Agenda foi lançada em 2007 e teve como ponto inicial um plano quadrienal (2008-2011), na qual se estruturaram políticas mais específicas às comunidades, com ênfase nos setores da saúde (voltadas para o saneamento e infraestrutura) e educação (Arruti, 2009).

Apesar de estas iniciativas buscarem a promoção dos territórios quilombolas, Arruti (2009) apresenta os problemas relativos aos investimentos no interior destes programas, por exemplo, entre 2004 e 2007 investiram-se apenas 32,8% do orçamento. Ao encontro destas faltas de investimento, em 2008 houve uma perda de R\$ 15,3 milhões no PBQ. Quanto à regularização fundiária, o Ministério do Desenvolvimento Agrário aplicou apenas 21,75% do orçamento destinado aos processos de regularização, sendo que R\$ 6 milhões de reais, que seriam aplicados à elaboração de Relatórios Técnicos de Identificação e Delimitação, ficaram sem ser investidos.

Neste percurso político, de luta pela terra e de garantia aos direitos fundamentais, as comunidades quilombolas deixam de expressar apenas um lugar folclórico, no qual a cultura deve ser preservada, e tornam-se protagonistas políticos que requerem seu território, seu devido reconhecimento e as condições materiais para que seus modos de vida possam seguir curso. Passam a um ativismo que congrega junto a outros movimentos sociais um cenário nacional de luta política na garantia de sua cidadania com os sem-terra, sem-teto, indígenas e movimento negro (Arruti, 2009).

4.4 Luta por reconhecimento: processos políticos na formação da identidade quilombola

Ao falarmos em cidadania, estamos evidenciando o caráter histórico das lutas dos movimentos sociais e de grupos organizados pela garantia de seus direitos, os quais neste processo

propõem um projeto político e social igualitário frente a uma ordem social desigual. Ordem esta que para além de uma economia política, que torna as relações, a natureza e a humanidade em mercadoria, alicerça suas bases com ressonância a outros modos de dominação como: o racismo, o patriarcalismo, o sexismo, o machismo. Enfrentar estas formas de expressão do poder é produzir rupturas nos modos de dominação, é clivar pontes que ligam o capitalismo aos seus diversos modos de desumanização que intentam a exploração da vida. As lutas por reconhecimento se perfazem nesta tentativa de buscar sinais de humanidade entre pares e grupos que historicamente foram desumanizados, ou obrigados a viver o modo de ser dos grupos dominantes.

Como afirma Honeth (2009), o processo de reconhecimento ocorre no entremeio das relações intersubjetivas, na exigência de um outro que localiza os envolvidos em suas práticas de socialização, em seu reconhecimento jurídico e em sua valorização política. Porém, as relações de reconhecimento não ocorrem de forma direta e espontânea, elas são mediadas por signos sociais e políticos. Quando consolidadas nos interstícios de um sistema econômico-político como o capitalismo, que reifica e objetifica as ações humanas em prol do capital, estas relações de reconhecimento são mediadas pelas formas de dominação, daqueles que podem usufruir dos bens e do acesso aos direitos consolidados, e àqueles, que tratados como objetos, são negados o reconhecimento. A negação do reconhecimento é experienciada com situações de desrespeito, depreciação e por tentativas de invisibilidade política. Assim, quem luta por reconhecimento apresenta-se em uma situação assimétrica de recursos e poder, encontra-se à margem enquanto sujeito de direitos, e a garantia de tais direitos torna-se exigência para a superação das desigualdades.

As vivências de desigualdade violam a dignidade humana de grupos, sujeitos e coletivos. Tal experiência pode ser definida no cotidiano como experiências de humilhação social, ou seja, vivências de impedimentos que causam um sofrimento psicossocial, que não é apenas sofrimento individual, mas uma dor histórica, sentida como inferiorização, que percorre em longa data a vida de grupos, raças, etnias, gêneros, classes e povos. Portanto, a humilhação social é um fenômeno produzido politicamente, por processos de dominação de uns sobre outros, que impedem o reconhecimento e retiram de alguns, seus traços de humanidade (Gonçalves Filho, 2007). No caso das comunidades quilombolas, a vivência de humilhação social advém de sua história de subjugação forçada ao trabalho, a qual reificava sua humanidade como mercadoria e produto do sistema escravagista, funcionando como mecanismo fundante para a movimentação da dominação colonial, como base sustentadora da sociedade brasileira nascente.

Desvelar as formas de desigualdades, como afirma Gonçalves Filho (2007, p. 208), é propor um aprofundamento reflexivo que vai além do olhar à opressão, é adentrar nas relações de poder

que permeiam os condicionantes sociais da dominação: “[...] precisamos apontar e discutir o que a desigualdade social torna manifesto: a dominação. Dominação esta que compõe o núcleo determinante da coisa. Desigualdade social é o nome superficial e tardio para o fenômeno consumado”. A desigualdade é a explicitação dos impedimentos vividos enquanto experiências de dominação que, como dimensão política, ampliam as assimetrias de poder entre os grupos sociais em disputa.

Experiências de humilhação, violência e violação de direitos são relatadas cotidianamente por membros de comunidades quilombolas por todo o país. Por exemplo, no relato apresentado por Leite (2008), em que a Comunidade Quilombola do Varzeão, localizada no município de Doutor Ulysses (PR), na divisa com o estado de São Paulo no Vale do Ribeira, que já vinha sendo ameaçada por uma madeireira, a qual tinha conseguido a liminar de reintegração de posse das terras ocupadas, viveu uma situação de violência extrema, quando três de suas casas foram incendiadas por um grupo de homens encapuzados. As vinte pessoas que estavam na comunidade no momento, incluindo cinco crianças, tiveram que se refugiar a noite inteira nas matas. Em uma reedição de seu histórico de opressão e de humilhação social: que no passado foi vivenciado por feitores, mãos da brutalidade colonial, que violentavam seus ancestrais. Agora jagunços, como instrumento da madeireira, força do capital, que os açoitam com ameaças e violências, tendo como alternativas de refúgio as mesmas matas que os acolheram no período colonial.

A luta por reconhecimento parte desta necessidade do encontro, de integrar estas experiências de impedimento, de desumanização, e refazê-las em um caminho que assegure ao sujeito a igualdade de ação e direitos, na retomada dos traços de humanidade outrora destituídos pelas injustiças sofridas. Injustiças estas vividas como maus-tratos e violações, privação de direitos e exclusão, degradação e ofensa, as quais ameaçam a integridade física, social e a dignidade dos grupos e dos sujeitos que a estas injustiças estão submetidos (Honneth, 2009).

A efetivação do reconhecimento deve passar pela garantia dos direitos negados, como forma de mitigar as desigualdades vividas pelas minorias políticas. Viver a conquista dos direitos não é apenas assegurar a proteção jurídica das vivências de liberdade de sujeitos marginalizados, mas é consolidar por meio deste processo, como afirma Honneth (2009, p. 193), a : “[...] participação no processo público de formação da vontade, da qual ele faz jus, porém, somente quando lhe compete ao mesmo tempo um certo nível de vida”. Este certo nível de vida é a garantia mínima de elementos para que o sujeito possa colocar sua ação política no mundo, tendo assegurado a ele condições: econômicas, de saúde, de educação, de cultura, de segurança.

A igualdade de direitos torna-se uma falácia quando estas condições de vida não se fazem plenas, atua como uma ideologia que afirma uma falsa igualdade, na qual o sujeito não pode exercê-

la de forma objetiva. Como no caso das identidades quilombolas que lutam por seu reconhecimento jurídico e pelo acesso aos seus direitos básicos, os quais são impedidos quando o direito à terra e ao seu território não são assegurados.

Portanto, o que seria o exercício da igualdade? Igualdade, como afirma Gonçalves Filho (2007), não é a produção da mesmidade, do idêntico, mas apresenta-se como a possibilidade de ação e diálogo entre as diferenças, sendo a condição primeva para este exercício à supressão da dominação. Para objetivar o exercício da igualdade, deve-se propor a distribuição de recursos materiais e imateriais, na tentativa de tornar plena a condição política de todos, para que no diálogo e nos campos de disputa estabelecidos na vida social, os variados grupos possam falar, debater e autenticar seus modos de vida, estabelecendo o caráter de ação humana aos processos políticos.

A desigualdade política vivida à longa data, que passa de geração a geração, enraizada no cotidiano, impede o oprimido de reconhecer-se como sujeito de direitos. Os direitos são convertidos em favores prestados por seus antagonistas, que buscam silenciá-los na tentativa de manutenção da opressão e das desigualdades. Este desejo da quietude do outro, pode ser caracterizado, como afirma Gonçalves Filho (2007), como humilhação política. Definida não mais como privações econômicas e culturais diretas, mas impedimentos de ações políticas, de disputas e diálogos na vida social, gerados pela subjugação do oprimido e de seu grupo de pertencimento, caracterizados como sub-humanos, inferiores, e por isso incapazes do exercício político.

A experiência de tornar-se uma comunidade de destino seria um dos caminhos às formas de liberdade produzidas por estes coletivos oprimidos. A comunidade de destino é fenômeno coletivamente construído por escolhas, nas quais seus membros tomam os rumos, o destino pelo qual a comunidade pretende trilhar. Na comunidade de destino: “[...] os sentimentos de gente inferior são seguidamente comutados em sentimentos de gente desrespeitada” (Gonçalves Filho, 2005 p. 198).

As definições dos quilombos contemporâneos passam por esta necessidade de busca por respeito e dignidade, na formação de uma comunidade de destino que se produz no transcorrer do enfrentamento político. Uma comunidade que não é dada *a priori*, mas modificada de acordo com as necessidades políticas que se encontram em jogo. O conceito de comunidade que entra em cena não é aquele que se define por relações endógenas, circunscrita aos sujeitos que desta comunidade participam. Ao contrário, a comunidade de destino que se trata aqui é construída como um fenômeno antagônico à dominação, o qual se produz sobre certos determinantes históricos, políticos e sociais. Ou seja, a comunidade define-se pelos jogos de poder que se lançam sobre ela, como necessidade política de construir para si formas de enfrentamento às forças dominantes.

Os modos pelos quais cada comunidade negra rural se apropria do conceito de quilombo é

determinante na maneira como elas gerenciam suas relações e vida comunitária. Não há uma comunidade de destino dada às comunidades quilombolas, há sim uma tentativa de construção de um plano comum que congregue suas formas de ser e existir na luta por direitos. Este lugar comum compartilhado como comunidade de destino, pode se produzir de maneiras diversas, a depender de cada formação histórica, determinações econômicas, formas de sociabilidade presente nos territórios negros rurais (Fernandes, Santos & Casco, 2015a).

Este lugar comum da vida comunitária permite a emergência das identidades. A identidade pode ser definida como processo que possibilita ao sujeito, na relação com seus pares, definir referências simbólicas e intersubjetivas que quando compartilhadas entre si, como afirma Melluci (2004), permitem processo de diferenciação frente a outros grupos, e de identificação com seus pares, em um sentimento de grupo que distingue um nós e um eles.

O quilombo enquanto construção social torna-se um organizante nas formações identitárias das comunidades negras rurais, no entendimento da identidade quilombola como campo político de afirmação de diferenças e necessidades de certo grupo étnico-racial frente a outros. Assim, o primeiro elemento que compõe o processo de identidade é a relação. A relação se encontra como base ontológica da identidade, forjada na intersubjetividade, como experiência vivida com outros. Experiência esta que pode ser vivida por meio de categorias sociais e políticas que diferenciam o modo de vida dos sujeitos frente a outros grupos. Ou, que pode ser experienciada como vivência coletiva, na qual o sujeito identifica-se e estabelece seus laços de afetividade e vínculos sociais. Ambos os processos lançam o sujeito a um lugar de pertencimento e permanência a um determinado grupo social, o qual carrega consigo ao trilhar os caminhos da identidade (Santos & Fernandes, 2015).

Neste processo de vínculo e identificação com grupos de pertencimento que se apresenta o segundo elemento que compõe a identidade: a **permanência** (Santos & Fernandes, 2015). São nos vínculos que se estabelecem com seus pares que o sujeito identifica-se com seus iguais, e neles investe seu desejo de permanência e de reciprocidade com aqueles que deles participam. A identificação pode ser definida como relação intersubjetiva na qual o outro, tanto individual como coletivo, torna-se referência ao modo de ser e agir do sujeito que dele toma parte. Pode ser considerada como uma das primeiras formas de manifestação de afeto, de satisfazer por meio dos outros, suas necessidades de reconhecimento e acolhimento.

Em uma sociedade que se sustenta por relações desiguais, as formas de identificação, de vinculações afetivas a determinados grupos e negação de outros, são permeadas por relações de poder que prestigiam poucos em detrimento de muitos. Estão impressos nos grupos oprimidos os signos do feio, do mal e do falso, como modo de desqualificar suas expressões, compreensões e

modos de viver. Quais são as alternativas para produção de identificações afirmativas e permanências aos grupos oprimidos?

Cabe compreender a identidade para além do papel social que é incutido ao sujeito em seus processos de socialização, que vêm desde as relações nas unidades familiares às instituições na quais ele se insere e participa. Nesta compreensão, a identidade adquire um caráter político, como instância que se produz e é produzida frente às relações de poder que se impõem ao sujeito e, são sobre elas que os significados e sentidos das identidades são produzidos e compartilhados pelos seus pares (Castells, 2008). No caso das comunidades negras rurais, as formas de apropriação da identidade quilombola não se apresentam restritas ao papel social a ser exercido, mas como categoria política que está relacionada às variadas forças históricas, estratégias de dominação e relações de poder que incidem sobre seu território e seu grupo.

A diferenciação que Castells (2008) realiza entre identidade legitimadora, identidade de resistência e identidade de projeto, auxilia no entendimento da identidade quilombola enquanto processo político. Para Castells (2008, p.24) a identidade legitimadora é definida como: “[...] um conjunto de organizações e instituições, bem como uma série de atores sociais estruturados e organizados, que, embora às vezes de modo conflitante, reproduzem a identidade que racionaliza as fontes de dominação estrutural”. A identidade legitimadora pode ser compreendida como aquela que fortalece e reproduz, no modo dos sujeitos significarem a realidade, as lógicas das relações de dominação estruturadas em uma sociedade.

Já a identidade de resistência, de acordo com Castells (2008), define-se como tentativas, reações de luta e enfrentamento de sujeitos e coletivos, que ao encontrarem-se subjugados às relações de dominação, buscam forjar outros campos de significação da vida que se contrapõem a estas forças estruturantes que os intentam dominar, na construção de princípios que os definem de forma distinta as instituições e organizações que balizam a ordem de uma sociedade. Há neste processo a construção de uma comunidade que rege um campo de separação, por meio dos sentidos e significados compartilhados entre os sujeitos, que os diferenciam de forma estrita das organizações e grupos participantes das identidades legitimadoras.

Por outro lado, a identidade de projeto busca também realizar um enfrentamento às estruturas dominantes, mas neste processo não apenas constroem comunidades que confrontam a ordem, como no caso da identidade de resistência, ela objetiva por meio de sua formação identitária, de seus signos de luta política, o questionamento e a transformação estrutural da sociedade. A identidade de projeto diferencia-se da de resistência por buscar, como o nome mesmo afirma, a construção de um projeto político que objetiva a alteração das lógicas que estruturam as relações de dominação. Superá-las, para além do seu grupo de pertencimento, apresenta-se como norteador

político. Como é o caso das comunidades quilombolas quando se utilizam de sua identidade não apenas para afirmar seu lugar enquanto comunidade negra, mas no uso desta questiona e transforma a estrutura de uma sociedade que tem seus alicerces fundados no escravismo e na exploração agrária.

É nesta arena de conflitos que o terceiro elemento de produção da identidade entra em cena, definido por Santos e Fernandes (2015), como: **transformação**. As identidades apresentam-se como processos, e as permanências que se estruturam em seu percurso são provisórias e táticas, a depender dos enquadres históricos, das transformações que se quer produzir, das necessidades políticas dos grupos oprimidos em deslocar sua identidade para uma dimensão de luta e enfrentamento à opressão.

Tanto as identidades legitimadoras se processam, no acompanhamento das necessidades da sociedade na qual ela se funda e defende, quanto às identidades de resistência e de projeto buscam transformações para o reconhecimento de suas necessidades político-sociais. Porém, há uma diferença entre estas formas de identidade: a primeira **acompanha** os movimentos das estruturas dominantes, promove mudanças em si para fortalecer uma sociedade já estruturada, enquanto as outras buscam, por meio das **transformações** de si, produzir resistências e alterações nas estruturas sociais, como forma de enfrentar uma sociedade que impede suas formas de expressão.

As identidades legitimadoras buscam essencializar-se para desenvolver seu projeto de dominação, apresentam-se como tentativa das instituições sociais oferecerem campos simbólicos e subjetivos naturalizantes, nos quais as identidades sociais possam se fundamentar. Já as identidades de projeto, buscam um campo comum que atua de modo tático para angariar suas conquistas, seus direitos e seu possível projeto de transformação social. Interpretar estes campos de disputa apenas sobre o papel social exercido pela identidade é invisibilizar os tensionamentos políticos gerados nas lutas por reconhecimento. É sobre o campo político que a possibilidade de **transformação** da identidade se configura.

Como afirma Fernandes e Munhoz (2013), a identidade apresenta-se como campo inventivo político, como lugar de criação dos despossuídos, que na luta por seu reconhecimento inventam outros modos de existência. Não se descobre uma identidade, ela se faz e refaz frente aos condicionantes históricos que a sobrepõem e ao desejo de transformação política dos que dela participam. Como afirma Deleuze (2010, p. 161):

De certa maneira o povo é o que falta, como dizia Paul Klee. Será que existia um povo palestino? Israel diz que não. Sem dúvida existia um, mas isso não é o essencial. Pois, a partir do momento em que os palestinos são expulsos de seu território, na medida em que

resistem, eles entram num processo de constituição de um povo.

De acordo com Santos (2003), quem clama por identidade são os grupos que são dela despossuídos, que necessitam por meio dela buscar seu reconhecimento, enfrentar uma ordenação hegemônica, que pensada como universal impede a emergência de outros projetos possíveis de sociedade. A identidade política é a emergência destes projetos possíveis, que por não estarem ainda efetivados, permitem o enfrentamento da ordem social na criação e na invenção de outras realidades.

As contribuições de Foucault sobre a política podem auxiliar para os entendimentos aqui tratados quanto as relações de dominação, com um olhar micropolítico que permite compreender as produções identitárias como fruto das relações de poder presentes no cotidiano. Assim, a definição de político é apontada por Foucault (2010), enquanto uma relação de forças que conduz a uma guerra, mas diferente do aforismo de Clausewitz (1832, apud Foucault 2010, p.19) no qual: “[...] a guerra não é mais que continuação da política por outros meios”, o entendimento de política para Foucault (2010, p.15) requer uma inversão deste aforismo, sendo: “[...] a política é a guerra continuada por outros meios”.

Assim, para Foucault (2010), o político se constitui historicamente na guerra e pela guerra, porém ele preza e fortalece sua continuidade em uma tentativa de reinar a paz civil. Uma paz que não se expressa pela eliminação da guerra, ao contrário, apresenta-se como continuidade desta guerra de forma silenciosa. Na utilização de outros mecanismos, instrumentos e instituições para a sua manutenção, em uma batalha pela paz, que reinsere estas relações de forças e as faz incidir sobre os sujeitos, seus corpos e suas identidades. Como pontua Foucault (2010, p. 16):

[...] no interior dessa 'paz civil', as lutas políticas, os enfrentamentos a propósito do poder, com o poder, pelo poder, as modificações das relações de força – acentuações de um lado, reviravoltas, etc. –, tudo isso, num sistema político, deveria ser interpretado apenas como a continuação da guerra. E seria para decifrar como episódios, fragmentações, deslocamentos da própria guerra. Sempre se escreveria a história desta mesma guerra, mesmo quando se escreve a história da paz e de suas instituições.

A identidade política encontra-se neste campo de batalha, que enfrenta equipamentos, instrumentos e racionalidades que sustentam a ordem hegemônica. Ordem esta que em nome de uma determinada paz civil faz perdurar: suas formas de controle, suas instituições e suas relações de poder. Quando estas relações de força não têm mais como sustentar-se sobre o emblema da paz civil, a guerra silenciosa torna-se declarada e a violência simbólica e objetiva se mostra as minorias políticas (Foucault, 2010).

A guerra das identidades, sua política, estabelece-se no contemporâneo por lutas que objetivam reconhecimento às minorias políticas e a garantia de direitos, acesso a bens, serviços e implantação de políticas públicas que consolidem suas formas de expressão. Sobre estas identidades políticas em emergência, atuam vários atores. Ora, são grupos que buscam legitimar a soberania popular, a efetivação de formas de cidadania que respeitem suas diferenças; ora são atores e instituições, que sobre a emergência destas identidades minoritárias, buscam apropriar-se de suas demandas na apresentação de resolutividades que incorporam as estratégias de controle social (Fernandes & Munhoz, 2013).

Estas formas de manejar, instrumentalizar e ordenar as identidades políticas podem ser conceituadas como **políticas de identidade**, que podem ser promovidas tanto por agentes de transformação social, como os movimentos sociais, quanto por instituições que buscam cooptar as lógicas do controle de estado e do mercado. Assim, as políticas de identidade são definidas como tentativas, das organizações, dos movimentos sociais, dos aparelhos de controle, em produzir sobre estas formas insurgentes de significação da vida, modos de potencializar ou de governar as identidades políticas.

As políticas de identidade podem ser produzidas tanto como táticas dos movimentos sociais em oferecer às identidades políticas, formas de organização, identificação e sustentação coletiva, as quais permitem aos sujeitos o compartilhar de suas experiências de marginalização na afirmação de suas lutas e necessidades. Quanto podem ser incorporadas pelos aparelhos de controle, como o estado e o mercado, e serem instrumentalizadas de forma estratégica à lógica do capital, como tentativas de manutenção da ordem e da coalizão social. Em uma incorporação precária de suas lutas, que quando integradas a estas instâncias de controle, perdem o potencial de insurreição social que tinham em suas bases.

Esse pode ser o caso da identidade quilombola que surge como demanda das comunidades negras rurais e do movimento negro, como uma política de identidade que afirma o ser negro rural e suas necessidades, mas que quando incorporada às lógicas do estado podem passar a ser regidas por uma política de identidade que ordena estes modos de vida às suas estratégias e instrumentos de controle. A negociação das identidades políticas ao estado permite aos grupos em luta o reconhecimento jurídico-político necessário à garantia de seus direitos, porém junto a este reconhecimento há a produção de uma forma de governo que opera de maneira a tutelar seus modos de vida, que na garantia aos direitos negociados, exigem destes grupos, enquadres identitários rígidos.

Diante destas contradições, Arruti (2006) apresenta duas genealogias, ao menos, para pensar a construção das identidades quilombolas, à qual pode ser acrescida uma terceira. A primeira surge

com as demandas do movimento negro, em 1970, na luta contra o preconceito e a discriminação racial, tendo as categorias raça e etnia como fio condutor para se pensar a formação e a organização dos territórios negros no país. Territórios estes que se encontravam tanto nos centros urbanos quanto no mundo do campo. A raça e etnia tornam-se categorias balizadoras na luta pela garantia aos direitos à população negra, direitos negados após a abolição e ainda precariamente viáveis em seu acesso.

A segunda genealogia vai estruturar-se por meio da luta pela terra e pela reforma agrária, fortalecida nos anos de 1980, a qual inclui as comunidades quilombolas como parte do campesinato brasileiro, como negros camponeses ou negros rurais. A identidade camponesa negra foi negligenciada na história brasileira. No período colonial eram vistos como escravos, e após a abolição, ditos sujeitos livres. Esta forma ideológica de concepção do negro o aparta de sua relação com a terra e apaga na memória do país a formação dos camponeses negros. A efetivação dos quilombos encontra-se no campo de territorialização do negro sobre a terra que o protegeu e fez perseverar suas formações sociais e subjetivas. A discussão política aqui proposta volta seu olhar à necessidade de garantia da terra aos camponeses, no caso das comunidades quilombolas a garantia de reconhecimento pelo estado da modalidade de uso comum de suas terras, como direito historicamente produzido nos modos pelos quais estes grupos, em seu uso e fazer, apropriaram-se da terra (Arruti, 2006).

A terceira genealogia toma como norteador o conceito de população tradicional, que é construída por meio da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 1989, a qual trata de garantir os direitos fundamentais aos povos indígenas e tradicionais, sendo ratificada no Brasil em 2002. As comunidades quilombolas inscrevem-se nos termos da Convenção na categoria de populações tradicionais por apresentar histórico de luta e resistência, com formas de organização social, política e expressões culturais específicas que as distinguem dos demais segmentos que compõem a sociedade brasileira. A estas populações são garantidos o direito à terra e ao acesso às políticas específicas que corroborem com o desenvolvimento de seu território. Com estas características que apontam para saberes específicos construídos no cotidiano, passados de geração a geração, bem como, a estruturação de modos de trabalho diferenciados sobre a terra e seu território, é que as comunidades quilombolas passam a ser definidas como populações tradicionais (Fernandes, Santos & Casco, 2015b).

Cabe questionar o conceito de tradição que define as comunidades tradicionais, o qual não deve ser compreendido com um caráter anacrônico, como algo estanque e paralisado no tempo, que sujeitos passam de geração a geração sem modificações. A tradição é o modo como cada povo produz sua forma de viver junto ao seu território, o qual não se encontra estagnado, mas é produto e

produtor de uma complexa rede de relações sociais que esta tradição acompanha. Portanto, a tradição é o que permite cada grupo manter-se em seu território e organizar seus modos de vida, na garantia de sua diversidade e dignidade humana diante das variadas relações de poder que foram estabelecidas em certo tempo histórico.

É sobre, ao menos, estas três genealogias que as identidades quilombolas passam a ser forjadas e produzidas no cotidiano: 1 – por meio das categorias raça e etnia que objetivam mitigar as desigualdades raciais historicamente enraizadas no cotidiano, na busca do acesso, de acordo com suas especificidades, aos bens, serviços e as políticas públicas que possibilitem aos membros destas comunidades a construção de sua cidadania; 2 – a luta pela democratização da terra, como bem fundamental para a garantia de manutenção de suas práticas de vida; 3 – com referências as suas práticas tradicionais, seus saberes e conhecimentos que atravessam seu modo de vida e trabalho.

Apesar das sobreposições entre as três genealogias na construção dos direitos às comunidades quilombolas, um cuidado deve ser considerado para que não se restrinja às comunidades apenas como camponeses, ou populações tradicionais, negligenciando a categoria étnico-racial como componente fundamental ao entendimento da formação dos quilombos no Brasil. O modo de vida produzido pelas comunidades quilombolas e a luta pela permanência e titulação de suas terras, como afirma Marin (2009), está relacionado diretamente a uma resistência racial, na luta contra um processo de dominação substanciado por uma ideologia racista que se impôs sobre este grupo étnico-racial. Como afirma Costa (2012), a garantia do direito à terra e o acesso das políticas públicas às comunidades quilombolas apresenta-se como luta central a mitigação das desigualdades e o combate ao racismo ainda presentes no cotidiano das comunidades.

O que ser quilombola determina na vida comunitária? Quais os campos de disputas que são abertos com tal identidade? São estes alguns dos questionamentos realizados pelas comunidades negras rurais na apropriação da identidade quilombola. Como expresso no relato de uma entrevistada quilombola, em pesquisa realizada por Valentim e Trindade (2011, p. 302), no momento em que ao questionaram a mesma quanto ao seu processo de reconhecimento e apropriação enquanto quilombola ela responde:

Porque até então assim a gente sabia que era diferente, mas não sabia por que dessa diferença. A gente sentia isso fora do nosso convívio quando se encontrava com uma outra comunidade mais urbana, mas a gente não sabia porque as pessoas nos olhava nós diferente. (Cíntia).

O relato de Cíntia mostra como a identidade quilombola possibilitou a ela realizar uma releitura do seu território, oferecendo às suas experiências de diferenciação frente a outras comunidades e ao

centro urbano uma nomeação que a congrega junto a seus pares.

O compartilhamento desta identidade possibilita o fortalecimento de seu grupo, localizando suas necessidades e diferenças frente a outros. Os resultados da pesquisa de Valentim e Trindade, (2011), indicaram que o termo quilombola, mesmo que inicialmente desconhecido pela comunidade, veio ocupar um espaço de construção identitária e de afirmação das alteridades existentes na comunidade pesquisada, que os possibilitaram diferenciar-se de outros grupos sociais e étnicos, identificando suas necessidades e delineando os objetivos futuros a serem alcançados pela comunidade. A forma de apropriação do que é uma comunidade quilombola para esta comunidade divergiu da concepção de remanescentes propagada pelo Art. 68 da constituição. A identificação da comunidade como quilombola se deu pelas suas especificidades enquanto comunidade negra rural, com suas formas de trabalho, saberes e valores que se diferenciavam de outros grupos étnicos e dos centros urbanos. São suas expressões históricas de resistência negra, as quais condicionam seus modos de vida, que delinearam sua definição enquanto território quilombola.

Contra um pensamento unilateral, deve-se compreender a luta das comunidades quilombolas por reconhecimento e direitos enquanto processo histórico, e como tal, um fenômeno não linear, mas dialético que em seu caminhar apresenta rupturas, clivagens, bem como, tentativas de coerções e captura de suas forças. É neste jogo de antagonismos que as conquistas por direitos se consolidam. Como afirma Coutinho (2000), é um equívoco pensar em uma democracia burguesa, o que pode ser caracterizado é o regime liberal como uma forma política burguesa, que coloca a vida humana a serviço do capital. A democracia na modernidade é referente à luta histórica dos trabalhadores pelos seus direitos e pela ampliação de sua cidadania, os quais requerem, em suas bandeiras de luta, a participação e a socialização das riquezas materiais e simbólicas produzidas pela humanidade.

Porém, a participação e a socialização das riquezas em uma sociedade dividida em classe e que preza pela defesa da propriedade como um de seus direitos inalienáveis, apresenta seus limites nítidos à ampliação da cidadania. A sociedade de classes apresenta privilégios para determinado grupo e impedimentos a outros, que são impossibilitados à garantia do acesso igualitário aos bens e serviços. Esta forma de organização da vida social impõe um impasse à soberania popular na participação igualitária às produções materiais e simbólicas da vida social. Impasse este que só pode ser superado na luta por uma sociedade sem classes, que respeite as diferenças e promovam uma cidadania que preze pelas especificidades históricas dos atores políticos envolvidos (Coutinho, 2000).

Para Coutinho (2000), uma das características da modernidade é o processo contraditório: de avanços na luta por direitos, no aprofundamento pela garantia da cidadania e sua universalização; e a instrumentalização destes direitos à racionalidade do capital: “[...] há um antagonismo estrutural

entre essa universalização da cidadania e a lógica de funcionamento do modo de produção capitalista, cuja implantação, consolidação e expansão foi, decerto, outra das características da modernidade.” (p.68).

Este antagonismo estrutural expressa-se nos modos como a garantia dos direitos apresentam-se: de forma precarizadas. Em uma sociedade, como afirma Martins (2002), que é gestada por processos de exclusão cíclicas, há um impedimento crônico das populações marginalizadas no acesso a sua cidadania, que os levam a uma inclusão precária na vida social. Há uma legalização dos direitos demandados pelos grupos oprimidos, mas sua efetivação é produzida de maneira marginalizada, instrumentalizada à lógica do capital, na qual o estado é subserviente.

Como acontece com as populações quilombolas que são reconhecidas juridicamente, porém impedidas de exercer plenamente seu reconhecimento pelas precariedades com que as políticas públicas são implantadas e efetivadas em seu território, como afirma Silva, Gomes e Gonçalves (2014, p.120): “Apesar dos avanços das leis e da constituição a favor das comunidades quilombolas, os direitos conquistados não estão condizentes com a realidade vivida”. Há uma integração das comunidades quilombolas por meio da exclusão crônica que historicamente este grupo vivencia, no qual a marginalidade, os processos de impedimento aos direitos passam a ser concebidos como modo de vida. Contra este modo de conceber a vida que as bandeiras de luta das comunidades quilombolas se levantam, em identidades políticas que almejam mais que o seu reconhecimento jurídico, mas a busca pela efetivação pela a garantia de seus direitos e pela efetivação de seus projetos de vida.

A modernidade é marcada como um período histórico que trouxe à tona a luta pela emancipação humana, a busca pela universalização da cidadania no enfrentamento à ordem capitalista. Universalização que para garantir o acesso à cidadania deve estar subsumida ao direito às diferenças. Pois se este direito não estiver em pauta pode-se recair no reducionismo das lutas sociais a uma homogeneidade que atua muito mais como campo de controle do que de emancipação. Como afirma Santos (2003) quanto ao antagonismo entre igualdade e diferença: “[...] temos o direito a ser iguais quando a diferença nos inferioriza; temos o direitos a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza.” (p. 458).

Lidar com o enigma da igualdade e da diferença, como afirma Scott (2005), é inserir-se em um paradoxo, que não exige uma definição dos processos a um dos binômios: igualdade ou diferença. Estes passam a ser compreendidos não como opostos, ou, como polaridades, mas encontram-se em uma relação de interdependência, em processos de negociação e tensão que dependem do contexto social no qual se expressam e dos determinantes sociais que os localizam.

É neste campo de contradições e ambiguidades que as comunidades quilombolas produzem

suas identidades políticas e buscam seu reconhecimento, no enfrentamento a este projeto de modernidade precário que os exclui enquanto sujeito de direitos e procura incluí-los marginalmente às lógicas do mercado e às estratégias de tutela do estado.

Diante deste cenário de luta pela garantia de direitos às comunidades quilombolas e sobre os desdobramentos e relações entre a esfera jurídica, as políticas públicas e a vida cotidiana das comunidades, que o próximo capítulo será desenvolvido, com o intuito de adentrar de forma mais detalhada, no modo como a política pública de saúde vem atuando nas formas de ser e existir das comunidades negras rurais. Para isso, realizaremos uma análise de conjuntura da política pública de saúde no cenário nacional, bem como, o seu impacto nos modos de vida e cotidiano das comunidades quilombolas distribuídas pelo país, para posteriormente desenvolver uma análise que se debruçará de forma específica no Estado de Alagoas.

5. POLÍTICAS PÚBLICAS NOS TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS

As formas de cuidado presentes nas comunidades quilombolas, os modos como lidam com a manutenção da saúde, expressam a contradição entre a falta de acesso aos direitos básicos e os modos possíveis de lidar com sua realidade. Para isso resgatam, criam e inventam práticas de cuidado que não se apresentam apenas como um tratamento a um organismo, mas como cosmovisões que auxiliam os sujeitos a interpretar a realidade, produzirem escolhas sobre seus caminhos terapêuticos e promoverem ações que tragam consigo conhecimentos coletivos passados de geração para geração. Em um território que expressa sua pobreza não apenas como escassez econômica, mas como diria Demo (2002), enquanto impedimento de acessar direitos básicos.

Assim, frente a este dilema de precarização no acesso aos direitos fundamentais e a produção de formas de cuidado criadas para lidar com os agravos e possibilidades de manutenção da vida, que os processos de saúde/doença são elaborados nos territórios quilombolas, sendo neste mesmo lugar que a política pública de saúde, após 2004, passa a se inserir. Como ela é utilizada pelas comunidades? Quais seus efeitos no cotidiano e modos de vida das comunidades quilombolas? A quem ela vem responder? Os saberes científicos especializados, oriundos de um projeto civilizatório ocidental, auxiliam na garantia dos direitos negados às comunidades, no fortalecimento político e afirmação de seus modos de ser, ou atuam de forma a colonizar estes territórios e seus saberes? Estas são algumas perguntas que movimentam este capítulo, com indagações que passam pelo projeto de política pública construído no país, até a realização desta política nos territórios quilombolas, com enfoque na iniciativa de implantação da atenção básica nestas comunidades.

5.1 Política pública de saúde e luta pela democracia

A política pública de saúde coloca-se como questão necessária à democratização no país. Ela foi produzida em uma ação coletiva por movimentos sociais, intelectuais, sociedade civil organizada e centros de estudos, que com o enfraquecimento da ditadura, apresentam em 1979 um documento oficial, no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal, intitulado “A questão democrática na área da saúde”. Este documento analisa a saúde como campo político necessário à produção efetiva da democracia desejada pela população. Politização, democracia e cidadania apresentam-se como três elementos norteadores deste documento, para a efetivação da saúde no país, como dimensão de direito fundamental de todos (Fleury, 2009).

O documento supracitado apresenta-se como um marco na luta pela elaboração de um projeto político de saúde compreendido como direito universal. Foi a primeira vez que foi citada em um documento a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para além de um documento formal,

sua apresentação demonstrou a capacidade de articulação e mobilização de variados grupos e atores sociais para a formulação de um projeto comum de saúde para o país, bem como, a consolidação do Movimento pela Reforma Sanitária, ocupando espaço estratégico no cenário político nacional (Fleury, 2009).

A saúde passa a ser discutida como uma questão política de luta pela democracia. Essa transposição, de uma proposta técnica médica instrumental orientada por um sistema de prestação de serviços, para um projeto de saúde pública como construção coletiva que corresponsabiliza gestores, usuários e profissionais, modifica o entendimento do que seria saúde, agora implicada sobre os determinantes sociais, os modos de organização do trabalho e da produção da vida. Tal concepção produz uma crise nas racionalidades instrumentalizadas, que possibilita uma análise crítica sobre os modos como os saberes médicos atuam em consonância com as lógicas do mercado, tomando a vida como mercadoria e o cuidado em saúde como tratamento técnico instrumental (Fleury, 2009).

O SUS começa a ser discutido no campo dos direitos humanos, enquanto direito fundamental de todos os sujeitos, como modo de garantir a construção da cidadania ao lado dos direitos à educação, segurança, cultura, entre outros. Como um direito, cabe ao estado a responsabilidade da garantia à saúde, o que implica na obstrução de modos de pensar e atuar sobre a saúde em consonância com as lógicas do mercado. A função do estado, como afirma Fleury (2009), não é orientar este projeto político de forma estatizante, de modo a controlar e tutelar a vida da população. Pelo contrário, é garantir a sustentação deste projeto por meio de um processo democrático, o qual permita a emergência e estruturação das lutas sociais como forças organizantes na defesa de um projeto popular, que congregue os variados atores sociais, grupos e coletivos pertencentes à sociedade brasileira.

O modo como a Reforma Sanitária brasileira compreende a saúde leva à construção de dois caminhos a este projeto político. Caminhos estes que necessariamente não estão dissonantes. O primeiro que entende a saúde como direito universal, o qual deve ser desenvolvido por meio de alianças e negociações entre variados órgãos do estado, coletivos, partidos políticos, movimentos sociais e organizações, que de forma plural buscam táticas à universalidade deste direito. O segundo, que produz em seu processo, um núcleo subversivo à estrutura social, o qual entende a saúde pública como projeto político inacabado que se encontra em constante organização frente às demandas e necessidades populares. Como um dispositivo que permite às forças sociais insurgentes abrirem caminhos aos seus projetos e anseios, com propostas de transformações estruturais que vão para além de uma democracia representativa. Como diz Fleury (2009):

O que identifica a luta pelo Socialismo, mesmo no interior do Estado, é a sua capacidade de causar rupturas reais na relação de poder de forma tendenciosa às massas populares. Isso requer sua permanente articulação com as lutas de um amplo movimento social pela transformação da democracia representativa. (p. 161).

Com base neste projeto político de uma saúde como direito, que em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram debatidos os princípios doutrinários e organizativos do SUS, os quais entre os anos de 1987 e 1988 foram apresentados na Assembleia Nacional Constituinte, legitimados no capítulo Saúde da Constituição Federal de 1988, e após dois anos, instituídos na Lei n 8.080, a chamada Lei do SUS. Essa Lei sustenta que os serviços de saúde devem congregar 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 (Scarcelli e Junqueira, 2011).

Os princípios doutrinários do SUS atendem à necessidade de se efetivar a saúde como direito fundamental, a qual concebe o sujeito enquanto cidadão e a saúde como processo determinado por condicionantes sociais presentes no cotidiano e no modo de organização da vida coletiva. Os princípios são: universalidade, igualdade e integralidade.

A universalidade opera como princípio que possibilita atendimento a todos os brasileiros sem distinções quanto às diferenças de classe, raça, etnia, gênero entre outras. Sem a necessidade dos mesmos apresentarem vínculos previdenciários como era realizado antes da Lei do SUS, os quais só poderiam ter atendimento se tivessem vínculos à previdência, enquanto os outros eram considerados indigentes (Scarcelli e Junqueira, 2011).

Já o princípio da igualdade afirma que todos são iguais perante o Sistema Único de Saúde e que devem ser atendidos de acordo com suas diferenças e necessidades. Diferenças estas que passam pelas posições sociais que ocupam, entendendo que os marcadores sociais de gênero, classe, raça/etnia, crenças, são variáveis determinantes (Scarcelli e Junqueira, 2011).

A integralidade é o princípio que garante o cuidado à saúde em seus variados níveis, que vão desde a atenção a partir da rede básica, a secundária, até os níveis mais complexos, passando pela promoção, proteção e recuperação. É a necessidade de garantir ao sujeito, em seus processos de saúde/doença, uma prestação continuada em suas várias dimensões de atenção, desde o seu nascer, viver até o morrer. Em uma prática que o compreenda como sujeito integral, que não subdivida suas necessidades de saúde a elementos biológicos, subjetivos e sociais. As formas diferenciadas de viver os processos de saúde e adoecimento devem ser pontos norteadores para a construção de estratégias no cuidado à saúde, principalmente no que se refere aos marcadores sociais, que ao se

interseccionarem, definem o modo de vida de determinadas populações, como: classe, gênero, raça/etnia (Oliveira, 2011).

Assim, quando a política pública de saúde situa-se sobre territórios negros, incluindo aqui as comunidades quilombolas, o princípio da equidade, como afirma Werneck (2005), torna-se um importante aliado na garantia do acesso universal, igualitário e integral à saúde destas populações. A não operacionalização das estratégias de saúde sobre o princípio da equidade apresenta-se como um reprodutor das desigualdades vividas no que tange as comunidades quilombolas. Já que se as especificidades históricas, culturais e as formas de desigualdades vividas pelos quilombolas não forem levantadas como demandas a serem respondidas pelos programas de saúde que se situarem em seus territórios, os mesmos irão atuar de forma a negligenciar as desigualdades vividas e as necessidades de cuidado desta população (Oliveira, 2011).

No acompanhamento aos princípios doutrinários estão os princípios organizativos do SUS, que buscam organizar o Sistema de modo descentralizado, por meio da participação popular e de forma a não estruturar as estratégias de saúde apenas voltadas à assistência médica. São eles: a descentralização, a regionalização, o controle social e a intersetorialidade.

Os primeiros dois princípios orientam o sistema à municipalização e a uma atuação hierarquizada da atenção respectivamente. Já o controle social norteia o modo de participação popular, por meio de conselhos deliberativos, como forma de assegurar a atuação dos usuários na coparticipação do sistema (Scarcelli e Junqueira, 2011).

O princípio da intersetorialidade, por sua vez, compreende que cuidar da saúde não se restringe simplesmente à medicalização da vida, entendida como modo de pensar o sujeito em parâmetros médicos biológicos. A intersetorialidade busca compreender os variados elementos que compõem a vida do sujeito: sua habitação, seus modos de lazer, educação, segurança, mobilidade urbana, condições de trabalho, entre outros; e frente a eles construir estratégias de cuidado. Estes elementos que compõem o sujeito e sua vida estão condicionados diretamente ao modo de organização do trabalho, modos que estão implicados diretamente à economia política na qual uma sociedade se baseia, no caso o capitalismo e seu atual modelo neoliberal.

Na estruturação político-econômica neoliberal os valores democráticos são precarizados e com eles a saúde como direito, na propagação de um modelo privatizante-individulizante, na qual cada um procura resolver os problemas a seu modo. Alguns, recorrendo aos planos de saúde, outros à assistência privada e aqueles, que não dispõem de recursos, a formas de cuidados tradicionais para buscar a resolução de seus agravos e/ou doenças (Fernandes, 1999).

A lógica do mercado não implica apenas nas expressões dos adoecimentos e formas de tratamentos de sujeitos e grupos, esta racionalidade adentra nos contornos da própria política

pública de saúde, no modo como ela é administrada e gerenciada. Como afirma Campos (2014), em uma sociedade regida pela economia política do capital, mesmo as produções que se apresentam contrárias a esta lógica, são integradas como mercadorias e revertidas às estruturas do mercado. Tais contradições estabelecem um campo de lutas históricas entre as estruturas dominantes e as táticas coletivas, que ao não se deixarem conformar ao capital, buscam resistir às estratégias de opressão e dominação.

Scarcelli e Junqueira (2011, p.347) apontam estas contradições ao relatar “As pedras no meio do caminho” na implantação do SUS, sendo uma delas a própria regulamentação do Sistema, no qual consta na Lei nº 8.080 a possibilidade de exploração da assistência à saúde pela iniciativa privada, bem como, a Lei nº 8.142 a qual não determinou um percentual fixo de recursos à saúde. Tais “pedras no caminho” precarizaram e deixaram incertezas nos rumos como a política pública de saúde iria ser implantada e desenvolvida. Ambas as leis oferecem abertura a uma lógica neoliberal de controle do trabalho e prestação de serviços que não restringem a iniciativa privada, mas que se estende aos próprios municípios. Lógica esta incorporada na primeira Norma Operacional Básica (NOB) de 1991, que rege uma das formas de financiamento do Sistema, com o repasse financeiro às secretarias municipais por meio de pagamento por procedimentos realizados. Esta NOB gerencia os serviços na mesma lógica de produtividade do mercado neoliberal, orientando as formas de organização social do trabalho, de gestores e profissionais como prestadores de serviços. A saúde antes tomada como direito humano, princípio organizante das demandas sociais, passa a operar como um bem capitalizado. Instalam-se na política pública campos de disputas entre diferentes projetos de sociedade, o que leva à apresentação de certas contradições em seu desenvolvimento e implantação.

De acordo com Campos (2014) este modelo neoliberal vai se capilarizando no tecido social. O discurso do empreendedorismo que antes era voltado apenas aos empresários, começa a ser dirigido aos operários, trabalhadores e indivíduos. Devido ao aumento da necessidade de consumo produzido pela ampliação do mercado interno, é estimulado e possibilitado, não apenas a uma pequena aristocracia, mas a uma ampla gama da sociedade, o acesso aos bens de consumo. Estes, ao serem incorporados à maioria, servem como um mimetismo social, que funde simbolicamente variadas classes sociais, que através dos bens compartilhados geram um universo comum sobre as insígnias do mercado. Prolifera-se um discurso falacioso, que afirma o aumento do consumo e a inserção de outras classes no acesso aos bens como uma forma democrática de vida. Uma democracia precária e mentirosa, que marginaliza o sujeito de direitos e coloca em cena o consumidor.

Os modelos do empreendedorismo e do consumo, quando voltados a uma população que se

encontra precarizada quanto às condições de vida e à garantia de seus direitos fundamentais como: habitação, educação, saúde, lazer, faz com que cada um procure soluções individualizadas a problemas de cunho sociais e políticos coletivos. Como afirma Campos (2014, p. 48):

Nesse contexto, o direito à saúde passou a confundir-se com o acesso aos procedimentos médicos e aos medicamentos. O direito à saúde tendeu a confundir-se com um tipo de acesso que tanto pode se realizar por serviços públicos como pela aquisição direta ou indireta de seguro privado por cada pessoa.

Assim, como afirma Matos (1999), esta conjuntura estabelece uma crise da vida política, pensada como um estado de exceção, mas experienciada como modo de vida que deslegitima a ação política como dimensão produzida entre pares, bem como, banaliza o sofrimento e o adoecimento que ficam fadados a problemáticas orgânicas e individuais. Nesta lógica individualizante os direitos passam a ser supostos abstratos, instrumentalizados por meio de manuais que guiam a implantação das políticas públicas de forma enrijecida, sem o reconhecimento do usuário, que para além da necessidade de atenção e cuidado, apresenta-se como um dos agentes de produção da saúde em seu território.

O esfacelamento dos valores democráticos traz consigo prejuízos nos modos de apropriação e operação do SUS pela população e pelos profissionais que compõem a rede. Há aqui o confronto entre o privado sobre o domínio público, que está implicado diretamente no modo como a política pública de saúde vai passar a ser desenvolvida: como um serviço de assistência médica ambulatorial; praticada pelos profissionais, de forma técnica instrumental; e gestada pela administração pública, com interferências de interesses privados.

Assim, a construção da saúde pública deve ser erigida como luta contra estes variados modos de opressão e precarização da democracia, que se encontram nas ciências, nas relações sociais e na vida política. A reforma sanitária e a psiquiátrica foram produzidas nos anos 1980, como afirma Fleury (2009), por crises que se voltaram aos saberes médicos, ao modo de organização dos serviços públicos de saúde e por uma crise vivida pela população, que destituída de meios para o cuidado fundamental à sua saúde, buscou organizar-se para a conquista de seus direitos. Após 27 anos pelo direito universal à saúde, cabe perguntar: qual crise há hoje? Quais superações devem-se almejar para que as conquistas do SUS continuem? (Santos, 2014)

Houve muitos avanços nestes 27 anos de implementação do SUS, como afirma Santos (2014), com o acesso a um sistema de saúde antes impossibilitado a mais da metade da população. Nestes anos houve acumulação de experiências e práticas no que concerne à atenção básica, atenção integral, saúde mental, a clínica ampliada, programas de HIV/Aids, entre outros. Avanços na

participação social, por meio dos conselhos de saúde, como local de disputa dos variados atores sociais que compõem o campo da saúde de um determinado território.

Apesar destes avanços, há perdas que levam a um cenário de precarização dos serviços e do sistema de saúde, como: a não garantia dos 30% do Orçamento da Seguridade Social, garantido nas disposições transitórias da Constituição Federal de 1988 e a variação nominal do PIB que se mantém em queda. De acordo com Santos (2014, p.20): “[...] nosso per capita anual de recursos públicos para o SUS permanece bem abaixo do Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica, e seis vezes menor que a média dos 15 países com sistemas públicos de saúde mais avançados”. Este desmonte financeiro acarreta variadas formas de precarização dos serviços, desde péssimas instalações prediais, com falta de equipamentos e instrumentos, até condições de trabalho insuficientes para a efetivação do cuidado em saúde almejado nas esferas da atenção.

O subfinanciamento incapacita a efetivação do SUS em vários níveis, como na atenção básica, que deveria ser a porta de entrada e o equipamento de cobertura amplo do sistema, apresenta-se restrito a processos curativos de aquisição de receitas e medicamentos. Este impedimento deriva-se pela pouca resolubilidade dos agravos e/ou doenças trazidas pela população na atenção básica, devido: tanto à precarização dos serviços, quanto pelo modelo de saúde privado e individualista, que se encontram preconizados como alternativas eficazes no cuidado à saúde. Neste contexto, os usuários recorrem aos serviços de média complexidade para a solução de seus agravos, no aumento das demandas e filas de espera para os atendimentos especializados. O modelo de saúde que passa a ser gerido é aquele operado por meio de uma demanda imediatista, que busca sobre os bens de consumo o tratamento à saúde. Este modelo intensifica as redes privadas, e junto delas as formas de medicalização, que individualizam o sofrimento e compreendem o cuidado em saúde como cura de um organismo (Santos, 2014).

Diante da conjuntura apresentada, compreende-se que crise na saúde é permanente, já que a luta por cidadania e a garantia de direitos não se esgotam em um determinado tempo e, tratando-se de demandas político-sociais, elas se estendem sobre os conflitos históricos e suas necessidades. A crise não deflagra apenas as impossibilidades presentes na realidade, ela possibilita avançar, construir, na ação coletiva, iniciativas que atualizam novas demandas e rupturas. Algumas que já foram iniciadas desde a Reforma Sanitária dos anos 1980, e outras como demandas emergentes. Como afirma Fleury (2009, p.162):

[...] está na hora de perguntarmos qual é, hoje em dia, a questão democrática em saúde: aquela que nos permita a convergência dos diferentes discursos e propostas progressistas e encaminha um projeto de transformação, capaz de provocar rupturas

estratégicas em direção à Reforma Sanitária.

As crises levantadas há 27 anos não são as mesmas, a implantação do SUS permitiu, como afirma Fleury (2009), a emergência de outras demandas e com níveis de complexidade distintos aos que existiam nos anos 1980. Porém, as iniquidades ainda persistem como marcas não superadas pelo sistema, as quais podem ser pensadas ao menos sob três alternativas: 1 – construção efetiva de um sistema de saúde integrado e sistêmico (Campos, 2014); 2 – tomar o critério político da equidade como dimensão organizante das estruturas, programas e projetos do SUS (Fleury, 2009); 3 – formação de profissionais e usuários por meio de práticas e conhecimentos que valorizem a vida pública e os processos coletivos de produção (Scarcelli & Junqueira, 2011).

O SUS, em seu percurso histórico, buscou construir variadas formas de organizar seu sistema para combater a política paternalista e clientelista secular, presente nos serviços públicos brasileiros. Com mecanismos de cogestão que possibilitem espaços coletivos de deliberação e controle social, como: as Comissões Regionais; Comissão Tripartide, nível nacional; Comissão Bipartide, nível estadual, entre outras. Apesar de haver alternativas para um funcionamento sistêmico e integrado, as relações entre estado e mercado agravam a situação de fragmentação do SUS, as quais guiam as soluções das problemáticas presentes nos serviços públicos com práticas de privatização direta ou indireta dos serviços. Privatizações estas que facilitam e contribuem à elite do país, empresas e grupos de interesse, a apropriarem-se dos fundos públicos convertendo-os em bens privados. Em conjunto à lógica da privatização, outro elemento que contribui para a fragmentação do sistema são as formas de contrato de profissionais para a gestão por meio de cargos de confiança, até mesmo aos níveis locais, os quais buscam gestar os serviços a partir das necessidades dos grupos que se encontram no poder municipal e estadual (Campos, 2014).

A lógica privatizante e paternalista fragiliza o sistema, destituindo a capacidade do gestor em decidir as prioridades, as exigências e as necessidades presentes no território. Território que se encontra fragmentado e dependente das demandas políticas partidárias locais, bem como, das empresas que gestam o dinheiro público. A governabilidade fica comprometida e as normas recomendadas pelo sistema ficam submetidas às necessidades particulares (Campos, 2014).

Campos (2014) apresenta como alternativa a estas problemáticas a constituição do SUS como uma autarquia especial a ser integrada ao Ministério da Saúde e a outras instâncias organizacionais do sistema. O SUS seria organizado por Regiões de Saúde as quais construiriam uma rede de atenção integral que congregassem as redes de atenção: a atenção básica, hospitais, organizações sociais e fundações privadas. Outro elemento para construir um SUS sistêmico e integrado é a garantia de 8% do PIB, com investimento de ampliação da Atenção Básica para 80% a

90%, da população. Este investimento possibilitaria o fortalecimento da Atenção Básica como serviço capaz de resolver mais de 80% dos agravos e/ou doenças, por meio da promoção, prevenção e cuidado especializado à saúde.

Outra alternativa a ser pensada para a superação das iniquidades presentes no SUS após 27 anos é: “ [...] entender que todas as questões estruturantes do problemas do SUS devem ser pensadas à luz do critério político da equidade e não como um conjunto progressivo de ações administrativas” (Fleury, 2009, p.162). Apropriar-se da equidade como critério político possibilita organizar e projetar o SUS para além de ações contínuas, mas ações que se efetivem frente às realidades necessárias a serem transformadas.

Como afirma Fleury (2009), pensar para além do montante de dinheiro que é necessário à saúde, mas como este dinheiro vai ser destinado, investido e distribuído. Não projetar o sistema apenas pelas demandas quantitativas, quantas Unidades Básicas de Saúde devem ser instaladas, mas em quais territórios e com quais especificidades. Quais programas e serviços necessitam de mais recursos? Porque isentar impostos nos planos de saúde das classes média e alta, ao invés de investir estes recursos no sistema público? São algumas questões que devem ser levantadas.

Um terceiro desafio é buscar processos de formação de profissionais e usuários que valorizem a vida pública (Scarcelli & Junqueira, 2011). Uma formação que vai além de capacitações ou instruções normativas, as quais permitam aos profissionais e aos usuários compreenderem o trabalho em saúde como uma prática viva, que requer processos de criação constantes para lidar com as necessidades que se apresentam à realidade. Estes processos de criação exigem disposição às ações democráticas, que incluam em suas relações: os conhecimentos dos profissionais; suas sensibilidades à realidade trabalhada; o respeito às construções coletivas, as quais não priorizam hierarquização, mas possibilidades de reconhecimento do outro como agente iniciador de práticas transformadoras.

Ter saúde é ser capaz de traçar, ao nível do sujeitos e do coletivo, as trajetórias de cuidado aos níveis da promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Compreender o SUS como sistema guiado por princípios democráticos é entendê-lo como campo de enfrentamento a esta estrutura político-econômica neoliberal, que propaga formas de marginalização e redução da vida ao mercado.

5.2 Direitos humanos, vulnerabilidade e saúde nos quilombos

Os desafios enfrentados pelo SUS vão repercutir nos modos como as políticas públicas de saúde vão ser desenvolvidas em níveis regionais e locais. Nas comunidades quilombolas, enquanto território negro, os desafios encontram-se na intensificação das discussões sobre equidade.

A atenção à saúde da população quilombola vem sendo fortalecida e discutida desde 1990, iniciada com a mobilização da Marcha Zumbi dos Palmares, a qual repercutiu na criação, em 1995, do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, na criação do subgrupo Saúde. Em 1996 houve a introdução do quesito raça e cor nos sistemas de informação da saúde, bem como, a resolução nº 196/1996, com a exigência do marcador racial em qualquer pesquisa envolvendo seres humanos. Após 10 anos, no Conselho Nacional de Saúde de 2006, é apresentada e debatida a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), enquanto proposta política que objetiva refletir e modificar as condições de vida, desigualdades e injustiças sociais sofridas pela população negra. Em 13 de maio de 2009, por meio da portaria nº 992, foi instituída a PNSIPN, a qual foi oficializada em 20 de novembro de 2010, por meio da Lei nº 12.288. Pensar a saúde das comunidades quilombola é colocar em pauta os conflitos étnico-raciais e a luta pela terra como marcadores fundantes das desigualdades históricas vividas por este grupo no país (Araújo & Silva, 2015).

Os dados socioeconômicos e a situação dos domicílios das comunidades quilombolas são reveladores sobre as problemáticas enfrentadas por estas comunidades no campo da saúde: das 80 mil famílias cadastradas no cadastro único (CADUNICO), 64 mil delas, 79,78% são beneficiários pelo Programa Bolsa Família; 74,73% das famílias quilombolas estão em uma situação de extrema pobreza; e 24,81% não sabem ler. Estes dados desdobram-se na situação domiciliar vivida pelas comunidades, que apresentam as seguintes condições (SEPPIR, 2013, p.17):

- 48,7% possuem piso de terra batida;
- 55,21% não possuem água canalizada;
- 33,06% não possuem banheiro ou sanitário;
- 54,07% não possuem saneamento adequado (15,07 possuem esgoto a céu aberto e 39%, fossa rudimentar)
- 57,98% queimam ou enterram o lixo no território e apenas 21,19% possuem coleta adequada;
- 79,29% possuem energia elétrica.

Quanto ao percurso educacional dos quilombolas, o levantamento realizado pelo Ministério do Desenvolvimento social (MDS, 2008) com 2.300 sujeitos, apresenta que cerca de: 74% dos chefes de famílias estudaram até o ensino fundamental; 15,7% cursaram o ensino médio, sendo que destes apenas 1,5% chegaram ao terceiro ano; apenas 1,5% dos entrevistados ingressaram na universidade e destes, apenas 0,7% se formaram. Estes dados refletem nas dificuldades de leitura e

analfabetismo dos chefes de família quilombola, que somam um total de 46% da população.

Como afirmam Seffner et. al (2012), a educação apresenta-se como base fundamental no acesso à saúde, como um dos elementos que irão determinar as condições de vulnerabilidade de determinado grupo, ou seja, o acesso à educação de qualidade possibilita maior capacidade de resposta aos agravos e/ou doenças presentes em um território, o que diminui a vulnerabilidade dos sujeitos, grupos e coletivos.

Ao encontro destas afirmações, a pesquisa de Melo e Silva (2015, p.180) apresenta uma relação inversamente proporcional entre os anos de estudos e a prevalência de doenças crônicas em comunidades quilombolas do Pará: “Quanto menor os anos de estudo, maior prevalência das doenças crônicas [...] a prevalência de doenças crônicas faz-se mais forte entre indivíduos de menor poder aquisitivo e menos anos de estudo [...]”.

Para uma especificação mais detalhada das condições sanitárias das famílias quilombolas, a Chamada Nutricional Quilombola, realizada pelo MDS (2008), na qual participaram 16.200 pessoas oriundas de 60 comunidades de todo o Brasil, incluindo adultos, crianças e idosos, afirmam que: 58,5% das famílias quilombolas não possuem sanitário. Quanto ao acesso à água, apenas 29,6% têm acesso por meio da rede pública, 43,8% buscam água em poços e nascentes, e outras 11,7% das famílias adquirem água através de cisternas, água da chuva, açudes, represas e barragens. No que tange ao esgoto sanitário apenas 3,2% das famílias têm acesso à rede pública, 45,9% das famílias vivem em condições inadequadas, sendo o esgoto realizado em valas e a céu aberto. As que se utilizam de fossa séptica e rudimentar somam 50,3%.

Os dados apresentados pelo MDS (2008) vêm ao encontro das pesquisas realizadas por Melo e Silva (2015), Pinho et al. (2015), Bezerra et al. (2014), Vieira e Monteiro (2013) e Silva (2007), os quais realizaram estudos em comunidades quilombolas específicas situadas no interior dos Estados de Minas Gerais, Bahia, Goiás e Paraíba, respectivamente. Os estudos apontam para a persistência das condições sanitárias precárias e a falta de infraestrutura básica para a manutenção ideal da saúde.

A negligência no acesso às condições sanitárias ideais, como afirmam Pinho et al. (2015) e Oshai e Silva (2013), apresenta-se como um dos fatores no desenvolvimento de agravos nas comunidades estudadas, já que muitas doenças parasitárias e infecciosas são desenvolvidas em condições insalubres e pelo consumo de água não tratada. Tais condições repercutem nos dados da Chamada Nutricional realizada pelo MDS (2008) quanto à incidência de diarreia nas crianças quilombolas, que foi de 17,8% em uma amostra de 2.927 crianças, bem como os dados levantados pela pesquisa de Melo e Silva (2015) em uma comunidade quilombola no Pará, que teve um total de 59 participantes entre homens e mulheres, a qual mostra que 50,9% da população apresentam

doenças de pele, morbidade prevalente em comunidades com condições sanitárias precárias.

Quanto ao tipo de ocupação, a pesquisa de Silva (2007), que objetivou apresentar as condições sanitárias da Comunidade Caiana dos Crioulos na Paraíba, que tem um total de 562 moradores, mostra que 98,24% de mulheres e homens dedicam-se à pequena agricultura e poucos homens trabalham na construção civil (1,46%). O estudo de Pinho et al. (2015), realizado em uma comunidade quilombola do norte de Minas Gerais, com total de 3.140 moradores, mostra que as ocupações predominantes são as de estudante e lavrador, com índices de 41,7% e 36% respectivamente, seguida pela ocupação do lar, com 5,3%. Já o trabalho desenvolvido por Bezerra et al. (2014), em uma comunidade na Bahia, em que foram entrevistados 797 adultos e 130 crianças, mostra um elevado índice de desemprego, sendo que 51,2% dos entrevistados não trabalhavam, contra 48,2% dos que estavam empregados. Os trabalhos na terra, como apontam Melo e Silva (2015) e Vieira e Monteiro (2013), ocorrem em sua maioria em roçados que circunvizinham a comunidade e os quintais das casas, no plantio de hortaliças, mandioca, e grãos como feijão e milho. A maioria das famílias associa o trabalho rural a outros tipos de atividade laboral para garantir o sustento. O trabalho na roça caracteriza-se pelo autossustento e pela venda do excedente que é comercializado nas feiras da região.

As pesquisas desenvolvidas por Melo e Silva (2015), Pereira et al. (2015), Bezerra et al. (2014), Vieira e Monteiro (2013), Oshai e Silva (2013), Costa (2012), Oliveira et al. (2012) e Freitas et al. (2009) afirmam que uma das dificuldades prevalentes das populações quilombolas no acesso à saúde, ou aos equipamentos das políticas públicas, é a distância das unidades básicas e hospitais, bem como, a inexistência ou precariedade do transporte público.

Nas tentativas de resistir em seus territórios e preservar seus modos de viver, as comunidades quilombolas fixaram-se em territórios de difícil acesso e distante dos centros. Este histórico de isolamento geográfico e político-econômico levou as comunidades à falta de estrutura para o acesso às necessidades básicas, como o direito de ir e vir. Como revela a fala de um morador da Comunidade Quilombola Murumurutuba, em Santarém – Pará: “ [...] *quando a gente adoece faz chá, toma, se não der jeito aqui, se não tiver transporte, a gente coloca na rede, pendura num pau, e vão levando pendurado até lá na Curuaína, pra levá para Santarém*” (Freitas et al. 2009, p. 95).

Os dados nacionais apresentados sobre as comunidades quilombolas, não diferem em Alagoas. No estudo realizado por Riscado e Oliveira (2011), em 23 comunidades abrangendo 415 sujeitos entre homens e mulheres de 13 a 60 anos, mostra as condições de vida das comunidades quilombolas, as quais apresentam renda familiar média de R\$236,29, para o sustento de quatro pessoas. Os índices de pessoas que frequentaram a escola apontam para: 53,3% da população com o Ensino Fundamental, 14,2% com ensino médio e apenas 0,5% com ensino superior. Apesar de

53,3% terem frequentado o ensino fundamental, apenas 41,4% lê com facilidade, sendo que 55,7% têm dificuldade na leitura ou não conseguem ler (Riscado e Oliveira, 2011). De acordo com Ferreira et al. (2011), no estudo sobre a condição nutricional e de saúde de crianças quilombolas alagoanas, avaliou 973 crianças de 6 a 59 meses, dentre 39 comunidades quilombolas no Estado, bem como as condições de vida das famílias a que estas crianças pertenciam, encontrou que: 75,9% quilombolas frequentaram a escola até quatro anos, apenas 24,1% tiveram mais que quatro anos de estudo.

O estudo de Ferreira et al. (2011) supracitado permitiu o levantamento socioeconômico, demográfico e de condições de saúde que auxiliam no retrato da realidade da saúde das comunidades quilombolas no Estado. Das 973 crianças e famílias avaliadas 60,8% pertenciam à classe E (similar ao índice nacional com 57,5% das famílias quilombolas) (MDS, 2008) e 76% estavam inscritas no Programa Bolsa Família. Quanto ao sistema de abastecimento de água e saneamento básico, 36% não são abastecidas pela rede pública, utilizando-se de poços, cacimbas, rios e açudes. Destas, 35,1% não tratam a água a ser consumida. Famílias com habitações com esgoto sanitário inadequado (fossa sem tampa e esgoto a céu aberto) equivalem a 46,3% do total das famílias quilombolas do Estado. Estas condições elevam o índice de diarreia entre as crianças avaliadas, equivalente a 33,8%, maior que o índice nacional de 17,8% das crianças. Um dado relevante que mostra a situação de precariedade de saúde vivida pela população pré-escolar foi a identificação de que 52,7% das crianças apresentam níveis de anemia.

Outro dado que revela as condições sociais precárias no Estado, é o estudo de Souza et al. (2015), o qual busca analisar a tendência temporal de mortalidade masculina por causas externas segundo raça-cor da pele nos estados do nordeste e sudeste. O aumento da taxa de mortalidade por causas externas tem uma relação estreita com as desigualdades sociais, iniquidades, injustiça social, negligência de direitos e aumento da vulnerabilidade de sujeitos, grupos e populações. No estudo realizado houve um crescimento de morte considerável por causas externas entre homens negros no Estado de Alagoas, entre o período de 2009 a 2011. O crescimento de mortes por causas externas de homens negros neste triênio (taxa de 32%) foi 5 vezes maior quando comparado aos homens brancos (taxa de 6,3%). Este dado aglutinado às informações anteriores revela a situação de vulnerabilidade e as condições de saúde vividas pela população negra alagoana.

Como afirmam Silva et al. (2015), as desigualdades sociais expressam-se nos corpos da população negra, os quais refletem as indisponibilidades dos recursos, serviços sociais e de saúde públicos, acessíveis em seu cotidiano. A trajetória aos serviços de saúde passa pelo acesso à educação, informação, conhecimento e redes de apoio, os quais irão orientar a capacidade que os sujeitos e seus coletivos dispõem à promoção e ao cuidado em saúde. A negligência neste acesso aos serviços, ou serviços prestados com qualidade precária à população negra, apresenta estreita

relação com o racismo, como ideologia estrutural que gera mecanismos que se expressam nas relações face a face da vida social em forma de discriminações e preconceitos, os quais atuam em impedimentos da plena disponibilidade destas populações aos equipamentos de saúde.

A própria vivência da discriminação racial, como afirmam Silva et al. (2015), experienciada cotidianamente, apresenta-se como um fator desencadeador dos processos de adoecimento, ainda mais quando esta violência ocorre em decorrência destes equipamentos de saúde, que deveriam acolher e cuidar, mas realizam o oposto em seu fazer institucional, impedindo, humilhando e negligenciando o cuidado à vida a negros e negras. Esta vivência gera angústias e sofrimentos que passam desde medos intensos, a pensamentos de desconfiança e a sensações de incapacidade de cuidar do seu agravo e de promover suas condições de saúde.

As vivências de discriminação experienciadas pelos quilombolas nas relações com as instituições de saúde caracterizam-se, como afirma Silva (2010), enquanto racismo institucional em saúde, ou seja, práticas realizadas no cotidiano das instituições de saúde que não promovem a igualdade racial, ao contrário, reproduzem a lógica segregadora que além de excluir, impede e dificulta grupos, sujeitos e coletivos ao acesso à saúde. O racismo institucional atua de modo a fragilizar as relações e os vínculos da população negra junto aos profissionais e aos objetivos dos programas de saúde.

Para compreender estas iniquidades e negligências no acesso à saúde da população negra, a noção de saúde baseada nos direitos humanos apresenta-se como uma proposta teórico-metodológica que auxilia na análise e no entendimento destes impedimentos vividos pelas populações quilombolas no Brasil. Como afirmam Ayres, Paiva e Buchalla (2012), nesta perspectiva, a saúde passa a ser compreendida como direito que deve ser garantido pelo estado e seu não-cumprimento expressa-se como uma violação na promoção da vida e na construção de possibilidades de cidadania.

Garantir o direito à saúde da população quilombola evidencia a luta pela igualdade, a qual se torna possível se for implementada no combate às injustiças sociais vividas historicamente por este grupo social, no acompanhamento das suas diferenças e peculiaridades. Diferenças estas que foram engendradas no percurso histórico e político de marginalização das comunidades quilombolas. Nestes processos de exclusão sistemáticos, o estado brasileiro apresenta-se como responsável, no momento em que pouco interveio sobre a garantia dos direitos fundamentais aos quilombolas, frente a mais de 500 anos de história, porque apenas em 2010, como citado anteriormente, o direito à saúde foi garantido pela Lei nº 12.288 a esta população (Arruti, 2009).

O campo do cuidado, para Ayres, Paiva e Buchalla (2012), não se limita às normas técnicas que operam com êxito em relação a um determinado tratamento. O ato de cuidar dimensiona-se na

relação entre cuidadores e cuidados, no qual o diagnóstico provido pelo êxito técnico é interpelado por produções intersubjetivas que impedem a execução deste de forma prescritiva, sem antes passar pelo crivo da interpretação e das necessidades que demandaram o encontro ao cuidado. A técnica é confrontada com seu sucesso prático, no encontro entre usuários e profissionais, com diferentes conhecimentos capazes de mobilizar recursos para que os impedimentos produzidos pelos agravos em saúde permitam que os projetos de comunidades, pessoas e grupos possam seguir seu curso.

Como afirmam Gruskin e Tarantola (2012), a noção da saúde e direitos humanos permite analisar o desenvolvimento de determinada política em um território, compreendendo se a mesma está favorecendo a mitigação das desigualdades e a superação das situações de vulnerabilidade, ou se ela faz perdurar as assimetrias de acesso e qualidade aos serviços públicos de saúde. Vulnerabilidade compreendida de acordo com Ayres, Paiva e França Jr. (2012) como a síntese de elementos que levam a maior suscetibilidade de grupos, sujeitos e coletivos a certos agravos e/ou doenças, bem como, à menor capacidade de resposta a estes agravos devido a dificuldades e impedimentos no acesso a certos recursos, equipamentos e conhecimentos.

Na compreensão de Ayres, Paiva e Buchalla (2012), a vulnerabilidade em saúde deve ser compreendida e utilizada para além das determinações epidemiológicas e passar a nortear as relações entre a saúde e o direito. Nesta perspectiva não vale falar de vulnerabilidade, mas em dimensões de vulnerabilidade que se referenciam mutuamente, as quais se compõem em, ao menos, três níveis: individual, social e programático.

A vulnerabilidade individual refere-se aos recursos produzidos nas relações intersubjetivas entre sujeitos, seus grupos, redes de apoio e coletivos que produzem valores, desejos e crenças, os quais orientam a capacidade destes de agirem frente aos agravos e cuidados em saúde no seu cotidiano. A dimensão social define-se como as relações sociais que estruturam os contextos de interação presentes na vida das pessoas e comunidades. Os marcadores de gênero, raça-etnia, religiosidade, sexualidade, idade, entre outros, bem como os marcos legais presentes no território, o acesso a emprego, à saúde integral, e à educação de qualidade, que irão determinar o poder de ação, mobilização, proteção de sujeitos e coletivos no acesso e garantia à saúde (Ayres, Paiva e França Jr., 2012).

Por fim, a terceira dimensão, denominada de programática, refere-se aos aspectos institucionais das políticas públicas e dos programas de saúde implementados em determinado território. Refere-se à capacidade de respostas às especificidades culturais, sociais e políticas presentes no cuidado à saúde de uma determinada população. Esta dimensão permite compreender se os governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde, sem discriminação, com a participação popular e de forma igualitária aos variados grupos e atores sociais (Ayres, Paiva e

França Jr., 2012).

A análise da vulnerabilidade programática dispõe de quatro elementos para compreender se a política pública implementada está garantindo o direito à saúde e aumentando a capacidade de resposta aos agravos e/ou doenças à população. Ou, se estão atuando de modo a negligenciar este direito e aumentando os níveis de vulnerabilidade de determinado grupo e coletivo frente aos agravos enfrentados em seu dia a dia, são eles: a **disponibilidade** dos programas e serviços com instalações adequadas; equipes de saúde necessárias à abrangência do território, o que promove o atendimento integral e igualitário à população; a **acessibilidade** aos serviços, os quais devem ser implementados sem discriminação, ao alcance físico com prioridade de acesso às populações mais vulneráveis e com plena troca de informação e conhecimento entre usuários, profissionais, gestores e instituições de saúde; a **aceitabilidade** dos serviços e programas implementados aos valores, crenças, princípios que orientam os modos de agir e enfrentar os cuidados em saúde dos grupos envolvidos, interpelando suas práticas por meio dos marcadores de gênero, raça-etnia, religiosidade, territorialidade, idade, sexualidade; e por fim, que os serviços prestados apresentem a **qualidade** devida para que a garantia do acesso, a proteção e a promoção em saúde se efetivem de forma plena aos sujeitos que dela participam (Ayres, Paiva e França Jr., 2012; Gruskin e Tarantola, 2012).

É sobre este cenário da saúde como luta por direitos, que o PBQ articulado PNSIPN, discutidos na introdução do trabalho, são elaborados para garantir, por meio da proteção jurídica, o acesso aos recursos, condições de resolubilidade às desigualdades e às injustiças suscitadas no cuidado à saúde presentes nos territórios quilombolas.

Com referência a estes marcos legais, o PBQ busca junto ao Ministério da Saúde ações que fortaleçam a Atenção Primária em Saúde, na instalação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de saúde Bucal nas comunidades quilombolas do Brasil: com a intensificação da Política Nacional de Atenção Básica; com a Portaria 822/GM, publicada em 17 de abril de 2006, que incentiva por meio de um acréscimo de 50% de recursos às ESFs instaladas em comunidades quilombolas. Esta portaria repercute na implementação das ESFs nos territórios quilombolas, que em 2006 constavam apenas com 36 equipamentos e em 2011 passaram a ter 2.008 ESFs instaladas nas comunidades por todo o país (SEPPIR, 2013).

5.3 Fortalecimento da Atenção Básica nos territórios quilombolas

A política de fortalecimento da Atenção Básica, com objetivos de ampliar as ESFs nas comunidades quilombolas vem como resposta às condições de saúde precárias relatadas anteriormente, vividas pelas comunidades de todo o Brasil. As UBSs e as ESFs são centrais para ampliação e garantia da equidade em saúde para comunidades quilombolas, como espaço possível

no acompanhamento de seus moradores.

A pesquisa de Oshai e Silva (2013) sobre as condições de saúde de comunidades quilombolas na Amazônia paraense revela que 57% das ações de saúde são desenvolvidas apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não havendo contato da comunidade com outros profissionais. No relato dos moradores, o momento de encontro com outros profissionais acontece nas campanhas de vacinação, as quais abrangem 43% da população quilombola do estado. Estas dificuldades de acesso também se fazem presentes na comunidade Jardim da Prata, localizada no Norte de Minas Gerais. Em pesquisa realizada por Marques et al. (2010), um de seus moradores relata haver contatos com os profissionais de saúde apenas nas campanhas de vacinação.

A dificuldade de acesso físico, por falta de infraestrutura, falta de estradas, ausência de transporte público e pela distância das comunidades dos serviços de saúde, são relatados em outros estudos, como o de Freitas et al. (2009) realizado nas Comunidades Saracura e Murumurutuba no Pará, no qual os serviços de saúde mais próximos encontram-se cerca de 25 km e 15 km das comunidades respectivamente. O contato dos moradores de Murumurutuba com o serviço de saúde é feito pelo agente comunitário que tem de dividir duas áreas de cobertura.

Na pesquisa realizada por Pereira, Silva e Santos (2015), em duas comunidades no Rio Grande do Norte e uma no Pará, a situação da distância e as dificuldades de locomoção até os serviços de saúde se repetem. As três comunidades pesquisadas encontram-se entre 10 km a 15 km das sedes dos municípios e as Unidades Básicas de Saúde mais próximas estão distantes entre 6 km a 9 km das comunidades. A comunidade do Pará está sem ACS há quatro anos, o que impede o acompanhamento minucioso das famílias. São recorrentes os relatos de filas de espera, faltas de médicos e pouco contato com os agentes comunitários da área. O que obriga os moradores irem até a unidade para agendar atendimento e terem que voltar outro dia. Ainda no estado do Pará, o Mola, região conhecida por abrigar 08 comunidades, os relatos de não assistência, tanto na inexistência de visitas, quanto na dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde persistem. Eles buscam a sede do município, porém para chegar até o destino os quilombolas viajam por horas de barco.

Estes cenários continuam a se repetir em outros contextos, como em uma comunidade do agreste de Alagoas, a qual para ter acesso à Unidade Básica, os moradores tinham de andar 12 km. As visitas na comunidade eram esporádicas e levavam de 2 a 3 meses. Relatos de negligência no atendimento às pessoas oriundas do campo (quilombolas, assentados e indígenas) eram persistentes, os quais afirmaram ouvir dos profissionais que eles estavam sujos e com vestimentas não adequadas para o atendimento (Fernandes et al., 2010).

Estas constatações quanto às dificuldades no acesso pela falta de infraestrutura básica, vêm ao encontro das pesquisas de Vieira e Monteiro (2013), Costa (2012) e Ianni et al. (2007). Tais

pesquisas mostram que as dificuldades de acesso às políticas públicas nas comunidades quilombolas, ainda estão atreladas a condições básicas de transporte, estradas e de barreiras físico-geográficas como rios, encostas, serras que devem ser transpostas.

Já nas comunidades que apresentam em seu território Unidades Básicas de Saúde, ou que são abrangidas pela Estratégia de Saúde da Família, há avanços, mas ainda persistem dificuldades. Um exemplo é o estudo realizado por Marques et al. (2010), que vem ao encontro da necessidade de fortalecimento da Política de Atenção Básica nos territórios quilombolas. A pesquisa relata a situação de saúde de duas comunidades do norte de Minas Gerais: Buriti do Meio que é atendida por uma ESF e Jardim da Prata que não é atendida por esta estratégia. Mesmo com as condições precárias de infraestrutura presentes em ambas as comunidades, as quais se enquadram ao panorama nacional já apresentado, a comunidade que é atendida pela ESF apresenta algumas condições diferenciais como: visitas dos ACS, a presença de grupo de hipertensos e diabéticos, exames regulares realizados pela enfermeira, bem como, encaminhamentos aos centros especializados.

A instalação da ESF possibilitou a visibilidade dos enquadres epidemiológicos presentes na comunidade e a construção de estratégias para solucioná-los. Já a comunidade Jardim da Prata apresenta uma condição de saúde negligenciada, sem nenhuma ação permanente e com atendimentos de saúde esporádicos. Não há dados epidemiológicos elaborados e o conhecimento sobre a situação da saúde foi colhida pela pesquisa por meio de relatos de membros da própria comunidade (Marques et al., 2010).

Apesar destas diferenças, há momentos que os relatos dos moradores, de ambas as comunidades se encontram. A falta da contratação de um médico há cinco meses, relatada na comunidade Buriti do Meio, leva seus moradores a seguir o mesmo caminho dos membros da comunidade Jardim da Prata, que não assistidos, necessitam ir à cidade buscar atendimento quando encontram-se em situações de agravo e/ou doença: *“E como a comunidade faz, quando precisa de médico? Tem que arrumar transporte particular, ou táxi, que custa uns R\$70,00 a R\$80,00 para São Francisco.”* (Marques et. al, 2010, p.160)

A pesquisa realizada por Silva (2007) na Comunidade Caiana dos Crioulos na Paraíba é similar à situação de Buriti do Meio. A pesquisa relata a existência de uma Unidade Básica de Saúde na comunidade, porém esta vem funcionando com limites de horários e com carência de profissionais, o que impede o atendimento integral à população. Além disso, os serviços especializados como hospitais e laboratórios encontram-se distantes da comunidade, o que dificulta a construção de uma rede de referência e contra-referência nos serviços.

Este cenário de precariedade nos serviços instalados nos territórios quilombolas persiste, como na pesquisa realizada por Fernandes e Santos (2013) em uma Unidade Básica de Saúde

localizada em uma comunidade do agreste alagoano, que apesar de ter a infraestrutura ideal para seu funcionamento, apresentava escassez de profissionais para o atendimento e, falta de projetos específicos para as demandas da população negra.

Frente às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, as comunidades quilombolas buscam solucionar seus agravos e/ou doenças com base em práticas populares arraigadas em seus territórios, tendo nas ervas e nos saberes populares, práticas para o cuidado de seus filhos, netos, maridos, mães, vizinhos. 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 e puxadores (Santos e Silva, 2014; Vieira e Monteiro, 2013; Freitas et al., 2009 e Silva, 2007).

Para compreender o cuidado em saúde nas comunidades quilombolas, não se deve tratar os conhecimentos populares apenas enquanto efeito dos processos sistemáticos de exclusão vividos por esta população. Eles são efeitos deste processo, mas também 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.

A relevância da política de atenção básica à saúde nas comunidades quilombolas pode ser confirmada com base em pesquisas que revelam que os agravos e/ou doenças prevalentes nas comunidades são: hipertensão arterial, anemia falciforme, doenças infecto parasitárias, diabetes, doenças crônicas ligadas ao aparelho digestivo, doenças de pele, alcoolismo, tabagismo e afecções oftalmológicas. Agravos que podem ter alta resolubilidade se esta política estivesse efetivada de forma plena nestes territórios (Cardoso et al. 2015; Melo e Silva, 2015; Pereira et al., 2015). Os agravos e/ou doenças predominantes nas comunidades devem-se às situações de vulnerabilidade e as precárias condições de vida experienciadas nas comunidades quilombolas, as quais podem ser superadas pela Atenção Básica que tem por objetivo: ampliação da abrangência para o cuidado em saúde nos territórios; acompanhamento longitudinal dos agravos recorrentes ao nível individual e coletivo; prevenção, promoção e educação em saúde; criação de estratégias de cuidado por meio do princípio da equidade e de acordo com as necessidades da comunidade (Pinho et al., 2015; Bezerra et al., 2014; Bezerra et. al, 2013; Silva 2007).

Para Oliveira et al. (2012), a atenção básica define-se por um conjunto de ações que buscam em níveis individuais e coletivos, proteção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Ela apresenta-se como a porta de entrada, o primeiro contato dos sujeitos ao serviço público de saúde, e no caso das comunidades quilombolas, o equipamento de saúde de maior potencial para acompanhamento dessa população. O relato de uma médica cubana, do programa mais médicos, entrevistada na pesquisa de Pereira et al. (2015, p.44), fortalece a

importância da atenção básica na resolubilidade dos agravos e/ou doenças:

Eu fui formada de uma maneira clínica, com exame físico e um bom interrogatório. Com isso a gente consegue mais de 60% do provável diagnóstico. Você não precisa chegar até um exame terciário. Eu faço muito trabalho educativo aqui na consulta e é um dos motivos que faz com que a consulta demore mais (Médica, MM).

A pesquisa de Riscado e Oliveira (2011) sobre prevenção e vulnerabilidade no cuidado à saúde sexual nas comunidades quilombolas alagoanas, entre 2008 a 2009, enfatiza a relevância da atenção básica como principal meio de cuidado à saúde nas comunidades quilombolas de Alagoas. Dos 415 participantes 62,2% buscaram adquirir camisinhas na Unidade Básica de Saúde, seguida pelas farmácias com 52,3%. Quando a busca de camisinhas é de forma gratuita, 94% destinam-se às unidades básicas, restando 6% aos programas do governo e às ONG's. O que mostra o papel central da Atenção Básica no cuidado à saúde sexual desta população.

A busca por tratamento às doenças sexualmente transmissíveis vem ao encontro dos dados anteriores, 98% dos 415 participantes buscam a UBS como lugar de tratamento, contra 2% de médicos particulares e convênio. O mesmo se aplica a procura das mulheres quilombolas aos exames ginecológicos; das 215 participantes, 94,33% recorrem a UBS para a realização do exame. Apesar da procura das mulheres à UBS, cerca de 40% delas nunca fizeram exame ginecológico e 12,6% estão há mais de 2 anos sem realizá-lo. O que mostra ainda a ineficácia e a falta de acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde no estado (Riscado & Oliveira, 2011).

Por meio de uma análise do Projeto Mais Médicos (PMM), a pesquisa de Pereira et al. (2015) possibilita uma reflexão crítica sobre a situação precária da atenção básica nas comunidades quilombolas e as dificuldades de acesso delas ao direito à saúde, no que tange à distribuição equânime de recursos humanos nas diferentes regiões do país. Os municípios com índices elevados de escassez de médicos na atenção básica concentram-se na região Nordeste do país. Esta disparidade de profissionais de saúde afeta diretamente a vida das comunidades quilombolas, que estão em sua maioria em áreas rurais. De acordo com Pereira et al. (2015, p.38):

Dos 14.462 médicos contratados pelo Projeto Mais Médicos (PMM) nas cinco primeiras etapas, 3.390 foram alocados em 801 municípios com presença de comunidades quilombolas, ou seja, aproximadamente 23% das contratações. [...] A região nordeste foi a que recebeu a maior quantidade de médicos (1.535) [...].

Estas contratações afetaram diretamente o fortalecimento da atenção básica à saúde nas comunidades quilombolas das regiões Norte e Nordeste. Como mostram as entrevistas realizadas com moradores de uma comunidade quilombola do Rio Grande do Norte e um do Pará (Pereira et

al., 2015). As mudanças relatadas após a implantação do programa pelos moradores foram de que:

- Os médicos encontravam-se sempre presentes nas UBS *“a gente tem certeza que a médica vai tá lá para atender, então mudou né?”* (p.40);
- O atendimento foi percebido de forma diferenciada, com tempo maior na consulta, com toque no corpo e conversa: *“Achei diferente dos outros porque a gente fica muito tempo na consulta, e ela fala, olha para gente, pergunta, ai examina, tudo direitinho, parece que não está com pressa”* (p.40);
- O acompanhamento das doenças crônicas começou a existir de forma permanente.

Os profissionais e gestores das UBSs destas comunidades também observaram mudanças como: ampliação das visitas domiciliares pela equipe da UBS; práticas de educação em saúde que não existiam antes, o que possibilitou maior aderência, informação e orientação no tratamento dos usuários com doenças crônicas; ampliação do número de consultas, pela eficácia do atendimento dos profissionais frente aos agravos apresentados, levando à maior procura pelo serviço (Pereira et al., 2015).

Apesar dos avanços apresentados, os médicos contratados pelo projeto relataram dificuldades primárias encontradas para a implantação da atenção básica nestes territórios. Um problema vivido foi a privação de recursos: falta de medicamentos, instrumentos e materiais básicos para a realização do trabalho. A precariedade da infraestrutura dos municípios mostrou-se como outro empecilho no desenvolvimento pleno das atividades. Uma questão levantada foi a dificuldade da organização do SUS na construção da rede de referência e contrareferência. Os profissionais relataram que os especialistas não davam o retorno necessário a eles para realizar o acompanhamento adequado ao usuário, não apresentavam nem ao menos um diagnóstico básico para orientação médica na Atenção Básica. Afirmaram também que os profissionais anteriores não buscavam reconhecer o território, as alianças presentes no tratamento entre os saberes tradicionais junto aos medicamentos alopáticos, bem como, as especificidades no cuidado à saúde da comunidade (Pereira et al., 2015).

De acordo com Pereira et al. (2015), o Programa Mais Médicos demonstrou a viabilidade da implantação e fixação da Atenção Básica mesmo em regiões mais distantes e de difícil acesso, como é o caso da maioria das comunidades quilombolas. Possibilitou também, a fixação de médicos e profissionais de saúde nas localidades, esta como uma das principais queixas nas áreas rurais e quilombolas, presentes não só nesta pesquisa, mas também no estudo de Oliveira et al. (2012) e Santos e Silva (2014), os quais afirmam a alta rotatividade de médicos e profissionais nestas localidades.

Além disso, o Programa Mais Médicos questionou o modelo de atenção primária que vem sendo desenvolvido nas comunidades quilombolas, que restringe à atuação de forma medicamentosa, ao nível individual e com instabilidade das equipes de saúde, que se apresentam de maneira esporádica e rotativas nos serviços de atenção básica (Pereira et al. 2015).

Como afirmam Marques et. al (2010), a ampliação da Política de Atenção Básica nos territórios quilombolas não é a garantia que o direito à saúde desta população esteja assegurado, já que esta política, por vezes, instaura-se de forma precária: sem o quadro de profissionais necessários, com falta de infraestrutura para funcionamento e com práticas de saúde que atuam alheias a realidade local.

Um problema de ordem qualitativa relevante, como afirmam Silva, Gomes e Gonçalves (2014) é a não capacitação do corpo de profissionais para lidar com as necessidades e realidade das comunidades quilombolas, que exigem imersão para possibilitar o encontro dos profissionais com o cotidiano das comunidades. A incapacidade de analisar e estruturar estratégias de saúde condizentes com as especificidades presentes nos territórios negros rurais passa a ser um empecilho para que a equidade, como princípio base para lidar com as diferenças, possa se efetivar nos serviços de saúde presentes nas comunidades quilombolas.

Arruti (2009) afirma que um outro problema a ser superado pela política pública de saúde nas comunidades quilombolas é a estruturação da mesma para além de uma política redistributiva. Enquanto a política de saúde se estruturar apenas sobre este princípio, ela vai tratar as comunidades quilombolas como mais um território de pobreza dentre vários outros presentes no país. A sua implantação deve ter também como norte à política de reconhecimento, que compreenda as diferenças culturais e as trajetórias históricas de cada comunidade quilombola, e sobre elas construir estratégias para superação das problemáticas sociais enfrentadas em cada território. Não levar em conta as categorias de raça-etnia, bem como, as peculiaridades dos variados modos de vida negros rurais presentes no território nacional, é negligenciar características básicas que configuram as formas de ser e existir nas comunidades quilombolas. Esta negligência realiza uma redistribuição ineficaz, que amplia ainda mais o fosso entre o desejo do pleno acesso à saúde e a garantia deste direito às comunidades quilombolas.

6. MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa de cunho qualitativa, com base em um estudo de caso. Os pressupostos metodológicos e epistemológicos seguidos no estudo fundamentam-se na perspectiva da psicologia social latino-americana, baseados em Martín-Baró (2009) e Montero (2006), os quais propõem que pesquisar em psicologia está para além do ato de conhecer, mas de transformar a realidade que se debruça a investigação. Produzir conhecimento é possibilitar a emergência de crises que rompam as condições de dominação historicamente postas aos povos latino-americanos. Assim, esta pesquisa além de aplicar instrumentos que valorizam a fala, o discurso e a interação entre os envolvidos, como: entrevistas, diário de campo, intervenção com agente local, aponta uma decisão epistemológica e política de transposição da compreensão dualista entre sujeito conhecedor e objeto a ser conhecido para a produção dos saberes.

Nesta perspectiva epistemológica latino-americana o objeto a ser conhecido apresenta-se enquanto sujeito conhecedor, capaz de ações, decisões, carregado de valores e experiências que o colocam enquanto agente na relação de pesquisa. Portanto, o que se estabelece são inter-relações entre o pesquisador e os participantes, ambos produtores de saberes que encontram-se como agentes no desenvolvimento da pesquisa. Cada qual com seus históricos, compreensões e experiências para interpretar e lidar com a realidade vivente (Martín-Baró, 2009).

A pesquisa passa ser composta no encontro com o outro, este como alteridade capaz de deslocar o pesquisador de si e fazê-lo adentrar a um universo emergente, na produção conjunta de informações que auxiliem ambos a analisar e interpretar a realidade investigada. Este deslocamento torna-se possível quando o outro não é visto como objeto a ser capturado pelos instrumentos do pesquisador, mas como sujeito capaz de conhecimento, de compartilhar suas experiências e concepções, como sujeito produtor da realidade (Montero, 2006).

O princípio da neutralidade científica, como fundamento defendido na gênese da ciência moderna, perde-se e abre espaço à um conhecimento ético-político em relação a realidade pesquisada. Optar por uma psicologia que valoriza os saberes locais ativa a produção de conhecimentos que atualizam nos envolvidos suas capacidades de ação e transformação da realidade (Montero, 2006).

A definição de transformação aqui mencionada acompanha as compreensões da psicologia social latino-americana, de que transformar não é apenas alterar certas relações, mas é permitir a emergência de forças que buscam romper com as relações de dominação, bem como, com as experiências de desigualdade vividas em um determinado grupo, comunidade e sociedade. Há a necessidade de vislumbrar a realidade em seus campos de possibilidade, que fazem emergir as situações materiais e subjetivas de exploração vividas para delas atualizar formas de luta e

resistência (Martín-Baró, 2009).

Ao encontro desta concepção de ciência ética e politicamente engajada que a noção de saúde e direitos humanos apresenta-se como referência no desenvolvimento da presente pesquisa, como concepção que capacita a compreensão da saúde enquanto um direito fundamental que deve ser garantido a todos e capaz de alterar e transformar a realidade vivente.

Como afirma Paiva (2012), as comunidades ao apropriarem-se da saúde enquanto um direito inscrevem os atores sociais envolvidos em um plano ético-político sobre seus modos de vida e de valorização de seus saberes e histórias. Assim, para além de uma prática de saúde normativa, que dita regras do bem viver, a presente pesquisa procurou junto a comunidade pesquisada constituir conhecimentos sobre o campo de cuidado à saúde por meio de suas experiências, seus saberes e fazeres cotidianos.

A técnica dos itinerários alia-se a noção de saúde e direitos humanos quando apresentam-se a possibilidade de análise das trajetórias dos sujeitos no acesso a saúde, bem como, as concepções de mundo, crenças e valores que os acompanham a interpretação de seus agravos e/ou doenças (Santos e Silva, 2014).

A pesquisa foi realizada na Comunidade Quilombola Pau D'arco localizada no agreste de Alagoas¹, no Município de Arapiraca. Para a escolha da comunidade a ser pesquisada utilizou-se de três critérios convergentes:

- 1º Critério – Comunidade Quilombola reconhecida a mais tempo no Estado (07/02/2007);
- 2º Critério – Comunidade Quilombola que abrange o maior número de famílias no Estado;
- 3º Critério – Comunidade Quilombola que tem em seu território uma Unidade Básica de Saúde.

6.1 Procedimentos

Na primeira etapa da pesquisa realizamos um levantamento bibliográfico sendo pesquisadas teses, dissertações, livros, documentos e artigos, nas plataformas LILACS e SciELO, no campo da psicologia e na área da saúde que tratam da temática da saúde em comunidades quilombolas. Documentos de referência presentes na comunidade também foram fontes base para a produção deste levantamento bibliográfico, como o trabalho de conclusão de curso de dois moradores que tratam da história da comunidade por meio da narrativa dos idosos ali residentes. Para melhor caracterizar a realidade da assistência à saúde da comunidade Pau D'arco, buscamos por meio de requerimento à Secretaria de Saúde do Município de Arapiraca, os dados presentes no Sistema de

¹A história dos quilombos em Alagoas e a descrição detalhada da Comunidade Quilombola estudada, fazem parte do resultado da pesquisa e são apresentadas na seção correspondente.

Informação da Atenção Básica (SIAB) referente a Unidade de Saúde da Família (USF) instalada no território entre o período do mês 01 ao 06 de 2015. A fase do levantamento bibliográfico resultou na produção de resenhas, leituras críticas, produção de textos acadêmicos que auxiliaram na compreensão do campo investigado.

A segunda etapa consistiu na inserção no campo de pesquisa e foi desenvolvida através da utilização de diário de campo e por meio da iniciativa do trabalho com o agente local. O agente local é definido como uma pessoa chave da comunidade responsável para realizar mediações entre o pesquisador e a comunidade. Mediar neste caso está para além da criação de contatos, mas é a produção de laços capazes de vincular universos distintos, cada qual com seus valores, objetivos, discursos e práticas (Martins et al., 2009).

Cabe ressaltar que o agente local participante da pesquisa frequentava os dois universos que se encontraram no campo da investigação, no pertencimento a universidade como discente do curso de psicologia e ao mesmo tempo morador da comunidade. O percurso de sua vida sobre estes dois universos facilitou os processos de mediação entre pesquisador e membros da comunidade, possibilitando a emergência de lugares comuns compartilhados entre o tema da pesquisa e as necessidades da comunidade.

O trabalho com o agente local não ficou restrito a esta etapa da pesquisa, tal estratégia de ação investigativa foi fio condutor da investigação, como elemento chave para que o estudo seguisse seu curso. As ações encampadas pelo agente local no processo de pesquisa será relatado como parte dos resultados do estudo.

Assim, com o auxílio do agente local foram realizados encontros com lideranças, profissionais da comunidade e gestora da Unidade Básica de Saúde, com intuito de apresentar a proposta da pesquisa a ser desenvolvida na comunidade. Tal etapa caracterizou-se pelo reconhecimento inicial dos atores que seriam envolvidos no processo de pesquisa, com: reuniões com lideranças e agentes envolvidos; e visitas pelo território, no contato com seu cotidiano, as histórias e as problemáticas referentes aos processos de saúde/doença vivenciados pela comunidade. Estes encontros e vivências foram registrados no diário de campo e fazem parte dos resultados da pesquisa.

A terceira etapa objetivou a coleta e produção de informação junto aos informantes-chave da pesquisa, que consistiu na identificação dos itinerários terapêuticos dos moradores da comunidade em relação aos agravos de saúde vividos. Os itinerários foram mapeados por meio das narrativas dos itinerários realizados pelos moradores na busca de cuidado. Para isso, os moradores foram entrevistados por meio de entrevista semi-estruturada (Anexo I). Todos que passaram pela entrevista assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo II). Os moradores

narraram os locais, equipamentos sociais e conhecimentos procurados no momento em que estavam com algum agravo e/ou doença, apresentando as relações estabelecidas, as dificuldades encontradas e os processos de cuidado ofertados em seu itinerário terapêutico. Participaram desta etapa 05 moradores, os quais em suas narrativas possibilitaram a saturação de informações em relação ao tema pesquisado.

Os participantes da pesquisa apresentam em comum histórico de agravo e/ou doença, sendo eles distribuídos em diversas faixas etárias, como modo de abranger as diversidades possíveis de cuidados presentes na comunidade, sendo: 03 idosos, 01 adulta e 01 jovem do sexo feminino acima de 18 anos.

As 05 entrevistas realizadas foram transcritas. A análise seguiu as orientações da análise de conteúdo. Os nomes dos entrevistados não serão identificados nas análises e nem serão substituídos por outros nomes fictícios, para que não haja problema de substituição por nomes que coincidam com algum membro da comunidade. Assim, optou-se por nomenclaturas que os identifiquem por meio de sua categoria etária, como segue: J (uma jovem da comunidade); A (adulta da comunidade); I (idosa(o) da comunidade).

Bardin (2011) sistematiza três etapas no processo de análise de conteúdo: pré-análise; exploração do material; e análise do conteúdo. A pré-análise é o momento em que o pesquisador entra em contato com o material, por meio de leitura flutuante e exaustiva dos textos ou narrativas. Nesta etapa já inicia o processo de identificação das unidades de significado presentes no material, as quais posteriormente são submetidas a uma leitura sistemática na construção de categorias, no caso da presente pesquisa a escolha se deu por **categorias temáticas** elaboradas a partir das narrativas colhidas.

De acordo com Bardin (2011, p.145): “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos”. Na presente análise, as unidades de significado foram codificadas por meio de conteúdos que emergiram nas narrativas dos participantes e que se relacionam com os objetivos da pesquisa. Esta etapa de codificação das unidades de significado e categorização em temas é definida como a etapa de exploração do material.

Realizada a pré-análise e a exploração do material de forma contundente com as categorias temáticas sistematizadas, inicia-se o processo de análise no qual o pesquisador, com suas referências teóricas, vai interpretar as informações organizadas. De acordo com Bardin (2011), a análise por categoria temática apresenta-se como a técnica mais usada nas pesquisas qualitativas, pela sua eficácia na codificação das unidades de significado presentes no material a ser analisado.

Assim, após a transcrição direta das entrevistas com os moradores da comunidade quilombola, para tomar contato inicial com as informações coletadas, desenvolvemos a leitura flutuante das mesmas, como etapa de pré-análise que auxiliou na codificação das unidades de significação temática presentes nas narrativas. Concomitante às leituras flutuantes realizamos a escuta das entrevistas, como forma de resgatar o máximo de expressões produzidas no campo de pesquisa. Realizada a leitura exaustiva do material, iniciamos a etapa de leitura sistemática do texto transcrito que culminou na elaboração de quatro categorias temáticas: 1. **Itinerários Terapêuticos: caminhos para o cuidado à saúde;** 2. **A vida na comunidade quilombola e as suas concepções de saúde/doença;** 3. **Narrativas de atendimento e contato com os profissionais de saúde;** 4. **Ser quilombola: a construção de um duplo vínculo com o território e a identidade quilombola.**

Optou-se, para melhor visualização dos itinerários terapêuticos narrados, a produção de mapas analíticos (diagramas) na identificação dos itinerários, dos recursos e das táticas utilizadas pelos moradores da comunidade quilombola em suas formas de cuidado à saúde.

As dimensões de vulnerabilidade **individual, social e programática** citadas por Ayres, Paiva e França Jr. (2012); e Gruskin e Tarantola (2012), foram utilizadas como norteadores analíticos das informações coletadas como elementos capazes de analisar a implantação e desenvolvimento de um determinado programa, projeto e serviço de saúde.

A quarta e última etapa da pesquisa consistiu na devolutiva dos resultados aos moradores da comunidade Pau D'Arco, que teve por objetivo desenvolver uma avaliação sobre o processo da pesquisa e as contribuições da mesma no desenvolvimento de ações voltadas à saúde da população quilombola. Junto com a devolutiva da pesquisa foi apresentado um projeto de intervenção possível de ser desenvolvido na comunidade, elaborado com base nos resultados alcançados na investigação, como material técnico e produto final da presente pesquisa, o qual será apresentado no fim das lições aprendidas. Esta quarta etapa, apesar de ser entendida como o fechamento do estudo, apresentou-se como campo desencadeador de demandas e necessidades possíveis a serem exploradas para o desenvolvimento de novas ações, pesquisas e projetos de intervenção.

6.2 Aspectos éticos

No processo de pesquisa os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos e o instrumento da pesquisa. A pesquisa oferece risco mínimo aos participantes.

A entrevista foi realizada após a assinatura em duas vias, do Termo Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes da mesma foram convidados e sua contribuição para o estudo foi voluntária. A primeira via foi entregue ao entrevistado e a segunda arquivada. No TCLE constam os direitos do participante em relação ao material coletado como a garantia de sigilo e anonimato.

Todos os participantes eram maiores de 18 anos. As entrevistas foram gravadas em áudio e o material transcrito.

Todas as informações obtidas foram armazenadas e catalogadas de forma a proteger a identidade pessoal dos entrevistados. A eventual apresentação dos dados em eventos científicos preservará suas identidades. O anonimato e a confidencialidade também são garantidos caso trechos da fala, ou relato de acontecimentos dos mesmos forem utilizados na publicação dos resultados. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo nº: 30892514.0.0000.5561.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações a seguir apresentam-se como sínteses e elaborações produzidas no percurso da presente pesquisa. Algumas como construções teóricas que auxiliaram na leitura da localidade na qual a pesquisa foi realizada, com problematizações históricas sobre a formação das comunidades quilombolas no estado de Alagoas, bem como, a contextualização social e política do agreste alagoano como região onde se localiza a comunidade pesquisada. Outras informações possibilitaram a construção de resultados com base na experiência de campo, nas entradas iniciais ao território comunitário, no acesso a informações sobre o histórico da comunidade produzidas na relação com os moradores, que teve como base, documentos analíticos e descritivos sobre a formação da Comunidade Quilombola Pau D'arco. As informações colhidas por meio do SIAB apresenta-se também como resultado inicial da pesquisa, enquanto instrumento técnico que auxiliou na análise do desenvolvimento da política de atenção básica implantada no território.

Além dessas informações colhidas no processo inicial da pesquisa, a experiência de campo, aliada ao diário e à técnica de intervenção com o agente local, foram resultados que se construíram no desenvolvimento do estudo, e se apresentam como instrumentos capazes de construção de informações que auxiliaram a imersão na realidade investigada e dela elaborar informações complementares que ao se aliarem às entrevistas e às narrativas dos itinerários terapêuticos, objetivaram visibilidade e potencial analítico aos itinerários dos moradores da comunidade quanto aos processos de saúde/doença presentes no território.

Os resultados da pesquisa apresentam-se como trajetórias que percorrem o desenvolvimento do estudo, em acontecimentos que interceptam o ato da pesquisa, na elaboração de questionamentos diante dos objetivos da pesquisa. A compreensão de acontecimento aqui descrito define-se por Barembliitt (2012) enquanto fatos do cotidiano que possibilitam a irrupção das relações de poder presentes em um determinado grupo, comunidade, organização e instituição. Este corte que se produz sobre as formas de reprodução do cotidiano exige do pesquisador/psicólogo um reposicionamento diante das relações de poder apresentadas. Portanto, não é apenas o pesquisador que se debruça sobre a realidade e dela retira os dados necessários a serem analisados, mas é a experiência em campo, com os seus variados acontecimentos, que o capacita a analisar a realidade estudada. Diante deste entendimento é que serão apresentados a seguir os acontecimentos, os devires da pesquisa, os encontros com autores, moradores, lideranças, agente local, cenas que elaboraram os resultados do estudo apresentado.

7.1 Histórico das comunidades quilombolas em Alagoas e caracterização da comunidade pesquisada

O breve histórico das comunidades quilombolas apresentado a seguir utilizou como principais referências os estudos históricos de Lindoso (2011 e 2005) e Mello (2008). O Alagoas colonial, que até 1817 era parte da capitania pernambucana é pouco conhecido, viveu um processo de colonização realizado ao menos sobre duas trajetórias violentas de exploração, massacre e marginalização. A primeira sobre o corpo dos indígenas do sertão e a segunda sobre a vida dos negros e negras escravizados na zona da mata do litoral norte do Estado. A primeira trajetória é mais antiga e data de 1575. Desenvolveu-se com a formação da fortaleza de Penedo às margens do Rio São Francisco, o qual possibilitou a expansão da sociedade colonial ao sertão de Alagoas, na navegação de suas margens, nas rotas de gado e na exploração das trilhas indígenas daquela região. A segunda trajetória inicia-se em Porto Calvo, após dez anos da invasão de Penedo, nas matas úmidas do litoral norte de alagoano, baseada no escravismo de negros e de negras, oriundos de diversas regiões da África, que sobre o regime das sesmarias, do tráfico negreiro e da violência dos senhores de engenho, consolidam nas *plantations* de cana-de-açúcar uma das racionalidades que guiam a sociedade colonial: a Casa-Grande e a Senzala (Lindoso, 2011).

A primeira trajetória de exploração, que se desenvolveu nos sertões alagoanos, deu origem a uma sociedade baseada na criação do gado, nas relações entre pastores, vaqueiros proprietários e vaqueiros tangedores. Diferente da colonização da zona da mata, que se utilizou da exploração da força de trabalho de negros escravizados, a expansão colonial sertaneja estruturou-se com base na expropriação servil de indígenas aldeados e tutelados pelas missões religiosas. Este tipo de sociedade deu origem ao que Lindoso (2011) denomina de Civilização do Couro. Este nome advém pela presença e papel social exercidos pelo couro, fundamental às relações sociais: nas práticas de trabalho, atividades de cuidado à vida, no dormir, vestir, acumular alimentos, água, entre outros. No começo do processo de exploração, as terras do semiárido não tinham definições nítidas quanto ao seu limite de propriedade. A criação do gado acontecia de forma livre e nômade, apenas nos encontros de rodeio com o objetivo de venda e troca, em que o gado era marcado com algum símbolo, legitimando a propriedade de seu dono. Este nomadismo presente na sociedade sertaneja deve-se à exploração das etnias indígenas neste modo de trabalho, que apresentavam práticas nômades como parte de seu modo de viver. Pode-se afirmar que o caboclo sertanejo advém de um processo histórico de expropriação das terras e do modo de vida indígena, que é integrado de forma violenta na sociedade do couro como vaqueiro tangedor.

A expansão das frentes de currais de bois começa a estabelecer limites de propriedade, em extensões de terras que afetam os territórios de caça dos índios Tapuias-Kariri destas regiões, os quais, entre o fim do século XVI e durante o século XVII, organizam-se em um levante de luta aos invasores do sertão, denominado de: Guerra dos Bárbaros, ou Levante dos Tapuias. Este levante foi

realizado pela Confederação de Tribos Tapuias-Kariri, que foram reprimidos e massacrados pelo terço do bandeirante paulista Domingos Jorge Velho e o terço pernambucano de Cristóvão Mendonça Arrais, os quais eram compostos por: brancos, índios aldeados em missões e outros dominados em guerra. Os terços eram tropas auxiliares que cumpriam o papel de manutenção da ordem no território nacional no Brasil colônia. As jurisdições que se estendiam de Penedo a Piranhas e de Piranhas ao Médio do Rio São Francisco, foram de importância fundamental para a realização do massacre dos índios Tapuias-Kariri, pois estas jurisdições puderam organizar cerca de mais de 300 arcos de flecharias com os índios aldeados no ataque aos índios insurrectos (Lindoso, 2011).

O massacre aos índios do interior possibilitou o avanço da colonização às terras do sertão, na produção dos currais de bois e no estabelecimento da civilização do couro nestes territórios. Como afirma Lindoso (2011), após a dominação dos indígenas do sertão, o terço de Domingos Jorge Velho é fortalecido pelos Tapuias escravizados na guerra e, a mando do Conselho Ultramarino volta-se às terras Palmarinas. Assim, a trajetória de colonização do sertão encontra o segundo percurso de dominação na formação do Estado alagoano: Grande Empresa Militar colonial para a destruição do Quilombo dos Palmares.

De acordo com Lindoso (2011), o Quilombo dos Palmares consolida-se como alternativa para a liberdade aos negros e negras, bem como, para resposta à diáde Casa Grande e Senzala, na qual figuram as relações de dominação de uma estrutura social violenta alimentada pelo tráfico negreiro e pela morte de negros e negras nas *plantations* de tabaco e de cana-de-açúcar nos engenhos do senhores de escravos. Nas terras de *plantations* viviam também moradores e meeiros, que trabalhavam e dependiam das terras dos senhores. Os negros e negras realizam tanto os trabalhos nos eitos da terra quanto as atividades domésticas nas Casas Grandes. O senhor de escravos representava nesta sociedade, as relações mercantis, com seu projeto de colonização que em um pressuposto ideológico de hierarquia racial, subjugava os negros como sub-humanos, que poderiam ser explorados e violentados. Já os negros e negras compunham nesta relação as táticas de resistência, modos que subvertem a ordem colonial, os quais encontram nas matas do litoral e posteriormente nas regiões do agreste alagoano espaços possíveis para a construção de um outro modelo de sociedade.

Muitos historiadores e estudiosos tratam o Quilombo dos Palmares como um fato episódico da história, porém, como pontua Lindoso (2011), a estruturação do Quilombo dos Palmares apresenta-se como um processo de construção histórica que acompanha a formação da vida brasileira e alagoana. Apontar de forma episódica um processo histórico de luta e resistência negra que vem antes de Palmares e vai para além dele, é negar a importância das formações negras rurais

para a estruturação da vida campesina alagoana e brasileira.

A ocupação negra rural, nas matas do interior de Alagoas, realizou-se junto ao processo de escravização, quando negros e negras fugiam para as matas e nestes locais estruturavam uma forma de sociabilidade, a que Lindoso (2011) denomina de cultura mocambeira, ou mocambos. Trata-se de estruturas sociais baseadas em vínculos comunitários, os quais apresentavam relações face a face, laços de solidariedade e trabalho comum, formados inicialmente por pequenas moradias esparsas. O mocambo apresenta-se como os primeiros registros de formas de convivência negra rural fora do regime escravista, que datam nesta região das últimas décadas do século XVI, localizados nas matas úmidas das Cabeceiras de Porto Calvo, Serinhaém, Cacaú e Quipapá.

O modo de vida mocambeira pode ser dividido em duas fases, como afirma Lindoso (2011), uma primeira formada por **Mocambos Esparsos**, os quais apresentam como forma de sobrevivência a coleta do mel e de frutos das matas da região. O mel representa função fundamental nesta primeira fase, como fonte primordial para a manutenção da vida das comunidades; a prática de coleta do mel vai nomear os negros que viviam nestas matas úmidas como papa-méis. Esta fase apresenta-se por uma quantidade pequena de moradias esparsas, algumas com presença de roças e outras apenas baseadas nas práticas de caça e coleta.

Já na segunda fase, a dos **Mocambos Reunidos**, há a formação de arraiais de pequeno e médio porte que acolhem e reúnem tanto negros que fugiam da escravidão quanto grupos que já conviviam nas matas. Há a presença de pequenos roçados em uma agricultura de subsistência de cultivo de mandioca, milho, feijão e frutos da região. A estruturação do modo de vida mocambeiro desenvolve-se com relações e presença da cultura indígena, o que auxiliou os negros e negras no conhecimento das matas: flora, fauna, rios, lagos, acidentes geográficos e práticas de caça e coleta. A ocorrência de brancos pobres insatisfeitos com a vida de meeiros, endividados e subjugados aos mandos dos senhores, faz-se presente também nos mocambos.

Apesar dos mocambos se apresentarem como uma tática de resistência das comunidades negras ao regime escravocrata, acolhendo e permitindo a reprodução de um modo de vida livre e de trabalho comum, não ofereciam risco estrutural ao projeto político-econômico colonial. Porém, no momento em que estes arraiais começam a se organizar em um sistema cultural e econômico comum, e passam a se reconhecer como uma nação negra, a unidade mocambeira adquire um conteúdo político que capacita os negros e negras a enfrentarem o estado colonial. Do Mocambo, como unidade de reprodução social de negros e negras livres, passa-se 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. Nesta fase o quilombo passa a ser um inimigo público que deve ser combatido para que o sistema escravista siga

seu curso (Mello, 2008).

O Quilombo dos Palmares era formado por nove grandes unidades quilombolas fortificadas militarmente, pelos denominados Cercos Reais, além de pequenas unidades mocambeiras que existiam ao seu redor. Os Cercos Reais caracterizavam-se por unidades armadas e fortificadas que tinham como função protegê-los dos ataques coloniais. Registros da invasão de Palmares apontam para uma população entre 22.000 a 30.000 pessoas que viviam em suas cercanias. Tiveram dois líderes reconhecidos: Ganga Zumba e Zumbi. Ganga Zumba foi o primeiro chefe maior, parente de Zumbi. Quando a guerra foi declarada a Palmares, ele buscou um projeto político de negociação frente ao império, contradizendo a bandeira de luta por liberdade presente na vida dos quilombos. Devido as suas tentativas de acordo, causou uma crise política no quilombo que levou a sua morte. Assume Zumbi dos Palmares, como figura que possibilitou a unificação em uma nação negra: a Confederação Quilombola de Palmares (Lindoso, 2011).

A guerra contra Palmares durou cerca de 100 anos, de 1595 a 1695, e a estratégia de luta dos palmarinos foi uma guerra de defesa contra a empresa colonial, em que atacavam passo a passo cada Cerco Real Quilombola. Em 04 de fevereiro de 1664, o terço de Domingos Jorge Velho, fortalecido com tropas indígenas do sertão e bandeirantes paulistas iniciam a guerra contra o Cerco Real do Macaco, localizado na Serra da Barriga e que é tomado em 04 de agosto de 1664 (Mello, 2008).

Em 4 de janeiro de 1665 é realizada uma operação que congregava tropas coloniais, bandeirantes e indígenas aldeados, para a realização de uma averiguação que buscava banir e matar os últimos negros resistentes da região, para que não possibilitasse uma futura organização quilombola. A derrocada do complexo Palmarino e a conquista dos sertões alagoanos, com a morte e a servilidade dos índios Tapuias, permitiu a consolidação da capitania de Alagoas com a separação da capitania de Pernambuco em 1817 (Lindoso, 2011).

Assim, 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. Como diz Lindoso (2011):

Uma vez escrevi: Alagoas é o que se ama e dói, Alagoas não nasceu do sonho de um monarca. Nasceu da morte de milhares de índios Tapuia-Kariri, da morte de milhares de negros de etnias diversas (...). Houve uma riqueza de poucos, e uma pobreza de muitos. (p. 40).

A queda do Quilombo dos Palmares não significou o desaparecimento da formação de quilombos e da cultura mocambeira pelos interiores do território alagoano. A narrativa histórica do dominador afirma ter dizimado a formação quilombola com a derrota de Palmares, mas ao contrário, sua queda levou os resistentes a migrarem para territórios mata adentro, desde o litoral às regiões agrestinas, na busca por terras que garantissem a eles perpetuarem seus modos de vida e sua liberdade. Na formação, por meio da organização mocambeira de pequenos e médios arraiais no interior das matas (Mello, 2008).

Ao fugirem, os negros e negras encontravam nas matas, os mocambos e quilombos, que se fortaleciam frente à pobreza e à violência realizada pelo modelo sesmeiro escravista. Os mocambos e quilombos tornam-se base de sobrevivência para os negros, índios e brancos pobres que têm na terra o seu meio de vida. Os quilombos ainda sofrem perseguições e represálias do estado colonial, com empreitadas nas matas em busca pelos negros e negras que fugiam dos engenhos e na contenção de possíveis organizações insurrecionais que colocassem em risco o poder colonial. Fato que mostra tal contenção, de acordo com Lindoso (2011), é que após a derrota de Palmares dois pontos de vigilância se estabeleceram nas cercanias onde se localizava o Quilombo: o Terço de Domingos Jorge Velho, na região de Atalaia e tropas de índios do sertão comandados por Cristóvão de Mendonça nos arraiais da região do Jacuípe. Este cerco durou mais de um século e meio, vindo a se desfazer somente com a eclosão da Guerra dos Cabanos.

Assim, do final do século XVII à metade do século XIX, as comunidades mocambeiras seguem seu processo de desenvolvimento nas matas, em uma marginalidade que possibilitava sua organização e perpetuação. Nestes quase duzentos anos de história os arraiais quilombolas consolidam uma forma de vida baseada em vínculos de solidariedade e trabalho comum na terra, tendo o seu sustento nos roçados de milho, feijão, mandioca e arroz, bem como, na caça de animais e na coleta de frutos, mel e raízes nas matas.

Como afirma Lindoso (2011), neste período pós-palmares e anterior à Guerra dos Cabanos, as relações feitas entre os arraiais mocambeiros e Palmares são destituídos, como modo de afirmar a não existência das culturas quilombolas nas matas. Eles passam a adquirir outras nomeações como: povo papa-mel ou povo das matas, em oposição aos negros que viviam nos engenhos de cana denominados de negro dos engenhos. A característica de povo atribuída às formações mocambeiras pós-palmares, pode ser afirmada pela capacidade de organização política e social que tais arraiais adquirem durante a história colonial de Alagoas. Com um modo de vida que se perpetua nas matas do litoral e nas regiões agrestinas e penetram como elementos que compõem vida rural dos camponeses alagoanos. Neste período, as matas passam a adquirir um teor ideológico de lugar de perigo, da morada de selvagens que vivem apenas do que a natureza pode lhes atribuir. Um lugar

impróprio para se viver e incapaz de sustentar as lógicas da vida civilizada que se imprimia nas cidades, nas Casas Grandes e engenhos. O povo das matas e o povo papa mel eram compreendidos como sub-humanos, irracionais, impossibilitados de consolidar uma forma de vida em sociedade. Estas compreensões apresentam como pano de fundo, os entendimentos pejorativos que se tinham dos mocambos na época da guerra a Palmares, como lugar de negros fugidos. Também serve para desqualificar um outro modelo de vida e sociedade que se perpetuava nos interiores dos territórios do Estado (Mello, 2008).

Destarte, a compreensão das matas como lugares de selvagens alimenta o imaginário social com cantos, contos e lendas que narram estes espaços como locais de perigo, de figuras imaginárias como: o fogo corredor, o curupira, a cuca, a caipora, o papão, entre tantos outros personagens que nutrem o universo simbólico do sujeito dito civilizado, com figuras degeneradas que buscam enganar sua racionalidade, traindo seus costumes e amedrontando seu cotidiano. Como afirma Duarte (2010, p.182-183), sobre a figura do Tutu, que no vocabulário quibunto ou angolês significa Papão, presente nos cantos de ninar das memórias infantis das Alagoas:

3 - Dorme, filhinho
 Tutu 'stá no terreiro,
 Ele 'sté querendo
 Puxar seu travesseiro [...]
 6 – Dorme, meu filhinho,
 Tutu 'stá na porta,
 Com seu beijo caído
 E sua cara torta.

Este imaginário que falava das matas e dos negros como sujeitos perigosos, intensifica ao nível simbólico uma divisão social explícita que se realiza entre os que fazem parte da dita sociedade civilizada e os que viviam na vida selvática, sobrevivendo nas matas como animais. Esta compreensão dualista é alimentada por uma ideologia racista, sendo os primeiros herdeiros da cultura branco europeia, capazes de apreciar a arte, organizar-se em sociedade e viver a política. Contra os segundos, que foram indomados pela racionalidade colonial e se refugiaram nas matas, perpetuando uma forma de vida ainda selvagem, herdado de índios rebelados e negros fugitivos do cativeiro (Lindoso, 2005).

Esta compreensão de selvagens, que recai sobre o modo de vida mocambeiro é intensificada sobre o povo das matas ao emergir em 1832 a Guerra dos Cabanos. Conflito que se desenvolveu nas cercanias onde a guerra de Palmares fora travada, do sul da capitania de Pernambuco ao norte da

capitania de Alagoas, nas matas do chamado Tombo Real. A Cabanagem inicia como uma revolta que tinha como bandeira a restauração da coroa portuguesa no Brasil, tendo como protagonistas e força motriz a aristocracia rural dos senhores de engenho ligados ao poder imperial. Esta crise política mobiliza outras forças sociais que já estavam em organização contra o sistema sesmeiro escravista nas matas do Tombo Real (Lindoso, 2005).

Assim, a Guerra dos Cabanos, como afirma Lindoso (2005), apresenta-se como uma insurreição das mais contraditórias, a qual se inicia com uma inquietação das elites locais e ganha corpo político insurrecional com a morte das lideranças aristocráticas como a do português Proença e Antônio Timóteo de Andrade. Com a morte dos líderes, a insatisfação de negros, indígenas e brancos pobres permite a emergência da figura do capitão das matas Vicente de Paula e sua Guarda Negra, em 1834. A Guarda Negra e seu Capitão unificam a revolta cabana em uma luta popular que congrega os chamados pobres da terra: negros mocambeiros e escravizados, índios aldeados e prisioneiros das missões, e brancos pobres que dependiam das terras dos senhores.

As forças insurrecionais quilombolas que foram dispersas há mais de 150 anos na derrota de Palmares, ressurgem nas matas do Tombo Real alagoano-pernambucano. Os mocambos que se estruturam pós-palmares em arraiais dispersos em diversas localidades nas matas, apresentam-se como base organizadora para a revolução popular dos cabanos. O conhecimento das matas, a produção agrícola, a sabedoria de curas com ervas e plantas, e a forma de organização da vida e do trabalho nos mocambos, foram terrenos férteis ao desenvolvimento e resistência da luta cabana.

A Guarda Negra de Vicente de Paula, composta por negros guerreiros quilombolas, possibilitou a cabanagem tornar-se uma revolução popular e estender sua capacidade insurreta por mais de 15 anos, de 1834 a 1850. A herança da guerra dos Palmares, com a formação do povo papamel foi o sustento da insurreição popular, com sua formação pluriétnica que agregou os variados grupos oprimidos (negros, índios, brancos pobres) em seu território de luta (Mello, 2008).

Os arraiais insurrecionais cabanos organizavam-se com base no trabalho não-escravo, na autogestão guerrilheira, em representatividades democráticas e na milícia de guerrilha. Há na Cabanagem, a formação de uma nova estrutura social, que ao mesmo tempo em que se apropria dos modos de vida dos mocambos, devido às possibilidades históricas e políticas, amplia esta forma de organização para um modo de vida guerrilheiro, que objetiva enfrentar o regime social estabelecido. Com este modo de organização social se fundava a utopia armada cabana. Como afirma Lindoso (2005, 221): “Tanto a organização social em arraiais e acampamentos quanto a economia de coleta e roçados se dirigiam unicamente à manutenção das atividades guerrilheiras”.

Assim, vai se consolidando o projeto político cabano, na congregação dos marginalizados da terra, que lutam pelo fim da escravidão; pela garantia de posse de suas terras; pela livre expressão

da pluralidade religiosa; pelo fim da servidão de índios e brancos como trabalhadores dos senhores; e pelo fim da hierarquia estamental sesmeira. Estes marginalizados são definidos como os pobres da terra, uma pobreza, como afirma Lindoso (2005), que se apresenta como condição social à possibilidade de organização destes: ex-escravos, ex-índios aldeados, ex-lavradores, ex-moradores dos engenhos. É este campo de oposição à dominação que permite a produção de um projeto contra-hegemônico que vai de encontro à supremacia branco-escravista. Na transformação de negros, índios e brancos pobres em trabalhadores livres, que tinham na terra a base para reprodução de seu modo de viver e nela a possibilidade de perpetuar seu projeto político libertário.

Todos que se encontravam nas matas, mesmo aqueles que não se identificavam enquanto cabanos, tornaram-se inimigos públicos, colaboradores da cabanagem. Os militares tinham autorização para destruir todos os roçados, casas, casebres e arraiais nas matas, bem como, podiam prender e matar seus moradores. (Lindoso, 2005).

A insurreição cabana conseguiu resistir e lutar por cerca de 15 anos, resistindo até 1850. Quando os arraiais eram cercados, aos brancos pobres havia a possibilidade de vida e negociação de sua liberdade. Porém, para os negros insurrectos o fim era a morte, mesmo que se entregassem, pois na condição de escravizados fugidos não tinham o direito a sua própria vida.

A utopia armada cabana sintetizou as variadas formas de violência historicamente impostas sobre os oprimidos, os pobres da terra de Alagoas, e fez germinar os primeiros brotos do que seria futuramente a identidade camponesa alagoana. (Mello, 2008).

O modo de vida negro rural, quilombola e mocambeiro, atravessa a história de Alagoas e imprime nos variados levantes populares suas marcas, como um dos elementos fundadores da forma de vida camponesa alagoana. Os mocambos não são dizimados com o fim da cabanagem, eles buscam outros territórios mais distantes e de difícil acesso, na busca de terras apropriadas à reprodução das suas formas de viver, estendendo-se às várias regiões do Estado.

Atualmente as comunidades quilombolas em Alagoas encontram-se localizadas em sua maioria no semiárido, nas regiões do agreste e sertão. Isso se deve à expulsão destas populações das terras mais valorizadas econômica e produtivamente para o plantio da cana-de-açúcar. Das 68 comunidades quilombolas reconhecidas no Estado de Alagoas, 46 estão situadas no semiárido. O que equivale a 67,6% das comunidades que estão distribuídas nas regiões: do Agreste (11 comunidades), Médio Sertão (15 comunidades) e Sertão (20 comunidades) (ITERAL, 2010). Como mostra o mapa abaixo:

Figura 1. Mapa das Comunidades Quilombolas distribuídas no território de Alagoas.

(Fonte: ITERAL, 2010)

É com base nesta história de marginalização, resistência e luta por territórios que as comunidades quilombolas se constituem em Alagoas, como populações negras do campo que apresentam elementos fundantes à formação do campesinato alagoano, com modos de vida específicos, inscritos nos territórios nos quais cada comunidade se estabeleceu. A comunidade Pau D'Arco, investigada na presente pesquisa, participa deste histórico de resistência e luta, formada por três famílias que migraram para o agreste em busca de terras para sobreviver. É sobre o agreste alagoano, suas riquezas, seus conflitos e formação que o próximo tópico vai se desenvolver. Para situar de forma mais pontual o território na qual se estruturou a comunidade.

• O semiárido de Alagoas e as terras do agreste

Apesar da tentativa de construir no imaginário social, o Brasil enquanto um país hegemonicamente urbano, seguindo os moldes ideais do progresso e do projeto moderno de sociedade, estudos como o de Veiga (2003) apontam que esta concepção apresenta-se mais como fruto ideológico do que fenômeno social. O autor afirma serem as cidades brasileiras uma produção relacional compreendida por elementos que se estruturam entre a vida da cidade e a realidade rural,

sendo que a segunda compõe de forma ativa as dinâmicas sociais dos centros urbanos. Como é o caso de Alagoas, na qual os dados atuais do IBGE (2010) afirmam que há uma concentração populacional nas cidades, com 73,6% residente na área urbana e 26,4% na área rural. Porém, estes dados quantitativos não delimitam e definem as relações e permeabilidades que a vida rural produz sobre a realidade urbana de Alagoas.

Mesmo com o aumento do índice de urbanização nas cidades alagoanas, como afirma Lima da Silva (2013), há uma primazia da realidade do campo como determinante para direção dos fluxos econômicos, bem como, para a dinamicidade da vida social nos municípios do Estado. Esta primazia, de acordo com Rafael (2004), é evidenciada pelos estudos sociológicos clássicos de Alagoas, que se concentram sobre a realidade rural para o entendimento dos fenômenos sociais, históricos e econômicos do Estado. Tais informações apontam para a importância da realidade rural na formação das relações, cotidiano e formas de expressão da vida alagoana, as quais estendem-se do mundo do campo às ruas dos centros urbanos.

Assim, o semiárido alagoano apresenta-se dividido em três sub-regiões: o agreste, o médio sertão e o sertão. A região sertaneja (médio sertão e sertão) apresenta como base de sua formação histórica, como citado anteriormente, a sociedade do couro e o modo de vida rural. O agreste apresenta-se como um território de transição entre a zona da mata, o litoral e o sertão. Este meio caminho possibilitou à sua formação o encontro de elementos das duas formas de organização social presentes na vida colonial alagoana. É tanto constituída por indígenas que fugiam ao massacre do sertão e buscam em novos territórios constituir suas comunidades, como por negros que em um processo de migração forçado às empreitadas da guerra travada no Quilombo dos Palmares, procuravam nas terras do interior a liberdade almejada.

O território agrestino forma-se no enfrentamento destas duas estruturas de dominação, carregada com seus mandonismos políticos, coronelismos e violências, frente a variadas táticas de resistência de negros e índios, que buscam frente às adversidades políticas, sociais e geográficas criar seus projetos de vida. Estas variadas táticas estão alicerçadas em formas de organização coletivas, que enriquecem o cotidiano destas comunidades, nas possibilidades de construção de vínculos comunitários, relações de reconhecimento entre seus pares, apropriação de sua terra como território vivido, carregado de experiências e afetos.

Das regiões do nordeste, o semiárido alagoano ocupa a menor extensão do chamado Polígono das Secas, equivalente a cerca de 43,7% de seu território. Devido às condições climáticas favoráveis, comparadas a outras regiões semiáridas nordestinas, o semiárido de Alagoas apresenta uma diversidade de produções agrícolas dispostas em pequenos minifúndios que corroboram para a existência e perpetuação da unidade familiar camponesa, indígena e quilombola. A presença de

minifúndios no agreste e no sertão não descarta a concentração de renda, de poder e também de terras nas mãos de poucos proprietários. Estes que por meio de seu poder econômico exercem sua força política de forma paternalista e coronelista (Lusa, Silva e Albuquerque, 2013).

O mandonismo político deve-se ao processo de dominação historicamente sofrido pela população rural desde o período colonial, incluindo: indígenas, quilombolas e brancos camponeses, que mesmo em seu percurso de deslocamento para os interiores do Estado na busca de ocupação de novas terras, foram submetidos ao trabalho em terras alheias. Assim, a dominação territorial coincide com a dominação econômica, e com a forma de distribuição assimétrica do poder político às famílias dos proprietários de terras tradicionais, o que acirra ainda mais as desigualdades sociais nas regiões semiáridas (Lusa, Silva e Albuquerque, 2013).

A existência destes grupos marginalizados no semiárido deve-se também à expulsão destas populações das regiões litorâneas e da zona da mata. Locais de terras férteis ao cultivo da cana-de-açúcar, responsável pelo desenvolvimento e formação dos latifúndios e pelos processos de marginalização vividos pela população rural no Estado. A cana-de-açúcar tem papel histórico fundamental na formação político-social do território alagoano. Abrangendo extensas faixas territoriais com os engenhos, grandes latifúndios e na atualidade por meio das usinas canavieiras (Albuquerque, 2013).

O crescimento do latifúndio de cana-de-açúcar em Alagoas acompanha nas décadas de 1960 e 1970 as tentativas de incentivo ao desenvolvimento técnico industrial no campo. De acordo com Santos (2009), a modernização capitalista no campo traz consigo o advento de maquinários e biotecnologias atreladas à produção agroindustrial. Tais investidas agravam a situação do pequeno agricultor, que se submete ao trabalho assalariado nos latifúndios. Tal processo acirra ainda mais as formas de marginalização e desigualdade entre camponeses e as oligarquias agrárias do Estado.

Mesmo a cana se desenvolvendo na zona da mata e litoral, a sua cultura influencia a dinâmica das várias regiões do Estado, produzindo o fenômeno da migração sazonal dos trabalhadores do sertão e agreste na época de safra, para as zonas canavieiras. Este processo migratório altera o modo de vida das famílias camponesas, indígenas e quilombolas do semiárido, atuando no enfraquecimento dos vínculos familiares e comunitários, no ingresso a um modo de trabalho assalariado, que descaracteriza a forma de produção existente nas terras de origem (Albuquerque, 2013).

Atribuir a responsabilidade dos processos migratórios dos camponeses do semiárido à seca nos períodos do verão, é propagar um discurso ideológico e naturalizante que descaracteriza as relações de dominação e as consequentes desigualdades vividas pelo camponês do semiárido, que vive a má distribuição de terras, renda e o poderio político concentrados na mão de poucos

proprietários: “Como bem diz a sabedoria popular na região: o problema não é de seca, é de cerca.” (Lusa, Silva e Albuquerque, 2013, sem página).

Devido às desigualdades sociais vividas no semiárido alagoano, os camponeses não conseguem sobreviver apenas com a produção que advém de sua terra, necessitando realizar atividades que complementem sua renda: na venda de dias de trabalho em propriedades de grandes fazendeiros da região; atividades nos centros urbanos e cidades circunvizinhas, trabalhando como pedreiros, marceneiros ou empregadas domésticas. Porém, estas atividades ainda sendo insuficientes à garantia de seu sustento, exigem do(a) trabalhador(a) do campo a migração para a zona da mata e litoral para o corte da cana (Albuquerque, 2013).

Assim, para garantir a sua pequena propriedade, a unidade de terra a qual oferece base para organização de sua vida familiar e comunitária, os camponeses, quilombolas, bem como, famílias indígenas, buscam na migração sazonal possibilidades de manterem-se em suas terras. As situações de precariedade vivenciadas é que levam à necessidade de migrar, as condições objetivas não o permitem ficar em seu lugar de origem, exigem sua saída, mas o sertanejo não migra para estabelecer a sua vida em outro lugar, ele migra para poder voltar para a sua terra, garantir a permanência de sua unidade familiar e comunitária: “Quando uma família começa sem terra, obter um pedaço de terra para produzir os bens de consumo do núcleo familiar e manter a tradição da região passa a ser o objetivo da nova família, assim tem sido por gerações e gerações”. (Albuquerque, 2013, p. 292).

A população camponesa, indígena e quilombola do agreste e do sertão, com seu modo de vida comunitário e com sua organização familiar em torno da terra e da pequena propriedade, tornam-se os grupos potenciais a utilizarem os serviços públicos desenvolvidos nestes territórios, como tentativas de mitigar as desigualdades vividas, acessando os mesmos para: a produção agrícola, moradia, saúde, educação, lazer, entre outros (Lusa, Silva e Albuquerque, 2013).

Assim, compreender a realidade do semiárido alagoano, torna-se fundamental para a efetivação das políticas públicas nesta região, para que as mesmas possam dar respostas às demandas levantadas pelos variados grupos que compõem a vida sertaneja e agrestina, atuando enquanto dispositivos que garantam o acesso aos direitos fundamentais a grupos que os viveram historicamente enquanto favores disponibilizados pelas oligarquias regionais (Lusa, Silva e Albuquerque, 2013).

As políticas públicas são alternativas que possibilitam a permanência, convivência e fixação de homens e mulheres do campo no semiárido. As migrações, as precariedades e as explorações devem-se às formas de dominação que têm em seu cerne a concentração de terras e de renda às poucas famílias. A mitigação das desigualdades, bem como, a estruturação de uma sociedade

democrática em Alagoas passa necessariamente pela efetivação da política de reforma agrária, a qual possibilita aos variados grupos do campo a posse da terra, para nela produzir seu trabalho e perpetuar seu modo de vida (Lima da Silva, 2013).

A democratização da terra é o princípio à quebra das formas estruturais de dominação presente no Estado, porém, ela apresenta-se não como processo final, mas enquanto ponto de partida na luta pela garantia dos direitos fundamentais. Junto à terra devem vir programas básicos e estruturais como saneamento, energia elétrica, estradas e transporte de qualidade para acessar outros equipamentos que não se encontram instalados nas comunidades. Em conjunto às políticas estruturais devem-se buscar: políticas que auxiliem na produção agrícola; que sejam voltadas à saúde da população rural; políticas de educação do campo; programas que promovam o lazer; a cultura local, entre outros. A posse da terra, sem a efetivação das variadas políticas públicas que possibilitem de forma equânime a garantia de direitos, não traz resolubilidade à complexidade do fenômeno da marginalização dos povos do campo (Lusa, 2013).

A marginalização, a pobreza e a exclusão da população do campo tornam-se estratégias necessária para fazer funcionar a exploração sistemática, tanto da força de trabalho destes grupos, que migram a outras terras, ou vendem seu trabalho aos fazendeiros de sua região, quanto de sua vontade política, que devido a não garantia dos direitos básicos e a inacessibilidade às políticas públicas, é subjugada ao mandonismo político, que torna seus direitos em pedidos, que são atendidos enquanto favores (Lusa, 2013).

Mesmo com estas adversidades e faltas econômicas, políticas e materiais que se apresentam no cotidiano das mulheres e homens do semiárido, de acordo com Lusa (2013), a capacidade de resistir e estruturar formas de enfrentamento sobre uma vida de impedimentos faz parte do dia a dia dos agrestinos e sertanejos, e reflete na diversidade de produção agrícola presente nesta região, como a mais diversificada de todo o Estado de Alagoas, com a presença da: fruticultura, bovinocultura, ovinocultura de corte e de leite, avicultura, produção de milho, feijão, fava, macaxeira, inhame, abóboras, horticultura, temperos e fumo.

A riqueza da produção agrícola se espalha às relações sociais e aos modos de convivência presentes no semiárido, marcados: pelo fortalecimento dos vínculos comunitários; pelas relações de vizinhança que permitem o cuidado à vida de seus pares; a presença da conversa, com os “causos” e as narrativas do lugar, os quais produzem o encontro entre iguais e permitem a qualquer participante intervir e contar a sua versão dos acontecidos; as feiras livres que promovem o contato entre os diferentes, na exigência do encontro entre as classes sociais e a diversidade de grupos que compõem a vida da região; e os variados festejos, que ativam consigo as memórias populares, das lutas realizadas para se manterem nestes territórios (Lusa, 2013).

- **A história e a vida da Comunidade Quilombola Pau D'arco**

É sobre a realidade do semiárido, no agreste de Alagoas, que esta pesquisa se desenvolveu, situada especificamente na Comunidade Quilombola Pau D'arco, localizada na zona rural do município de Arapiraca, compreendido como o segundo maior do Estado alagoano, com população residente de 214.006 pessoas. Por ser o segundo município por quantidade de habitantes, Arapiraca concentra uma variedade de serviços e equipamentos sociais que oferecem suporte a 14 municípios vizinhos, por isso recebe o título de Região Metropolitana do Agreste (IBGE, 2010).

Apesar de apresentar-se como região que congrega variados serviços, este agrupamento não se reflete nos índices de desenvolvimento humano, que apesar de ser maior que o valor médio do Estado (IDH: 0,631), apresenta-se muito abaixo da média nacional (IDH: 0,744) com valor de IDH: 0,649. O valor do IDH abaixo da média repercute nos índices de alfabetizados que atingem 69,6% da população, taxa que se encontra também abaixo da média brasileira (90,4%). O índice de pessoas acima de 15 anos que não sabem ler e escrever é de 30,4%. Quando esta taxa é analisada por meio das categorias raça-etnia, apresenta um valor que cresce progressivamente dos brancos, aos indígenas, pardos e pretos, como segue: 17,6% para brancos; 21,5% para indígenas; 24,2% para pardos; e 34,3% para pretos (IBGE, 2010).

Tais dados mostram que as precariedades presentes no município vão incidir de forma mais expressiva em determinados grupos étnico-raciais do que em outros, como é o caso da população desta pesquisa que se situa em um território negro do mesmo município, congregando a maioria de pessoas pardas e pretas em sua comunidade.

O município dispõe de 65 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, sendo que um deles encontra-se instalado na Comunidade Quilombola Pau D'arco. A situação do saneamento básico no município é deficitária, 79,5% dos domicílios encontram-se com saneamento semiadequado e 4% com condições inadequadas. A zona rural concentra apenas 15,2% da população (IBGE, 2010), porém este índice populacional rural não significa que a cidade apresentasse com características urbanas marcantes, ao contrário, a dinâmica urbana é permeável aos modos de vida rurais que compõem a cidade de Arapiraca. A proximidade, por meio das estradas e rodovias, permite um fluxo para que as formas de sociabilidade rural se estabeleçam também no centro urbano: com feiras livres semanais que mobilizam financeiramente o município, e seus arredores; e migração diária de pessoas do campo que vão à cidade em busca de serviços.

Quanto à renda per capita por domicílio, 79,7% dos domicílios rurais apresentam renda mensal de $\frac{1}{2}$ salário mínimo, o que mostra as condições de precariedade econômica vivenciada pelas comunidades rurais. Nos centros urbanos a taxa retrocede, mas ainda apresenta-se elevada,

com 54,5% dos domicílios com renda mensal per capita de $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Estas condições de vida levam o município a apresentar uma alta incidência de pobreza, equivalente a 60,44% (IBGE,2010). A alta incidência de pobreza eleva o índice de violência da cidade, a qual encontra-se como a 29ª cidade, com mais de 4.000 adolescentes de 16 e 17 anos de idade, dentre os 100 municípios da federação com maiores taxas de homicídios por 100 mil habitantes (Brasil, 2015a). Quando abrange o total da população morta por armas de fogo, o município sobe para 12ª cidade com maior índice de homicídios entre os municípios com mais de 20.000 habitantes (Brasil, 2015b).

A Comunidade Quilombola Pau D'arco iniciou seu processo de formação no fim do século XIX com a chegada de seus primeiros moradores, oriundos de outras comunidades quilombolas e sítios existentes na região. Estes moradores constituíram neste território três grandes famílias das quais os atuais membros da comunidade quilombola são descendentes. A primeira família a chegar à região foi a de Manoel Tomás da Silva e Josefa da Silva e seus seis filhos, por volta de 1885. Eles migraram da comunidade quilombola Tabuleiro dos Negros, do distrito de Igreja Nova, parte do Município de Penedo. Quando Manoel Tomás e Josefa da Silva chegaram às terras que seriam Pau D'arco, elas pertenciam a um descendente de português chamado Capitão João de Deus Florentino, que estendia sua propriedade sobre o povoado mais antigo de Arapiraca, o Cadangu (Santos, 2011).

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, as quais, como dizem as narrativas locais, foram compradas de João de Deus por Manoel Tomás. Após se estabelecer no lugar a filha mais velha de Manoel Tomás, Francisca da Conceição Silva casa-se com Januário Monteiro da Silva, da união deles descendem a os membros da família chamados atualmente pela comunidade de família Januário, que deu origem à primeira família (Silva & Santos, 2006).

A segunda família se constitui da união da filha de Manoel Tomás, Maria Rita da Silva, com José Januário Pragelo, filho de uma ex-escrava com um homem branco do povoado de Cagandu, que vai dar origem à chamada família Pragelo. Já a terceira família, da qual grande parte da comunidade descende, constituiu-se com a vinda de Luiz Tolentino, que em busca de abrigo e trabalho, migrou da comunidade Rio das Cruzes, no município de Limoeiro de Anadia, próximo a Arapiraca, e fez sua vida no pau D'arco, dando origem à família Tolentino (Silva & Santos, 2006).

É por meio destes casamentos, uniões e migrações que o vilarejo, que viria a ser o Pau D'arco, começa a crescer. Com vários nascimentos e aumento das famílias, Manoel Tomás busca

negociar novamente com João de Deus a compra de mais terras, em uma quantidade de extensão que torna o território independente do povoado de Cagandu, formando a comunidade Pau D'arco, que recebeu este nome devido a uma espécie de árvore abundante em suas terras (Silva & Santos, 2006).

Estes processos de migração de quilombolas de uma região à outra, ou mesmo a outras comunidades quilombolas são também relatados nos estudos de Nascimento (2006), que procura compreender suas causas e aponta para algumas possibilidades, como: 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.

O surgimento da comunidade Pau D'arco advém do processo migratório da primeira família (Manoel Tomás e Josefa da Silva) de terras quilombolas do Tabuleiro dos Negros para a região de Arapiraca. Os sentidos desta migração são incertos e não relatados e nem documentados na atual comunidade, porém cabe ressaltar, como descrito acima, que outras comunidades distribuídas pelo país tiveram elementos similares em seu histórico e modo de organização. Assim, o processo de construção da comunidade se inicia com a vinda de uma família que origina outras três, as quais se estabeleceram e casaram-se entre si, devido à proximidade territorial e relações que mantinham. Como mostram Silva e Santos (2006, p.27) por meio do relato de uma pessoa mais velha da comunidade, Sr. Iaiá:

[...] nessa época era normal casamento entre parentes próximos como primos, bastava o bispo ou o padre dar o consentimento. Por isso as famílias se mesclavam [...] os idosos costumavam dizer que a maioria dos moradores de Pau D'arco eram formados por três famílias.

Estes laços familiares e os casamentos entre parentes próximos são relevantes para compreender alguns fenômenos históricos que se fizeram presentes na comunidade como: os mutirões para construções de casas e mutirões para o plantio e colheita; os partos realizados por parentes; os cuidados à saúde no período de adoecimentos, no qual a contribuição de vários personagens entra em cena (pais, avós, vizinhos, primos, entre outros); a crença na medicina popular, como conhecimento narrado e passado de forma geracional, que consolida laços de confiança nestas tecnologias; bem como, o compartilhamento de certos componentes simbólicos presentes na comunidade, como o sentimento de pertencimento a estas três grandes famílias, símbolos da comunidade.

Alguns destes fenômenos ainda se fazem presentes na comunidade, como as práticas de

cuidado à saúde realizada por meio de parentes, as crenças na medicina popular e o compartilhar de elementos simbólicos que produzem o sentimento de pertencimento à comunidade. Porém, os mutirões não se fazem mais presentes, apresentam-se marcados na memória social da comunidade como um período no qual os laços de solidariedade entre os pares eram mais fortalecidos. Tais laços foram enfraquecidos após a inserção da produção fumageira, em 1940.

O sentimento de pertencimento à comunidade, citado anteriormente, é evidente quando se realiza na escola um concurso para a construção da bandeira da comunidade, a qual registra em seus ícones três árvores de Pau D'arco, cada qual com uma cor, representando as três famílias que deram início à comunidade. O mesmo sentido simbólico encontra-se presente nas quatro estrelas da bandeira, sendo que a maior faz referência à primeira família que nestas terras chegou, ampliando seus territórios com a união das famílias subsequentes.

Figura 2. Bandeira da Comunidade Quilombola Pau D'arco (2015)

De acordo com Silva e Santos (2006), os mutirões se faziam muito presentes na comunidade, tanto para o plantio e a colheita no período do inverno, quanto para a construção das casas. Eram vividos como festividades na comunidade, sendo chamados de “Festa do Canteiro”. O mutirão organizado para o plantio era promovido pela família proprietária da terra que oferecia a seus companheiros um porco assado e cachaça. E entre comidas e bebidas eles realizavam a preparação da terra e o plantio das sementes. Depois de finalizado o trabalho, organizavam o próximo mutirão na casa de outro companheiro.

De modo similar, os mutirões para a construção das casas eram organizados de forma coletiva, envolvendo crianças, jovens e adultos. As mulheres buscavam a água e junto com as crianças levavam o barro. Os homens erguiam as casas, preparavam o barro e barreavam as paredes. O piso era de chão batido e “pilado” no final do processo. O trabalho era feito por meio de uma

festa oferecida pelo futuro morador da casa, ao som de um pandeiro e versos de coco de roda, em que se dançava a noite inteira. Ao amanhecer, o chão estava pilado e a casa pronta para morar. Na festa era oferecida cachaça e comida, matava-se um animal (porco, galinha, peru, bode) para servir os companheiros de trabalho. Silva e Santos (2006, p.31) registraram uma canção tradicionalmente cantada nestes festejos, relatado por um morador: “*João de Barro despedida, despedida de amor faz chorar, Manoel de amor faz chorar*”, o refrão da música era cantado o número de vezes dos convidados da festa, alterando o nome de Manoel pelo nome dos convidados.

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. Os mutirões escapavam à lógica da vida mediada pelo capital. A terra ocupada, manuseada e usada por seus moradores, torna-se território embebido de relações face a face na qual outro era reconhecido como igual e adquire nome e parte na vida e na história da comunidade. 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.

Entretanto, as expressões comunitárias vão sendo fragilizadas com a entrada da plantação de fumo na região, a qual a comunidade também adere como modo de garantir sua renda. Quando a plantação de fumo chegou à região de Arapiraca, poucas famílias da comunidade realizavam seu plantio, não houve interesse inicial por esta cultura. Porém, com o avanço do cultivo na região, terras da comunidade começaram a ser compradas por moradores de fora. Nos entornos da comunidade, fazendas de grandes proprietários investiram nesta produção e os trabalhos nas lavouras alheias começaram a se tornar uma forma de renda, bem como, as terras arrendadas para os moradores que não tinham espaço para cultivar o fumo.

Com a inserção do fumo na comunidade, as terras antes ocupadas com roças para subsistência diminuem. A vinda da cultura fumageira fortalece e insere na vida de Pau D'arco, relações mediadas pela lógica do capital, e o dinheiro passa a estar mais presente no cotidiano da comunidade e a mediar suas relações. A monocultura do fumo predominou até meados de 1980, quando declinou seu cultivo.

Porém, seu declínio não levou consigo as formas de organização da vida e das relações de trabalho mediadas pelo capital. Estas relações ficaram como heranças deste período, as quais criaram raízes e se estenderam ao cotidiano da comunidade, no enfraquecimento das formas comunitárias, que dos mutirões antes realizados, foram substituídos pelo serviço pago para auxílio no plantio e na colheita, bem como, para a construção das casas. Ainda há pequenas famílias que plantam fumo, apenas para venda nas feiras locais. Contudo, com a queda do cultivo desta cultura a produção da mandioca tornou-se meio substitutivo de renda, sendo vendida para os Estados de

Pernambuco e Sergipe.

Outra herança deixada pelo cultivo do fumo foi a migração de pessoas de outras localidades para a comunidade, os quais tornaram-se moradores do local. Porém, moradores que nem sempre compartilham da identidade quilombola historicamente presente no território. Estas diferenças geram uma cisão na vida comunitária, expressa na presença de duas associações: uma representante dos quilombolas, e outra dos moradores que vieram posteriormente. Estes embates apresentam-se no cotidiano de forma sutil, mas no momento em que as disputas políticas se acirram eles se manifestam concretamente, com projetos que divergem quanto ao destino da comunidade.

Figura 3. Associação Comunitária Quilombola (2015)

Diante deste contexto, a Comunidade Quilombola Pau D'arco adquire a certidão de autorreconhecimento em 05/12/2006 e, no dia 07/02/2007, foi certificada pelo ITERAL (Instituto de Terras de Alagoas) como Comunidade Quilombola. Abrange atualmente 510 famílias quilombolas cadastradas, com estimativa de 3.000 pessoas, sendo considerada a maior comunidade quilombola do Estado por quantidade de famílias.

Em seu território encontram-se instalados uma escola de tempo integral e uma Unidade Básica de Saúde, que tem o nome de Amância Jesuína dos Santos, que foi parteira na comunidade por mais de 48 anos. A UBS foi inaugurada em 05/10/2012 com uma equipe Estratégia de Saúde da Família, para atender cerca de quatro mil moradores da localidade. Este número eleva-se devido aos outros moradores não quilombolas da região.

Figura 4. Unidade Básica de Saúde Pau D'arco (2015)

As atividades laborais são diversificadas, mas ainda tem como base a produção agrícola de subsistência em pequenas roças distribuídas nos entornos da comunidade, ou mesmo nos quintais das casas, como modo de garantir o alimento semanal. Destaca-se o plantio da mandioca, do feijão, milho, inhame, fumo. Os produtos que excedem o consumo familiar são comercializados nas feiras locais. Há um ciclo de trabalho na terra bem marcado devido às estações do ano, sendo que no inverno, período de chuvas, investe-se no plantio para colher no fim desta estação. Já no verão, período de seca, destaca-se a produção da farinha de mandioca, colheita e secagem das folhas de fumo.

Figura 5. Roçado no quintal da casa (2015)

A comunidade ainda que caracterizada como área rural localiza-se a 12 quilômetros da cidade, na região sudeste de Arapiraca. Outro elemento que aproxima atualmente a comunidade ao centro urbano de Arapiraca é a presença de uma via central asfaltada que cruza a mesma e oferece acesso à rodovia AI-110 que possibilita o deslocamento à cidade, bem como, para os municípios de São Sebastião e Penedo. Além deste acesso, usado apenas pelos moradores que apresentem veículos motorizados (carros e motos), há uma linha de ônibus que leva os moradores ao centro urbano. Há ainda aqueles que se utilizam de carroças e bicicletas para transitar entre os sítios próximos e a cidade.

Estas possibilidades de trânsito entre a cidade e a comunidade são relevantes para se entender as relações de fronteira que a mesma estabelece com o centro urbano. Principalmente no que tange à vida de trabalho. Hoje são poucas as famílias que têm uma extensão considerável para fazer seu roçado, a maioria planta nos quintais de suas casas, ou arrendam terras para fazer o cultivo. O fenômeno da migração para o litoral no corte da cana, bem como, para regiões sul e sudeste do Brasil, também apresentam-se como alternativas para manter a família, a casa e a pequena terra na comunidade. Muitas famílias vivem da aposentadoria dos avós e recebem benefícios do governo como modo de garantir a renda familiar.

As produções do mundo rural apresentam-se nas ciências sociais como um campo dicotômico que cinde os espaços do campo e da cidade como medidas distintas para avaliar e analisar cada local como territórios díspares, que se conectam em uma relação de subordinação do campo pela cidade. Tal compreensão supõe o rural e suas produções com as características do atraso e da escassez, cuja existência apresenta-se condicionada às relações com os centros urbanos industriais e que tenderiam ao fim com o processo de urbanização (Froehlich, 2012).

A diáde cidade-campo produz os centros urbanos como emblema das concepções modernas com suas produções industriais e tecnológicas, na consolidação de um sujeito amparado pelos ditames da racionalidade científica que explicam e compreendem a realidade pelos especialismos e seus saberes produzidos. Assim, o mundo do campo no imaginário social é amparado pela tradição, e produz o sujeito do trabalho braçal que na atividade agrária encontra-se fadado a um tempo atrasado, em um passado que sucumbirá às produções modernas dos centros urbanos. Tal suposição atua como uma falácia, como afirma Carneiro (2012, p.25) se referindo ao novo cenário do mundo rural que se perfaz:

[...] na constituição de novas formas de sociabilidade e de relações sociais sustentada em uma complexa rede de atores sociais que não pode mais ser compreendida

pura e simplesmente como um processo de urbanização que se encaminharia na direção da homogeneização espacial e social entre o campo e a cidade.

Como afirmam Tassara e Ardans-Bonifácio (2008), o modelo urbano e de urbanidade se consolidam como um projeto histórico civilizatório que propaga um modo de produção econômica e cultural que arbitrariamente se apresenta como regra a outras formas de existência, que faz do encontro com a alteridade, relação de dominação e impedimento da expressão das diferenças. Um encontro que se torna embate, como perpetuação de um modelo hegemônico de civilidade que coloniza a vida aos que nele estão incluídos marginalmente.

A hegemonia do modelo de urbanidade propaga compreensões dicotômicas, na delimitação de caminhos binários que de forma antagônica segmentam as produções do campo e da cidade, ou quando permitem seu encontro é para submeter a primeira à lógica da segunda. Estas bifurcações nos levam a formações normativas que impedem de pensar tais territórios como *continuuns* que se encontram, processam rupturas e imersões.

Devemos compreender que este modelo de urbanidade consolida estratégias de dominação sobre as vidas dos que dele participam marginalmente, mas que esta proposta de dominação não se efetiva por completo. A história e as práticas humanas não são totalizadas de modo conclusivo, na realidade concorrem variados projetos de sociedade, que mesmo não hegemônicos, resistem, incidem e clivam a ordem social estabelecida. Assim, contra a lógica linear que sobrepuja a cidade ao campo, deve-se abrir o olhar para a complexidade de atores sociais e práticas que se interseccionam entre as realidades do campo e as produções urbanas. Para oferecer destaque e vazão a uma compreensão que entenda o campo não apenas como sujeitado à cidade, mas como lugar capaz de produção de táticas que nas relações de vizinhança e proximidade ao modelo urbano, produzem interpenetrações em expressões culturais, práticas de trabalho e modos de vida que se fazem como campo-cidade e cidade-campo.

Carneiro (2012) em suas investigações aponta uma diminuição crescente no êxodo rural no Brasil e em outros países, com um maior enraizamento da população no campo. Tal fenômeno se deve à proximidade existente entre o campo e a cidade, que possibilita: o fácil acesso da população rural às produções urbanas; o aumento de pessoas que residem na zona rural e que realizam suas atividades de trabalho na cidade; pessoas que saem da zona urbana para constituírem moradia na zona rural, na busca de melhorias e qualidade de vida; bem como, o crescimento de atividades não agrícolas, como o turismo rural e a produção de artesanatos e outras ocupações, que permitem diversas fontes de composição de renda à família do campo.

Diferente de alguns autores que acreditavam na diluição dos processos rurais com o avanço da urbanização, o que acontece hoje é a configuração de um território diferenciado e emergente, não mais caracterizado somente pelo trabalho agrícola e o manuseio da terra, mas por outras práticas, atividades, relações que desmitificam o território do campo como local distante e isolado, e o compõem como espaço que se fortalece na formação complexa de elementos que devem ser observados e analisados (Leite et al., 2013).

Esta nova composição exige uma reflexão dos pesquisadores, que ali querem debruçar seus estudos, que pense o campo em suas diversidades de expressões e produções, as quais adquirem consistência e forma em cada local, com as relações específicas com seu território e processos históricos a ele implicados. Buscar nas expressões do mundo do campo uma unidade, que por derivações de semelhança congreguem as suas produções ao modelo civilizatório urbano, é produzir um enquadre identitário que engessa e impede a proliferação dos jogos de alteridade presentes nas realidades rurais. É na pluralidade histórica, cultural, política, econômica, entre outros tantos elementos, que as produções do campo constituem no Brasil, compondo um mosaico de expressões de homens e mulheres que vão desde: as comunidades quilombolas, os aldeamentos indígenas, as comunidades tradicionais de imigrantes, as comunidades ribeirinhas, os movimentos sociais de luta pela terra, e outros grupos sociais que constituem o cenário do mundo rural brasileiro (Leite et al., 2013).

Para o aprofundamento analítico destas relações fronteiriças entre o mundo do campo e o urbano, cabe explorar o conceito de periurbanidade apresentado por Tassara e Ardans-Bonifácio (2008). A terminologia periurbano define-se por inter-relações que expressam movimentos que se encontram e ao mesmo tempo produzem limites que os distanciam e os diferenciam:

Não se trata de comparar modelos e formas de sincretização entre si, mas sim de, através da inter-relação entre informações históricas e informações psicossociais, inscrever aquilo que para um observador ingênuo poderia ser considerado como manifestação da inconstância humana, como algo que se constrói no trânsito entre seres humanos em territórios diferentes, encontro entre seres humanos gerando percursos para a construção das ideias sobre suas determinações, algo que possa, sob a óptica da complexidade, sugerir universalidades (Tassara & Ardans-Bonifácio, 2008, p.142).

As produções estabelecidas entre o projeto de civilidade urbana e os outros modos de sociabilidade, como as realidades rurais próximas as cidades, produzem inter-relações periurbanas, as quais apresentam-se como manifestações que não se perfazem apenas por sincretismo, nem mesmo por total diferenciação e comparação, mas enquanto espaços de trânsito entre produções que

ao se inter-relacionarem são capazes de recriação de práticas sociais e formas emergentes de existência. Assim, a realidade rural periférica as cidades, se apresenta enquanto uma forma marginal que ao ser incluídas às urbanidades, possibilitam tanto alterações táticas ao seu bem viver, quanto capturas estratégicas que as vão metamorfosear “no trânsito entre seres humanos em territórios diferentes” (Tassara & Ardans-Bonifácio, 2008, p.142).

A Comunidade Pau D'arco situa-se nestas relações fronteiriças de encontros e distanciamentos entre a vida urbana da cidade de Arapiraca e as produções culturais locais. Tais relações se perfazem não apenas pelas aproximações geográficas, mas também pelos trânsitos simbólicos, políticos e culturais que se estabelecem entre ambos os territórios. Apesar destas aproximações com o a realidade urbana, o modo de vida rural, com suas formas de trabalho e relação com a terra, a economia de subsistência, os conhecimentos populares passados por meio da oralidade e os vínculos de proximidade e reconhecimento entre vizinhos, parentes e amigos ainda estão marcados no cotidiano da comunidade. Como afirma Santos (2011), sobre as relações do que ele denominou da cidade do campo:

Tal processo é criador de ambiguidades e de perplexidades, mas também de uma certeza dada pela emergência da cidade como lugar político, cujo papel é duplo: ela é reguladora do trabalho agrícola, sequioso de uma interpretação do movimento do mundo, e é a sede de uma sociedade local compósita e complexa, cuja diversidade constitui um permanente convite ao debate.

Estas inter-relações e trânsitos entre ambos os territórios se manifestam também nos modos de cuidado à saúde e da vida dos membros da comunidade. Como foi possível observar no estudo sobre a associação entre as práticas tradicionais, no uso de chá, ervas, rezas e orientações familiares, aliadas ao saberes médicos especializados por meio de exames, consultas e uso dos medicamentos. Importante salientar que esta prática manifestada não supõe diferenciações estritas entre estes dois modelos, ao contrário, estes são associados enquanto uma prática conjunta no cuidado à vida. Como por exemplo: I3 (idosa da comunidade) que diz: “*Para melhorar eu faço exame, tomo remédio, rezo e tomo também o chá. Sinto mais confiança na melhora*”.

Outro elemento catalisador de mudanças para os modos de vida da comunidade foi o processo de reconhecimento da mesma enquanto território quilombola. Tanto nos aspectos objetivos, com maior visibilidade das dificuldades enfrentadas na luta pela garantia de seus direitos básicos, quanto em suas produções subjetivas políticas, no resgate de sua história, nas narrativas de suas memórias, em embates no cotidiano comunitário quanto a identidade a ser definida por seus moradores, que por um lado buscam afirmar o modo de vida negro rural, e por outro, enfrentam em

suas fronteiras materiais e simbólicas a imersão da comunidade aos moldes de vida urbano. Tais releituras e embates promovem transformações nos olhares dos próprios moradores sobre o seu território, que apesar de apresentar-se como uno, é composto por sobreposições e encaixes de outras territorialidades que mobilizam variadas sinergias na constituição do cotidiano da comunidade.

Assim, o processo de reconhecimento possibilitou tanto avanços na garantia de direitos e afirmação da identidade negra na comunidade, quanto também desafios e problemas produzidos pela necessidade de releitura de seu território e pela luta pelos direitos ainda não garantidos aos seus moradores. Uma das conquistas foi a ampliação do turno na escola para tempo integral. Cabe lembrar que a escola não atende apenas alunos da comunidade, mas de povoados que estão em seu entorno. Por iniciativas de alguns professores e lideranças comunitárias a escola procura em suas atividades, realizar reflexões e práticas para se discutir a vida de Pau D'arco e a história da população negra brasileira, discussões sobre os períodos coloniais até os dias atuais, englobando questões culturais, políticas e sociais. Uma das entrevistadas da presente pesquisa afirmou que:

Estas discussões na escola não foram fáceis, muitos alunos de outras localidades que frequentam a escola diziam que não precisariam aprender estas histórias, afinal eles não eram da comunidade. Respondi a eles que viviam parte de suas vidas na comunidade, conviviam com amigos negros, e que história deles também se faziam aqui.(A1, adulta da comunidade).

A escola é o equipamento mais organizado quanto às discussões sobre terra, território, raça, etnia, modo de vida quilombola e luta por direitos. Foi neste espaço que as discussões sobre as relações étnico-raciais se iniciaram e as possibilidades da construção do evento anual na semana da Consciência Negra tornou-se uma das grandes festividades na comunidade, com: apresentações culturais (danças afro, cantigas de roda e rodas de capoeira), mesa de debates, com pesquisadores, lideranças e moradores da comunidade.

Um dos grandes problemas que a comunidade enfrenta atualmente é a luta pela titulação de suas terras. Esta dificuldade não é singular a Pau D'arco, mas da maioria das comunidades quilombolas do Brasil. Esta negligência do direito à terra leva as comunidades a muitas formas de vulnerabilidade e exposição à violência e maus-tratos. Em Pau D'arco esta situação não é diferente, a venda de sua mão-de-obra para trabalhos em terras de outros proprietários apresenta-se como fato para a aquisição de renda. Para além deste problema há uma necessidade urgente de sua titulação devido a um projeto de expansão urbana proposto pelo município de Arapiraca que abrange o território da comunidade.

A ampliação do perímetro urbano traz consigo a especulação imobiliária que cresce junto

com a cidade, a qual já se faz presente na comunidade com a presença de dois loteamentos de condomínios fechados em seu entorno, sendo que em um deles o acesso será realizado pela avenida central de Pau D'arco. A expansão urbana é uma preocupação devido às modificações estruturais, de impostos, benefícios, bem como, das relações presentes na comunidade. A especulação imobiliária é uma preocupação dos moradores devido à lógica de expulsão por meio da venda das casas e das terras. Ademais, essa proposta de expansão chegou à comunidade de forma imprevista e imediata, sem um diálogo anterior com as lideranças quilombolas e moradores.

Frente a este quadro, a comunidade organiza-se atualmente para requerer do ITERAL o processo de titulação de suas terras. Em Alagoas, das 65 comunidades reconhecidas, apenas uma, a Comunidade Quilombola de Tabacaria, tem o processo de titulação em andamento e em vias de obter a posse do território.

Não é apenas pela luta pela titulação da terra que as conquistas e desafios vêm se dando na comunidade. Outra garantia conquistada pela mesma no pós-reconhecimento foi a implantação de uma Unidade Básica de Saúde em seu território. Este avanço traz consigo um desafio a ser superado. A presença da UBS na comunidade é passo para o melhor acesso da população à saúde, porém a garantia de resposta e aceitabilidade deste serviço à realidade cultural e ao modo de vida de seus moradores deve ser construída junto a comunidade. Tal equipamento deve-se alinhar às especificidades de saúde, bem como, a realidade cultural e os processos de cuidado presentes na comunidade negra atendida. Para que não se implante um projeto de saúde genérico que não ampare as produções de cuidado presentes na comunidade. Lutar pela construção de um projeto coletivo de implantação da política pública de saúde na comunidade condizente com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra torna-se norte político. Como afirma A (adulta da comunidade quilombola):

Nós precisamos discutir melhor a saúde de nosso grupo. Na escola as coisas já estão mais avançadas, mas na saúde ainda falta muito. Pouco se fala da saúde da população negra. Temos cursos sim, mas tudo em Maceió. Aqui mesmo as coisas dependem mais de um ou de outro que tenta colocar a saúde da população negra em questão.

Como afirma Oliveira (2011), as comunidades quilombolas apresentam uma especificidade epidemiológica quanto a prevalência de seus quadros patológicos, devido, muitas vezes, a sua formação por meio de relações intrafamiliares, entre membros da própria família com graus de parentescos próximos, o que pode levar a prevalência de certas doenças nestes territórios. Porém, para além das causas genéticas, a prevalência de determinados agravos e/ou doenças nas comunidades negras rurais estão relacionados às vulnerabilidades vivenciadas em seu cotidiano.

Assim, como pontuam Almeida, Santos e Paiva (2012) as práticas de promoção e prevenção em saúde para se desenvolver, dependem da criação de uma rede mobilizadora capaz de construir junto aos coletivos que dela participam, práticas capazes, tanto em nível técnico quanto de ação política, de transformar a realidade que os cerca. Para tal, a participação comunitária torna-se base fundamental ao desenvolvimento da política pública de saúde que deve descentrar suas práticas de intervenções pontuais e individualizadas a ações participativas que abranjam os projetos das comunidades.

7.2 Informações do SIAB sobre a Unidade Básica de Saúde Pau D'arco

As dificuldades relatadas pelas lideranças da comunidade Pau D'arco sobre a implantação da política pública de saúde na comunidade quilombola não diverge em seu quadro geral de outras comunidades do Brasil, que expressam dificuldades comuns como: práticas discriminatórias presentes no próprio serviço (Silva et al., 2015); dificuldade em estruturar uma rede de referência e contrarreferência em saúde (Pereira et al., 2015); e alta rotatividade de profissionais (Pereira et al., 2015 e Oliveira et al. 2012). Frente a estas problemáticas, estudiosos (Ianni et al. 2007; Bezerra et al. 2014; Bezerra et al., 2013; Vieira e Monteiro, 2013) apontam a necessidade de se construir estratégias em níveis individuais e coletivos que incidam sobre as necessidades de saúde específicas das comunidades negras rurais, e façam destas diferenças, campos possíveis de reinvenção das práticas de saúde para o cuidado das populações quilombolas.

De acordo com os dados do SIAB, a USF Pau D'arco acompanhou neste período uma média de 1.327 famílias, com 1.537 visitas domiciliares realizadas ao mês, o que equivale a uma média de 1,16 visitas realizadas por família. As famílias acompanhadas não abrangem apenas o território quilombola, mas outras comunidades rurais da localidade. O total de visitas nestes seis meses foi de 9.963, sendo que: o médico realizou 79 visitas, o enfermeiro 55; profissional de nível médio 607; e os agentes comunitários de saúde 9.222 visitas (SIAB, 2015).

Foram cadastradas neste período de seis meses 37 gestantes, destas, foram acompanhadas 36. Do total de gestantes, 27,03% eram menores de 20 anos, este dado mostra que mais de um ¼ das gestantes neste período eram jovens e adolescentes. A porcentagem de consultas de pré-natal realizadas ao mês foi de 86,11%, houve meses de realizar 27 consultas. O número de nascidos vivos no período foi de 38, sendo que destes 15,79% nasceram com menos de 2.500g, apresentando baixo peso de nascimento. Todas as 72 crianças de 12 a 23 meses estiveram com as vacinas em dia, destas, 56,94% foram pesadas, sendo que uma delas apresentou desnutrição. Das crianças menores de 2 anos, 9,03% apresentaram diarreia e 12,5% tiveram infecção respiratória aguda. A porcentagem de crianças menores de 5 anos hospitalizadas por pneumonia foi de 5,56% no período

de seis meses (SIAB, 2015).

Foram cadastradas neste período 106 pessoas com diabetes, destas, 98,11% foram acompanhadas. A porcentagem de diabéticos que necessitaram de internação hospitalar nestes seis meses foi de 9,26%. A hipertensão apresenta-se como a doença que mais abrange a população atendida, com 357 hipertensos cadastrados, sendo que destes 99,16% foram acompanhados. Não houve nenhum acidente vascular cerebral e nem infarto agudo do miocárdio. As hospitalizações psiquiátricas e por abuso de álcool de pessoas com 15 anos ou mais, apresentaram baixa porcentagem e foram equivalentes para ambos os agravos, com porcentagem de 1,85% das hospitalizações (SIAB, 2015).

No período de referência foram realizadas um total de 2.237 consultas, sendo que destas, 31,7% foram consultas para pessoas com 50 anos ou mais. Dentre os tipos de atendimentos realizados, os cuidados aos hipertensos culminam em primeiro lugar, seguidos da puericultura e dos atendimentos pré-natais. É compreensível que sejam estes os tipos de atendimentos mais realizados devido ao alto índice de cadastrados com hipertensão seguidos das crianças e das atividades de cuidado no processo de gestação, realizado pela presente USF (SIAB, 2015)

Um fator que chama a atenção é a disparidade de procedimentos, os quais apresentam-se mais vinculados às práticas individualizadas, contra as atividades coletivas e práticas de grupos. Os procedimentos que se destacam com maior nível de execução no período de seis meses foram os curativos: 685 realizados; seguidos dos atendimentos individuais feitos pelo enfermeiro que totalizam 299, seguidos pelo atendimento individual realizado por profissionais de nível superior, com 275 realizados. Já os atendimentos de grupo e os procedimentos coletivos totalizaram 35 atendimentos, com meses em que apenas dois atendimentos foram realizados. Os procedimentos coletivos constam com 19 encontros, concentrados em um único mês, sendo que nos outros meses não consta esta atividade. As práticas de reuniões também aparecem com dois meses ausentes (SIAB, 2015).

Em reunião realizada com as lideranças da comunidade e trabalhadores da saúde, eles afirmaram a necessidade de conhecer mais profundamente a PNSIPN, para poder tanto implantar esta política junto às práticas realizadas pela Unidade Básica de Saúde local, quanto informar e instrumentalizar a comunidade sobre seus direitos à saúde e as especificidades que concernem aos quilombolas. Os dados do SIAB vêm ao encontro das críticas e demandas levantadas pelas lideranças comunitárias quilombolas de Pau D'arco, que afirmam a necessidade de pensar ações de saúde na comunidade de forma mais ampliada, com atividades que abranjam práticas coletivas e de educação em saúde, principalmente no que condiz às discussões sobre saúde da população negra.

É importante ressaltar que as informações do SIAB apresentaram-se como analisadores

iniciais das condições de saúde da população investigada, apontando alguns dos procedimentos e das atividades mais desenvolvidas na comunidade. Assim, as informações apresentadas pelo SIAB tornam-se base de dados complementares aos estudos que objetivam investigar a implantação e impacto das políticas públicas de saúde e devem ser mais acessados e utilizados pelos pesquisadores da área.

7.3 Cenas e acontecimentos no campo de estudo: práticas ao desenvolvimento da pesquisa

Um estudo de caso não tem seu início apenas com a inserção do pesquisador à comunidade, seu percurso pode ser anterior a esta etapa, pode ser talvez a objetivação da trajetória de questionamentos e inquietações do estudioso sobre o tema de pesquisa. Os primeiros contatos com a comunidade Pau D'arco já haviam ocorrido antes mesmo da presente pesquisa. Como docente da Universidade Federal de Alagoas, realizei os primeiros contatos com a comunidade através do futuro agente local, graduando em psicologia, que trazia para discussão em aulas e grupo de pesquisa, as problemáticas vividas pelos seus parentes, familiares, amigos e conhecidos. Em um desses encontros com o discente, fui convidado pelas lideranças a participar como ouvinte das atividades da Semana da Consciência Negra, no ano de 2013. Após este contato sempre me mantive informado por meio do discente/morador sobre os acontecimentos e problemáticas enfrentadas pela mesma.

Por meio deste vínculo profícuo produzido com o agente local, que os primeiros passos desta pesquisa e contatos com a comunidade foram realizados, tendo marcado um primeiro encontro no início do mês de novembro de 2014, na Associação Comunitária Quilombola, com o intuito de explicar os objetivos da pesquisa, os possíveis caminhos a serem desenvolvidos, bem como, o reconhecimento inicial do campo de estudo. Participaram deste encontro duas lideranças comunitárias, dois profissionais (um da saúde e outro da educação) e a gestora da Unidade Básica de Saúde.

O encontro iniciou com a apresentação de cada participante, sendo que neste momento o agente local foi de fundamental importância, mediando as apresentações, os discursos, adensando falas, destacando pontos relevantes sobre as necessidades da comunidade e os objetivos da pesquisa. Após as falas iniciais entre os pares, foi realizada a apresentação do projeto de pesquisa, seguido de uma rodada de falas para que cada participante expusesse suas dúvidas e expectativas. Este momento foi marcado por inquietações e questionamentos, principalmente a respeito do resultado final da pesquisa à comunidade, pois como afirmaram: *“Já estamos cansados de ser objeto de estudos e isso não dar em nada para comunidade. Têm muito pesquisador com título e currículo bom em nossas costas.”* (diário de campo, novembro de 2014).

Esta narrativa suscitou questionamentos sobre os objetivos políticos da pesquisa: quais suas repercussões na vida comunitária? Qual seria sua colaboração para o desenvolvimento da saúde na comunidade? Já que de acordo com os presentes, uma das áreas que ainda tinha que ser desenvolvida na comunidade era a saúde. Apesar de alguns cursos e aperfeiçoamentos ofertados em Maceió, do qual muitos deles participaram, ainda eram incipientes as iniciativas ligadas à saúde da população negra. Principalmente ações em educação em saúde, que possibilitassem discussões e críticas mais amplas sobre saúde, raça/etnia e comunidades quilombolas.

Por meio deste debate, que alguns acordos foram sendo elaborados para que a realização da pesquisa fosse aceita, um deles é o acompanhamento do processo de pesquisa pelos membros da comunidade interessados ao tema. Outra demanda foi de que a pesquisa promovesse mobilizações e discussões sobre a Política Nacional Integral da População Negra na relação com o território quilombola. Por fim, que os resultados do estudo permitissem à comunidade conhecer melhor a sua situação de saúde.

Neste encontro percebemos que a comunidade estava organizada politicamente e que apresentava horizontes semelhantes às compreensões políticas e alguns objetivos da presente pesquisa, como: iniciativas que promovessem a participação comunitária; conhecer os processos de cuidado em saúde da comunidade; elaboração de um conhecimento que possibilitasse a transformação da realidade.

Aceita a realização da pesquisa, os participantes afirmaram que iriam divulgar a mesma na comunidade, em conversa com amigos e vizinhos, e de forma oficial na reunião mensal realizada na associação comunitária quilombola. Naqueles três dias de reconhecimento da comunidade foram realizadas, junto com o agente local, caminhadas para conhecer seu território. Passamos por lugares importantes de convivência comunitária, como: a escola, a igreja, a unidade básica de saúde, os quintais, os roçados, as pequenas vendas e mercadinhos.

Para quem caminha na avenida principal da comunidade identifica aquele local como mais um bairro da periferia da cidade. Porém, no momento em que você adentra suas ruas, passa pelas casas e se distancia cada vez mais da avenida central, as características rurais se acentuam. As casas em sua maioria não são muradas e nem apresentam cercas que demarcam os limites entre si. Este fato deve-se à maioria dos vizinhos serem familiares próximos, irmãos, tios, primos.

A presença de animais como porcos, galinhas, burricos, cabras se fazem presentes nos quintais, ou em qualquer pedacinho de terra possível à criação. Os quintais, bem como os lotes desapropriados, cumprem o papel da terra que falta a muitos membros da comunidade, estes preenchidos com roçados para subsistência das famílias, ou para produção de fumo. O quintal ainda funciona como espaço importante à convivência comunitária, como lugar onde se compartilha com

os vizinhos e outros membros da comunidade momentos de lazer, descanso, acolhimento, cafezinhos, receitas de chás e ervas, alimentos e boas prosas. Um acontecimento marcante para o pesquisador foi em um almoço, realizado no maior quintal em que se encontrava dentre três casas, nas quais cada alimento colocado à mesa, como a própria mesa e as cadeiras, foram trazidas por pessoas que moravam em casas diferentes. Após o almoço foram dispostos embaixo de um cajueiro alguns colchões e redes para as pessoas descansarem e conversarem. Este episódio não foi exclusivo, aconteceu em outros almoços e em casa de outras pessoas da comunidade.

Este acontecimento marca a presença de relações comunitárias entre os membros da comunidade, desde pequenos almoços, aos cuidados à saúde de familiares e vizinhos. A não demarcação territorial entre algumas casas mostra ainda a presença da vida comunitária de Pau D'arco, que apesar das rupturas, tais aproximações coletivas no histórico da comunidade, ainda fazem persistir alguns vínculos que buscam com os outros, através de possíveis encontros para compartilhar a vida.

É neste cenário de contradições, da inserção do modo de vida urbano, das mediações das lógicas capitalistas em confronto com produções comunitárias e tradicionais, que o cotidiano da comunidade vai sendo reproduzido. Estas contradições amparam-se nas produções periurbanas que caracterizam as inter-relações presentes no dia a dia dos moradores da comunidade, e são elas também que apresentam os maiores conflitos vividos por eles, desde: suas definições identitárias; os modos de cuidados à saúde; bem como, os conflitos territoriais que são presenciados diariamente.

É neste enredo de conflito que as tentativas de afirmação de um lugar comum passam a ser discutidos e fundados em marcadores sociais que buscam diferenciar os moradores quilombolas de suas vizinhanças urbanas, como: o pertencimento a uma comunidade negra rural; ser trabalhador e trabalhadora rural; ser mulher negra; a luta pela conquista da terra; entre outros.

A casa, neste cenário de tensão e conflito, passa a ser vivida como moradia, como lugar que está além de seu papel de recolhimento e proteção às intempéries da natureza e da vida social. Uma casa que não vai além destes elementos pode tornar-se um lugar de reclusão e de distanciamento da realidade. Ela necessita sim, cumprir sua função de recolhimento, mas não com o objetivo à clausura a outros encontros, ao contrário, possibilitar o descanso e a revitalização para novos encontros com a natureza e com outros sujeitos. Possibilitar o descanso necessário para enfrentar com os outros e a natureza, os entraves naturais e políticos que impedem a vida. Há o cuidado com o dentro como uma possibilidade de viver o fora. Este fora que faz da casa, moradia, como lugar não, apenas objeto, nem tampouco propriedade, mas um ponto vivo nutrido por relações de vizinhança. Relações que estabelecem trocas, não só de utensílios e bens, mas trocas entre os humanos. Não se trata de um objeto que se recebe, mas é o outro, que ao ser acolhido como parte de

minha morada, possibilita reconhecimento enquanto igual. Aqui há a possibilidade de habitar um lugar comum, que permite a partir do outro, sair de si mesmo para compartilhar a vida. (Gonçalves Filho, 1998).

Nas andanças pela comunidade foram realizadas duas visitas importantes para o pesquisador conhecer sua história. Uma delas foi em casa de uma das netas de um dos fundadores da comunidade, uma senhora de mais de 70 anos, reconhecida como uma Griô pela comunidade, ou seja, guardiã das memórias, histórias e narrativas daquele lugar. A depositária das memórias das extensas famílias que compõem a comunidade quilombola, capaz de nomear cada um de seus membros, de mencionar as uniões realizadas entre eles. Ela contou alguns mitos fundadores da comunidade, o percurso histórico dos primeiros moradores que chegaram a Pau D'arco até seu processo de formação.

A outra visita realizou-se na casa de um dos professores da escola, que nasceu e foi criado na comunidade. Entre as conversas, ele trouxe o seu trabalho de conclusão de curso, realizado em conjunto com outra moradora, que teve por objetivo realizar por meio das memórias dos idosos a reconstrução histórica da comunidade. Este material foi fundamental para compreender a formação de Pau D'arco e as repercussões de sua história no presente. Afinal, uma comunidade é caracterizada por alguns elementos: história; formação de seu território; projetos, modos de vida, e valores.

As precariedades materiais presentes na comunidade, como por exemplo, ruas sem asfalto, com esgoto a céu aberto, lixo espalhado por alguns terrenos, não foram empecilhos ao encontro com o outro, em relações nas quais nós e os moradores nos dispúnhamos às diferenças, às vezes com inquietações e desconfiança, mas que eram desvencilhadas no percurso da conversa.

A presença do agente local foi fundamental para a imersão na vida comunitária, durante os três dias de visita, na qual fomos reconhecidos e reconhecemos o território a ser pesquisado.

No terceiro dia as pessoas da comunidade já nos identificavam pelo nome, e todos se cumprimentavam amistosamente. Algumas pessoas ao nos ouvirem, saíam de suas casas e nos chamavam para um café. Estes detalhes mostram os vínculos que estavam sendo estabelecidos entre o pesquisador e os membros da comunidade. Na realidade do mundo do campo, o reconhecimento do outro acontece através das relações face a face, da identificação da pessoa pelo nome. Reconhecer o outro pelo nome é construir relações que estão para além dos papéis sociais exercidos. Papéis este que trazem consigo exercícios de poder, que por vezes, resultam no estabelecimento de desigualdades na veracidade das falas, das informações e dos conhecimentos compartilhados (Martins, 1993).

Após esta primeira convivência com a comunidade foram marcadas mais duas datas, 24/04/2015 e 12/06/2015, para o nosso retorno, no intuito de realizarmos as entrevistas com os

moradores. Cada data consistiu em três dias de visitas com a realização de: entrevistas, conversas informais e observações da realidade cotidiana da comunidade. A marcação das datas e o agendamento das entrevistas foram mediadas pelo agente local, bem como, a seleção dos entrevistados. Este procedimento possibilitou uma seleção acurada dos participantes, que se tornaram os informantes-chave da pesquisa.

As entrevistas foram anteriormente agendadas com os participantes procurando o melhor horário e dia para que eles recebessem o pesquisador. No dia anterior à entrevista, pesquisador e agente local passavam na casa para acertar os horários do encontro. Mesmo com o agendamento prévio, algumas das entrevistas tiveram que ser remarçadas para outros horários, devido a imprevistos e prolongamento de algumas atividades de trabalho dos participantes. Nestes seis dias foram realizadas cinco entrevistas, com: uma jovem, acima de 18 anos; uma mulher adulta, com idade acima de 40 anos; e três idosos, sendo uma mulher e dois homens, todos com idade superior a 65 anos.

Todas as entrevistas foram gravadas para posterior transcrição e análise. As entrevistas foram todas realizadas na casa dos participantes, tendo nos quintais o cenário do desenvolvimento das mesmas. O contato inicial se realizava na porta da casa, entre palmas e olhares em que entrevistado e entrevistador se reconheciam. A presença do agente local era relevante, como uma referência que abria os caminhos para adentrar a morada do outro. Em uma conversa informal buscava-se aproximação à realidade do participante. Receios, ansiedades e desconfianças eram suscitados neste momento entre ambas as partes. Porém, por meio da conversa o participante nos convidava para entrar, passávamos pela sala, em algumas casas a sala e cozinha compartilhavam o mesmo espaço. Na maioria das vezes, neste ambiente éramos convidados a esperar, o(a) entrevistado(a), ou seu (sua) cônjuge, traziam ou café, suco, água, junto com alguma guloseima. Depois seguíamos para o quintal, onde as cadeiras eram dispostas, para três lugares, quando o agente local era requisitado para acompanhar a entrevista pelo morador, ou duas cadeiras, quando este não era solicitado.

Este processo de entrada nas casas foi vivenciado por nós como um ritual de passagem, na qual o ambiente era vagarosamente reconhecido, bem como, nós éramos observados e também reconhecidos pelos participantes. A espera na sala e a busca pelo café era o momento em que as primeiras barreiras eram quebradas. A chegada ao quintal era um momento de aceite inicial para a conversa, afinal é naquele ambiente que a vida é compartilhada na comunidade, como se eles dissessem: ok, vamos compartilhar um pouco de nossas experiências. Este processo de entrada à casa era o estabelecimento do vínculo inicial, como o preâmbulo do que viria a acontecer, tanto que, ao chegar ao quintal, falas como: *“Certo, vamos começar”* (A1, adulta da comunidade); *“Então, o*

que vamos conversar?” (I3, idosa da comunidade); *“Será que eu poderei te ajudar?”* (I2, idoso da comunidade); *“Do que se trata mesmo seu estudo?”* (J1, uma jovem da comunidade).

Figura 6. Quintal de uma das casas da comunidade quilombola (2015)

O processo inicial das entrevistas apresentaram alguns receios, com a emergência de muitas pausas e silêncios, principalmente com os idosos. Dois deles requisitaram a presença do agente local. Como afirma Martins (1993), a história dos trabalhadores do campo é marcada por atos de violência, formas de desigualdades e práticas de marginalização oriundas do homem branco, que por meio de seus aparatos tecnológicos e jurídicos, lhes impõem um modo de vida que deve ser seguido, como exigência para que estas populações sejam aceitas. Esta vida construída entre conflitos, desigualdades estruturais e exigências à aceitação no mundo dos brancos, pode gerar nestas populações uma vida de duplicidade: com certas ações, falas e expressões aos que são reconhecidos como os de fora; e uma outra vida que se faz aos que são de dentro, ou que são identificados enquanto iguais.

Esta duplicidade se expressa nos silêncios e pausas produzidos em conversas realizadas em contato com o outro, a princípio desconhecido. Estas táticas são formas de resistência, como modo de sondar qual dos dois universos é passível de ser mostrado, aquele que, por vezes, é atribuído ou carrega as insígnias do grupo dominante. Qual discurso pode ser emitido? O que deve emergir e o que deve ser ocultado? Estas perguntas nem sempre passam ao nível consciente do sujeito, mas apresentam-se como um modo sensível de agir diante do diferente (Martins, 1993).

Assim, os silêncios, pausas e falas descontextualizadas, não são expressões ingênuas de quem não sabe o que falar. Talvez ao contrário, é alguém que busca compreender o que falar diante da duplicidade de mundos presentes naquele momento de encontro. Como afirma Martins (1993, p. 33) sobre pesquisas realizadas em comunidades rurais:

No campo, o pesquisador se defronta com uma linguagem de silêncio. Com o tempo, aprende a conviver com essa população e descobre o que significa o silêncio. É uma forma de linguagem e de luta. É preciso uma paciência enorme para ouvir esse silêncio.

Assim, ouvir o silêncio é permitir que esta duplicidade de códigos, ricos em seus detalhes, possam se desenvolver entre momentos de revelações e ocultações.

Aceitar o silêncio é afirmar nossa disposição às condições do encontro com o outro, na compreensão de que este encontro está cerceado por uma rede de relações, que mesmo não manifestas se fazem presentes na ordem do imediato. Muitas delas delineadas como experiências assimétricas de poder, vividas por meio de marcadores sociais que estabeleceram na vida dos sujeitos, relações de desigualdade e violência. Relações estas que percorrem longa data, algumas que passam o tempo do vivido e prolongam-se sobre o tempo histórico, emergindo naquele momento do encontro com uma força que atualiza e reedita as relações de poder presentes na vida social. A atualização destas relações pode produzir uma angústia política de difícil elaboração no momento imediato, como experiências que não foram suscitadas no sujeito apenas no presente, mas que foram vividas em tempos idos, e por vezes, para além de sua experiência individual, mas enquanto experiência histórica de seu grupo, de seu gênero, de sua raça, de sua classe (Gonçalves Filho, 2007).

A narrativa de I3 (idosa da comunidade), ao me encontrar, pesquisador branco, descreve este momento de atualizações das relações de poder presentes na vida social. Ela afirmou que: “*Apesar de você ser branco, posso tentar ajudar.*”. A marcação étnico-racial manifesta por I3 (idosa da comunidade) não remete apenas àquele momento do encontro, mas faz eclodir relações históricas de dominação presentes na sociedade brasileira entre brancos e negros. A narrativa não está direcionada apenas a mim, mas ao grupo ao qual sou identificado. A atualização destas relações no presente possibilita, junto à participante, elaborarmos elementos capazes de decifrar partes destas assimetrias e conflitos que estão presentes em nossas vidas. São nestes acontecimentos que o estudo revela sua potencialidade em decifrar as relações de dominação presentes na vida social. Como afirma Martins (1993), são nestas relações tensas, limítrofes de encontros e desencontros que a possibilidade de decifrar os processos de dominação vividos no cotidiano se apresentam:

[...] o estudo dos movimentos sociais do campo, e também dos movimentos indígenas, só é eficaz quando transforma, por meio deles, num estudo sobre a nossa própria sociedade e sobre nós mesmos. 'Nós' que abrange a diversidade constituída por 'eles'. Não era esse o artifício preconizado pela sociologia clássica e também pela antropologia, o de que o nós fosse objetivamente visto com os olhos dos outros? Pois os *outros* estão entre *nós*!

Ao encontro desta discussão apresenta-se o estudo de Schucman et. al (2012), que mostra que as definições de raça e de etnia presentes nas relações entre pesquisadores e pesquisados repercutem diretamente nos processos da pesquisa, ora auxiliando, ora dificultando o acesso a informações, como: a facilidade ou empecilho na entrada em campo; os silêncios presentes nas entrevistas; as falas meticolosas que podem ser apresentadas; mais ou menos acessibilidade aos entrevistados; entre outros acontecimentos.

Assim, o processo de pesquisa deve ser vivido na experiência da palavra, a qual não pode ser capturada, como se o depoente fosse um instrumento a ser manuseado, dissecado pelas respostas requeridas do entrevistador. A conversa deve ser um encontro entre agentes, que permita ao depoente lembrar, e neste ato, ampliar a interpretação de suas vivências, possibilitando a ele a elaboração de seus enigmas. Elaboração esta que abrange o entrevistador e alarga os pontos de vista de ambos, permitindo a todos saírem de si ao encontro do outro. Como ao final da entrevista com a I3 (idosa da comunidade), quando estávamos saindo de sua casa ela faz uma pergunta ao agente local: *“Então quer dizer que ele está com a gente?”* e complementa, entre sorrisos e abraços: *“Pensei que a entrevista ia ser mais difícil”*. Isso não ocorreu apenas na entrevista com I3 (idosa da comunidade), mas com outros entrevistados, de outras formas e maneiras. Porém, esta foi escolhida pela sua capacidade de explicitar a situação vivida no campo de pesquisa.

7.4 A experiência com o Agente Local

A iniciativa do trabalho com o agente local se apresentou como modo de mediação, diálogo e efetividade do desenvolvimento da pesquisa à realidade da comunidade. O espaço potencial de atuação do agente local foi nos hiatos existentes entre os modos de compreensão, valores e práticas do pesquisador e da comunidade. Sua função foi possibilitar espaços de permeabilidade entre estes discursos. Como segue na Figura 7 o esquema conceitual de atuação do agente local de acordo com Almeida et al. (2012):

Figura 7. Esquema conceitual da atuação do agente local.

Após a seleção do agente local iniciou-se o processo de troca de informações, com reuniões e conversas com o agente para explicar os objetivos da pesquisa, mostrar as etapas a ser desenvolvidas, a apresentação do perfil dos sujeitos a serem pesquisados, bem como, o processo de capacitação do mesmo frente aos instrumentos que seriam utilizados na investigação. Nos encontros de supervisão foram realizadas discussões e práticas de como realizar uma entrevista, procedimentos para fazer observações de campo, como proceder para auxiliar na seleção dos informantes da pesquisa, formas de produzir um relatório de campo, modos de interpretação de dados e a ética em pesquisa.

De forma aparente, esta etapa parece ser uma via de mão única, na qual o agente local foi capacitado e instrumentalizado para a pesquisa. Porém, o agente local com suas experiências e saberes produzidos no cotidiano da comunidade, propôs alterações nos instrumentos, nas etapas da pesquisa, na seleção dos informantes, realizou observações que passaram despercebidas e auxiliou na produção das interpretações dos dados.

Assim, o agente local: atuou no levantamento de informações na comunidade; divulgou as atividades da pesquisa na comunidade; articulou e confirmou reuniões necessárias ao desenvolvimento da pesquisa com lideranças, profissionais e outros atores; auxiliou na seleção e identificação dos informantes-chave; propôs alterações nos instrumentos de pesquisa; orientou o pesquisador sobre as melhores datas, horários à realização das etapas da pesquisa; acompanhou o pesquisador nas atividades de campo, bem como, na aplicação dos instrumentos; auxiliou na interpretação dos dados. Participou das avaliações e da devolutiva da pesquisa à comunidade.

As atividades realizadas pelo agente local foram subsidiadas por recursos da pesquisa como o auxílio que permite financeiramente o agente realizar suas tarefas. Como afirma Martins et al.

(2009), os afazeres a serem realizados pelos agentes locais devem ser subsidiados com recursos presentes do projeto de pesquisa, por meio de bolsas e auxílios, que garantam financeiramente a sua disposição de tempo e trabalho nas atividades propostas. Afinal, o agente local integra a equipe de profissionais que compõem o grupo de pesquisa. Ademais tal proposta apresenta-se como uma forma de distribuição de recursos da pesquisa aos membros e parceiros da comunidade.

O relato em diário de campo apresentado pelo agente local da presente pesquisa mostra que os maiores ganhos do trabalho com esta iniciativa para ele foram: a possibilidade de conhecimento maior de sua própria comunidade, e de perceber que não necessita sair dela para realizar suas práticas enquanto psicólogo, que o território de trabalho dele pode ser as comunidades negras rurais. O agente local pretende desenvolver atividades de estágio e práticas de pesquisa nestes territórios. Como segue:

Minha experiência como agente local me permitiu olhar minha comunidade com um grande potencial de desenvolvimento, com certas diferenças que são próprias dela, e que antes não havia me debruçado e entrado em contato. Pertencço a esta comunidade, porém não valorizava o conhecimento que também é meu (diário de campo agente local, 2015).

Portanto, a estratégia do agente local possibilitou emergir os saberes locais, na construção de mediações entre pesquisadores e comunidade. Com base nas discussões expostas busca-se incentivar a iniciativa da estratégia do agente local em pesquisas sociais, como tecnologia que dispara na relação comunidade/pesquisador, variados encontros e táticas para lidar com as problemáticas políticas e no desenvolvimento técnico de pesquisas e programas.

7.5 Análise das entrevistas: conversando sobre cotidiano, saúde e itinerários terapêuticos

Após a leitura exaustiva das entrevistas e por meio do método de análise de conteúdo, buscou-se estruturar categorias temáticas de análise frente às narrativas dos moradores da comunidade quilombola. As categorias apresentadas a seguir são uma tentativa de produzir, no encontro com o outro, uma realização analítica que pondera por meio de categorias, suas narrativas e vivências. A classificação dos discursos em diferentes categorias possibilita a imersão analítica em um determinado tema, porém cabe lembrar que as mesmas, no plano da realização da vida encontram-se em um campo de imanência, como acontecimentos que se interpenetram na ação dos participantes em seu dia a dia. Assim, no percurso de análise pode-se perceber que as categorias desdobram-se umas sobre as outras, não se apresentam estanques, ao contrário, constroem porosidades com fronteiras que se fazem mais como pontos de ligação do que relações de distinção entre elas.

Todos os 05 entrevistados são moradores da comunidade, nasceram e criaram seus vínculos e sua vida neste território, alguns com saídas esporádicas para trabalhar em outros Estados, como foi o caso de I1 (idoso da comunidade) que viveu cinco anos fora para garantir a permanência e o sustento de sua família na comunidade. Outro caso, como a de J1 (uma jovem da comunidade) e de A1 (adulta da comunidade) que têm suas vidas marcadas por um percurso sazonal entre a cidade e o campo, para realizar os estudos e a formação profissional. Já os idosos entrevistados I2 (idoso da comunidade) e I3 (idosa da comunidade), fizeram a vida na lida da roça, ora trabalhando em terras alheias, e ora produzindo alimentos para o sustento e venda nas feiras livres da região.

Os(as) 05 entrevistado(a)s consideram-se negro(a)s, apesar de I1 (idoso da comunidade) afirmar que a sua identificação como negro vem da origem familiar, de sua avó que era negra, pois de acordo com ele, a sua “qualidade”, sua cor da pele, não é tão “chegadinha” ao negro: *“Sempre me achei negro, é porque o meu avô tinha uma qualidadezinha mais... ele era assim da minha qualidade, mas tinha a minha avó, minha bisavó, que era tudo chegadoinho ao negro”*. Nas entrevistas com os idosos o modo de nomear a cor-raça acontece também pelo termo qualidade, como referência às qualidades diversas de criação, às variadas raças de animais que se têm no sítio. A cor-raça passa a ser conceituada por meio desta vivência cotidiana com os animais, a qual é transposta às relações humanas. As qualidades variam de acordo com a cor da pele, que vai do negro ao branco, e do tipo de cabelo, que vai do encaracolado ao liso. Porém, alguns se definem por seu lugar de origem, como é o caso de I1 (idoso da comunidade) que se diz negro pela origem de sua família - sua avó e bisavó - *“que era tudo chegadoinho ao negro”*.

Por meio destas cinco entrevistas realizadas com esses moradores da comunidade quilombola gerou-se as quatro categorias temáticas de análise que serão apresentadas a seguir: **Itinerários Terapêuticos: caminhos para o cuidado à saúde; A vida na comunidade quilombola e as suas concepções de saúde/doença; Narrativas de atendimento e contato com os profissionais de saúde; Ser quilombola: a construção de um duplo vínculo com o território e a identidade quilombola.**

Itinerários Terapêuticos: caminhos para o cuidado à saúde.

Os itinerários terapêuticos foram elaborados por meio de conversas que suscitaram narrativas sobre as práticas de cuidado realizadas pelos moradores em situações de agravo e /ou doença. Como afirmam Alves e Souza (1999), a narrativa torna-se um campo potencial para a construção dos itinerários terapêuticos, pois apresenta-se como prática que traz à tona as experiências de saúde vividas, como momento reflexivo que permite elaborar os caminhos, escolhas e decisões realizadas nos itinerários de cuidados. Os itinerários não são percursos abstratos, eles se

apresentam como vivências concretas. Ao narrar suas escolhas, os participantes falam de suas condições de vida, do seu cotidiano, das dificuldades no acesso à saúde, das dimensões de vulnerabilidade enfrentadas por eles.

A técnica de investigação do itinerário terapêutico buscou compreender quais respostas foram possíveis diante dos problemas vividos pelos moradores da comunidade quilombola Pau D'arco, quais caminhos foram traçados, quais táticas se desenvolveram, e quais conhecimentos foram acessados na busca da resolubilidade de seus agravos. Ou seja, as relações que se estabeleceram entre as necessidades de resolubilidade de seus problemas e as respostas possíveis e disponíveis em seu território. As análises que se seguem não buscam realizar entendimentos causais das escolhas dos itinerários terapêuticos dos moradores, apenas objetiva a construção de unidades compreensivas capazes de potencial analítico sobre as experiências de saúde dos moradores de Pau D'arco.

Como é o caso de J1 (uma jovem da comunidade) que afirma na narrativa de seu itinerário realizar a prática da automedicação, quando o agravo e/ou doença é leve. Uma dor de cabeça, cansaço, náusea, dor de garganta. A automedicação apresenta-se como a primeira alternativa no seu itinerário, e a realiza, pautada em experiências anteriores. Concomitante à automedicação, realiza práticas religiosas, como orações e cânticos, vinculados ao pertencimento de sua igreja evangélica, no auxílio do processo de cura. Quando não solucionado o problema com a automedicação, ela busca o médico na UBS, mas isso pouco acontece, pois o atendimento não apresenta uma efetividade de resposta para ela. Como segue:

Quando eu fico doente, eu tomo paracetamol, ou um remédio que dê jeito. Depois eu espero passar, se não passar, eu procuro um médico lá no posto. Geralmente eu não gosto de informar a minha mãe, ela nunca perguntava se a gente tava doente. Ai quando eu fico doente eu tomo algum remédio, que eu vejo se serve para aquilo, e quando não serve eu procuro um médico. Mas às vezes o médico não pode atender e eu espero passar. Se não passar, só Deus sabe. Por isso, costumo orar quando estou com algum problema de saúde. Sabe, a igreja ajuda muito. (J1, uma jovem da comunidade).

Os estudos de Rosa et al. (2014), o qual buscou analisar o uso de plantas medicinais por mulheres negras de baixa renda e de Gadelha et al. (2013), que realizou um estudo bibliográfico sobre o uso de plantas fitoterápicas no Brasil, afirmam que a prática da automedicação é realizada em agravos leves, presentes em populações de baixo poder aquisitivo, sendo associada à facilidade do acesso e ao baixo custo do tratamento. Além desses fatores, a escolha pela automedicação, de acordo com os estudos supracitados, está relacionada às dificuldades de acesso e à insuficiência dos

serviços públicos de saúde em oferecer resolubilidade aos agravos e/ou doenças da população.

Os apontamentos dos estudos de Rosa et al. (2014) e Gadelha et al. (2013) quanto à relação entre a insuficiência e morosidade dos serviços de saúde em oferecer resolubilidade aos agravos e a busca pela automedicação, ou por alternativas terapêuticas de fácil acesso e baixo custo é fortalecida quando J1 (uma jovem da comunidade) afirma que a comunidade tem o costume de ir ao benzedor e às rezadeiras, pela facilidade e pela alta efetividade na resolução de agravos leves:

Aqui quando adoece, aí o pessoal procura primeiramente os rezadores, aí depois, se não dá jeito, o pessoal vai pro médico. Ele funciona é um meio mais fácil, mais prático. E no médico, as pessoas vão ter que enfrentar uma fila pra ver se consegue uma ficha, se você quer atendimento. Já no rezador não, vai lá e manda rezar, eles rezam e pronto. Já fica bom.

De acordo com Siqueira et al. (2006) a busca pelos rezadores, benzedeiros e práticas populares estão entre as primeiras condutas das populações rurais na busca por atendimento em saúde. Tal fato, como afirma Oliveira et al. (2006), não se deve apenas à facilidade de acesso, mas também pela transmissão cultural destes conhecimentos que passam pelo cotidiano das comunidades, sendo a família o lugar de perpetuação desses saberes e práticas. Esta afirmativa vem ao encontro da narrativa de J1 (uma jovem da comunidade) que disse que frequentou o rezador por intermédio de sua mãe, que buscava este recurso quando estava com algum problema de saúde. Porém, hoje não se utiliza mais desta prática devido à inserção em uma ordem religiosa evangélica, apesar de acreditar na eficácia das rezas e da benzedura:

Antigamente quando eu não era evangélica, minha mãe utilizava isso, ia pro rezador, utilizava chá, benzia com uns raminhos de mato. Mas depois que eu virei evangélica, há um ano atrás, eu parei. Não é questão de não acreditar, eu acredito que realmente existe, que serve, mas porque não faz parte da doutrina da minha religião, aí segui pra outro lado.

De acordo com Gerhardt (2006) as escolhas que delineiam os itinerários terapêuticos estão condicionados por meio dos compartilhamentos de crenças, valores e regras dos grupos de pertencimento dos sujeitos. As crenças compartilhadas por um grupo apresentam-se como um dos elementos norteadores das escolhas e decisões terapêuticas presentes no cotidiano. Assim, o abandono das práticas populares realizado no percurso terapêutico de J1 (uma jovem da comunidade) não se faz por meio de sua descrença na eficácia das práticas populares, mas devido ao seu pertencimento religioso e doutrina compartilhada pelo seu grupo.

Como aponta Aguiar (2009), a prática da benzedura é constituída por uma variedade de crenças e conhecimentos, que se encontram como modo de resistência cultural de grupos indígenas e negros, que para sobreviver realizaram um sincretismo ao catolicismo. Portanto, são práticas marcadas pelos símbolos do catolicismo, da pajelança indígena e de artefatos e entidades das religiões de matriz africana. Tal sincretismo diverge das normas e doutrinas estabelecidas pelas igrejas evangélicas, que leva a J1 (uma jovem da comunidade) distanciar-se destas práticas.

Outro elemento a ser levado em consideração para o abandono de J1 (uma jovem da comunidade) às práticas populares é a pouca relevância atribuída aos seus vínculos familiares no cuidado à saúde, “*Geralmente eu não gosto de informar a minha mãe, ela nunca perguntava se a gente tava doente.*”, lembrando que, de acordo com Oliveira et al. (2006), são as relações familiares centrais para a perpetuação das práticas populares em saúde nas comunidades.

Quanto as práticas religiosas, de acordo com Rocha e Fleck (2011), devem-se levar em consideração os aspectos espirituais, religiosos e das crenças pessoais no enfrentamento às doenças e nas práticas cotidianas para a manutenção da saúde. A relevância de tais dimensões é reconhecida em nível mundial por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS) que inclui no instrumento de avaliação sobre qualidade de vida, um domínio referente a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

Faria e Seidl (2005) apontam no estudo de revisão de literatura desenvolvido sobre religiosidade no enfrentamento dos processos de saúde/doença, a relevância do papel realizado pela religiosidade como recurso emocional, cognitivo e comportamental para lidar com eventos estressores que sobrecarregam os recursos pessoais frente ao adoecimento. Tal prática é definida como enfrentamento religioso (ER). Os estudos realizados sobre ER afirmam que esta prática pode ser tanto conduzida de modo a trazer potencialidades de ajuda, através de recursos espirituais que possibilitem mobilização de grupo ao apoio individual, uma interpretação positiva sobre o elemento estressor e adoecedor, dando aderência positiva ao tratamento associada às práticas religiosas, quanto pode gerar um padrão negativo frente ao aspecto estressor com interpretações punitivas quanto ao adoecimento, isolamento, conformidade à doença, anulação do conhecimento técnico-científico para lidar com o agravo e desencorajamento do sujeito na busca pelo tratamento.

Por isso esta relevância dos estudos que se debruçam sobre as experiências religiosas, espirituais e das crenças pessoais como recursos para lidar com os processos de saúde e doença. Como afirma Paiva (2007) quanto à importância dos estudos psicológicos sobre as práticas de enfrentamento religioso em avaliar e compreender os efeitos psicológicos das crenças espiritualizadas, a crença em deus, em entidades transcendentais e a participação em rituais para a manutenção da saúde e enfrentamento das experiências estressoras. Não cabe ao psicólogo avaliar

ou confirmar se deus ajuda os sujeitos na melhora frente a seus agravos e/ou doenças, mas como a experiência psíquica do crer atua na dimensão do enfrentamento religioso às práticas de saúde.

Outro aspecto relevante apresentado no estudo de Rocha e Fleck (2011), que vem ao encontro do contexto no qual J1 (uma jovem da comunidade), é a relação existente entre as dificuldades de acesso das populações com baixo nível socioeconômico às instituições de saúde, e a facilidade de inserção destes grupos em centros religiosos, o que atua no fortalecimento de modelos explicativos religiosos sobre os acontecimentos de sua vida, bem como, dos processos de saúde/doença.

Para além deste elemento socioeconômico, a pesquisa desenvolvida por Santos e Ribeiro (2015), versa sobre ações profiláticas e terapêuticas de práticas de religiões brasileiras de matriz africana. Aponta ainda que as práticas religiosas inserem-se nos espaços não ocupados pelas práticas da medicina oficial, como aconselhamentos, vínculos, pertencimento grupal e comunitário, que estão amparadas em ações de fortalecimento da pessoa com sua realidade ambiental, social e espiritual.

Diante destas diversidades de recursos, na narrativa de J1 (uma jovem da comunidade) a busca pela UBS torna-se um equipamento acessado posteriormente e gerenciado por uma racionalidade biomédica que tem no tratamento medicamentoso seu fim:

E parece que lá no posto é só isso, só dar remédio. É medicamento, medicamento. [...] [Entrevistador] E quem tá lá no posto, eles conseguem buscar pensar a vida da comunidade, aqui? [Entrevistada] Chega lá, ouve e passa o medicamento, mesmo porque eles não são daqui, eles não convivem né, eles são lá de fora.

A prática da automedicação é fortalecida, de acordo com J1 (uma jovem da comunidade), pela própria UBS, pois a busca por este equipamento está vinculada diretamente ao acesso ao remédio. Esta não foi uma narrativa que ficou restrita a esta entrevistada; entre outros entrevistados é recorrente a significação da UBS como o lugar do tratamento medicamentoso.

Tal afirmativa vem ao encontro de alguns estudos como os de Pereira et al. (2015) e Oliveira et al. (2012), os quais apontam a busca pela unidade de saúde como espaço da medicalização da vida nas comunidades quilombolas. Tal fenômeno pode ser associado ao distanciamento geográfico e epistemológico dos profissionais a realidade das comunidades, associação confirmada na fala de J1 (uma jovem da comunidade) quanto esta relata a não convivência e inserção de alguns membros da equipe de saúde com a realidade comunitária“ [...] *eles vêm de fora*”. As pesquisas de Pereira et al. (2015) e Oliveira et al. (2012) mostram que os profissionais de saúde são oriundos dos centros urbanos e trazem com eles seu modelo civilizatório. Este distanciamento dificulta os vínculos e a

aceitabilidade do equipamento de saúde no acompanhamento da realidade do território quilombola, em suas crenças, modos de vida e necessidades.

A aceitabilidade precária do equipamento no território quilombola é mostrado na afirmativa de J1 (uma jovem da comunidade) quanto à dificuldade das mulheres se sentirem à vontade para falar com o médico sobre o que acontece em suas vidas e as leva ao adoecimento. Elas falam das dores, da falta de sono, do cansaço, mas tais sintomas não se relacionam ao que estão vivendo. Como uma dificuldade das mulheres se sentirem à vontade para falar com o médico sobre o que acontece em suas vidas:

Depende, a mulher se estressa e quando vai pro médico, tudo dela é que tá sem dormir. Às vezes não dorme por causa do estresse, aí vai contar ao médico, não conta realmente o que tá acontecendo, aí o médico passa diazepam, passa rivotril pra mulher dormir, pra descansar. Sendo que isso não é também uma questão da convivência, do bem-estar, do dia a dia. Ela não fala a situação que ela vive, não fala o que ela passa no dia a dia pra estar sem dormir. (J1, uma jovem da comunidade).

O que está sendo colocado em discussão não é a importância da intervenção medicamentosa enquanto instrumento técnico, por vezes, necessário às práticas de cuidado à saúde, mas o modo de operacionalização destas intervenções que podem obstruir, ou não possibilitar que outras dimensões da vida do sujeito estejam em jogo para a determinação de seu projeto terapêutico. Tal problemática aponta para as dificuldades de tradução dos conhecimentos técnico-científicos sobre os agravos e/ou doenças vividos pelas moradoras da comunidade quilombola.

Assim, o itinerário terapêutico de J1 (uma jovem da comunidade) se mostra centrado na automedicação e em suas práticas religiosas para lidar com seus agravos leves. A busca pela UBS pouco acontece, e quando a faz é pela busca do médico. Porém nem sempre consegue o atendimento com o mesmo, o que fortalece a automedicação e a busca de apoio em suas práticas religiosas. Seu itinerário possibilitou problematizar elementos como a religiosidade e a automedicação presentes no cotidiano da comunidade estudada. Como segue no diagrama de seu itinerário:

Figura 8. Itinerário terapêutico de J1 (uma jovem da comunidade)

Já a participante A1 (adulta da comunidade) mostra um itinerário diverso a da jovem J1 (uma jovem da comunidade) quanto a procura por medicamento, pois invés da automedicação a prática de cuidado mais adotada é o uso de chás e ervas, aliada aos conhecimentos populares. O medicamento em sua narrativa foi pouco suscitado, e se fez presente apenas em situações urgentes e graves. Como afirma A1 (adulta da comunidade):

Primeiro a gente, dependendo do problema, faz uso de, se for uma febre, você toma um chá, mas quando aquilo não resolve, como, por exemplo, há dois anos atrás eu tive dengue, tinha febre, tinha tudo, meu Deus. Foi horrível, nunca vi uma coisa daquela. Aí como você conhece mais ou menos os sintomas e o que pode acontecer se você... aí eu corri logo pro médico. A primeira coisa realmente é essa, você fazer o uso que você já tem, o conhecimento que antes já era útil e que eu continuo acreditando que é útil. Aquela velha ali [vizinha] era uma mulher sábia, a mãe só levava no último caso, mas as panelas de barro tava com um buraquinho ela plantava tudo: cebola, ela plantava coentro, ela plantava tudo que era planta, ela sabia pra que servia. (A1, adulta da comunidade quilombola).

A1 busca realizar seus cuidados a partir dos saberes populares adquiridos nas experiências de seu dia a dia, o uso de chás e ervas torna-se a base que orienta as suas práticas de saúde. O modo com que a entrevistada entra em contato e apreende o uso de chás e ervas vem ao encontro de vários estudos (Almeida Neto et al., 2015; Rosa et al., 2014; Franco & Barros, 2006 e Oliveira et al., 2006) que apontam que o encontro e a transmissão destas práticas de cuidado ocorrem no cotidiano, tendo

como cenário a vida familiar e as relações entre vizinhos.

As pesquisas citadas anteriormente tiveram como população-alvo de estudo: comunidades rurais do nordeste brasileiro (Almeida Neto et al., 2015); mulheres negras de uma comunidade de baixa renda da cidade de São Paulo (Rosa et al., 2014); comunidade quilombola do Piauí (Franco & Barros, 2006); Programas de Saúde da Família localizados na zona urbana e rural da cidade do Crato, no sertão do Cariri – Ceará. Interessante ressaltar que os territórios e as populações pesquisadas nos estudos supracitados apresentam elementos similares que convergem para a realidade de vida de A1 (adulta da comunidade) enquanto mulher negra de uma comunidade quilombola do nordeste brasileiro.

De acordo com Almeida Neto et al. (2015), Gadelha et al. (2013) e Franco e Barros (2006), as comunidades rurais e tradicionais são as que apresentam um vasto conhecimento nos usos de chás, ervas e práticas populares em saúde, devido à relação destas populações com a terra, as tradições culturais no tratamento com o uso de plantas, as relações de proximidade com vizinhos e parentes, adensadas às dificuldades de acesso aos equipamentos especializados de saúde.

Porém, não são apenas as comunidades rurais e tradicionais que fazem o uso de chás, ervas e práticas populares para o cuidado a saúde, de acordo com Gadelha et al. (2013), baseado nos dados da (OMS) cerca de 80% da população mundial faz uso de práticas tradicionais em saúde, sendo que destas, 85% utilizam de plantas para suas formas de cuidado. No Brasil a porcentagem da população que se utiliza de plantas medicinais é de 82%. Estes dados são reforçados quando no estudo realizado por Siqueira et al. (2006), com usuários de três serviços do Sistema Único de Saúde de Goiânia, afirmam que as primeiras condutas realizadas antes de acessar as instituições especializadas de saúde são o uso de chás, ervas, benzeduras, banhos e emplasto.

Diante da importância do uso de plantas medicinais pela população, a (OMS) produz uma determinação aos países participantes quanto aos cuidados básicos que incluem o uso das plantas medicinais como tecnologias eficazes no tratamento da saúde. Esta determinação vai repercutir no Brasil com a aprovação, em 2006, da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas, que tem por objetivo implementar ações entre as políticas públicas de saúde em integração aos saberes populares (Gadelha et al., 2013).

As plantas medicinais são definidas por Gadelha et al. (2013) como aquelas que possuem uma tradição em uma determinada comunidade sendo utilizadas para prevenir, aliviar e curar agravos recorrentes em seus moradores. Portanto, a planta medicinal apresenta uma relação de uso, de propriedade enquanto conhecimento popular de um grupo que circula em seu imaginário e cotidiano por meio da sua eficácia no combate e prevenção de doenças. Como pontua Siqueira et al. (2006) o que está em jogo não é a cientificidade comprovada da erva, mas sim o efeito de resposta

da planta medicinal no cotidiano de seus usuários. Ou seja, o conhecimento popular é produzido por meio do valor empírico, de sua eficácia na resolubilidade de determinado agravo, aliado à crença sobre seus efeitos que são fortalecidos diante de sua capacidade de resposta e como um saber coletivo passado de geração a geração.

Os usos de chás, ervas e práticas populares em saúde conduzem ao encontro com outros atores comunitários, vizinhos, familiares, benzedoras e rezadores, conhecidos da comunidade, que para transmitirem seus saberes e realizarem suas intervenções exigem disposição à experiência de quem procura seus cuidados. Tais práticas não se apresentam apenas como uma passagem de informação, mas de uma experiência que busca integrar elementos naturais, religiosos e espirituais: *“Quando a gente toma um chá, usa uma erva, não é só a planta que tá ali, é muito mais. É a mãe que nos passou, às vezes, a planta de um Santo. Isso tudo vem junto.”* (A1, adulta da comunidade).

A relação estreita das plantas medicinais ao território pode ser observada no modo com que as comunidades adquirem as espécies utilizadas para os tratamentos. De acordo com o estudo de Franco e Barros (2006) sobre a diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola do Piauí 68% das espécies utilizadas crescem espontaneamente no ambiente da comunidade, 28% são cultivadas e apenas 4% são adquiridas fora. Como reforça a descrição da realidade estudada por Rosa et al. (2014, p.51): “Em geral, os remédios caseiros eram feitos a partir de plantas cultivadas no próprio quintal ou cedidas pelos vizinhos”. Tais dados mostram a capacidade da comunidade, por meio de suas experiências, na relação com o seu ambiente e seus pares de se apropriar das riquezas materiais e imateriais disponíveis no seu território.

A relevância dos usos de plantas medicinais na região do agreste de Alagoas é reforçada pelo estudo realizado por Lós et al. (2012) sobre presença e comercialização nas feiras locais de Arapiraca das plantas medicinais por raizeiros. Foram entrevistados 21 raizeiros distribuídos em 05 feiras locais da cidade, os quais afirmaram que a maior procura pelas plantas medicinais é para tratamentos de: doenças de pele, problemas respiratórios e problemas digestivos. De acordo com os raizeiros, o modo mais indicado por eles para o uso das plantas é o chá, com 66% das respostas, seguida das garrafadas, 9% das respostas e os lambedores e banhos, com 6%. A presença dos raizeiros nas feiras do município mostra a importância desta prática popular de cuidado existente na realidade local.

Apesar das práticas com ervas e plantas estarem presentes no cotidiano da comunidade, há uma dificuldade de diálogo entre estas práticas e as ações dos serviços de saúde. Apesar de ambos estarem presentes no cotidiano dos moradores, eles ocupam funções e espaços diferentes em suas vidas. Como é o caso da narrativa A1 (adulta da comunidade), sobre um médico que passou pela comunidade e prescrevia aos usuários o uso de chás, ervas e outras tecnologias leves. Como segue

em sua narrativa: *“O pessoal aqui vai no atendimento só na busca do remédio. Eles não acreditam que vai ficar bom se tiver, se médico passar outra coisa sem ser remédio. Tinha um aqui que passava uso de chá, ervas, para quem ia no posto. Pouca gente gostou.”*

Ao encontro do descontentamento da comunidade diante do médico, o estudo realizado por Antonio, Tesser e Moretti-Pires (2014), mostrou que está havendo transformações nas comunidades quilombolas diante da variedade de informações e conhecimentos que estão sendo disponibilizados para elas por meio de equipamentos sociais e proximidade com os centros urbanos. Como exemplo a ampliação da atenção primária aos seus territórios, com a instalação de equipamentos de saúde e abrangência no atendimento. As práticas populares antes da implantação dos serviços de saúde apresentavam-se como uma das únicas alternativas para lidar com os agravos e/ou doenças; com a ampliação da atenção primária outras opções terapêuticas tornam-se acessíveis à população.

Apesar da alternativa de intervenção do médico de receitar o uso de chás e ervas, como consta na narrativa de A1 (adulta da comunidade), o mesmo poderia apresentar uma proposta de maior diálogo com os saberes locais, enquanto prática que oferecesse poder de ação aos agentes destes conhecimentos (benzedor, rezadeiras, senhoras) na própria instituição de saúde, de modo a valorizar seus saberes e aliar os mesmos para o fortalecimento da política de atenção básica no território.

A recomendação das práticas populares é realizada por meio de uma relação de encontro entre quem busca cuidado e o curandeiro, o rezador, a benzedora, a avó, a vizinha, aqueles a quem são atribuídos a capacidade de lidar com estes conhecimentos. Há nestas relações a produção de uma hermenêutica e epistemologia popular que é acessível para quem vive naquele território. Apresenta-se como uma função conquistada por meio dos vínculos estabelecidos com a realidade comunitária, não por um papel adquirido de forma institucional por meio de uma organização. O saber médico pode transpor esta barreira, porém para isso, deve vir ao encontro dos saberes comunitários (Arruti, 2009).

Diante destas relações entre saberes diversos, Arruti (2009) propõe para ações de políticas de saúde que se insiram em territórios quilombolas o conceito de intermedicalidade, definido como estratégias de ação que busquem o diálogo e a intersecção entre os conhecimentos formais de saúde e os saberes produzidos pelas práticas populares. Um diálogo capaz de desfazer a dicotomia existente entre saberes tradicionais e médicos, na estruturação de ações que acompanhem e identifiquem os modos com que estes dois campos de conhecimento se fazem presentes nas práticas de cuidado destas comunidades. Compreender a importância dos saberes tradicionais no cuidado à saúde é possibilitar a emergência de uma política pública, que para atuar de forma redistributiva aos quilombolas, necessita incorporar nos seus princípios o reconhecimento à diferença destas

populações.

Assim, a busca pela UBS deve ser interpretada não apenas como o acesso ao medicamento, mas enquanto um serviço especializado que detêm conhecimentos que se diferenciam dos da comunidade. Apesar de serem conhecimentos distintos, isso não impede a capacidade de resposta dos mesmos como saberes complementares aos cuidados em saúde. Ao contrário, as concepções que segmentam tais conhecimentos como saberes opostos, dificultam a promoção da participação comunitária e o fortalecimento da atenção primária por meio de práticas que convergem para o desenvolvimento local (Arruti, 2009).

Como é apontado pelo estudo de levantamento bibliográfico realizado por Antonio, Tesser e Moretti-Pires (2014) sobre o uso de plantas medicinais na atenção primária, o qual mostrou que os programas que inseriram o uso de plantas medicinais melhorou o acesso a outras formas terapêuticas, além dos medicamentos sintéticos; fortaleceu a implementação das políticas públicas nos territórios; e estimulou ações intersetoriais de educação em saúde e participação comunitária.

A narrativa de A1 (adulta da comunidade) problematiza como as práticas populares têm se perdido no cotidiano da comunidade, devido à falta de conhecimento e a dificuldade de passagem destes saberes, pouco valorizados no dia a dia. Afirma que o medicamento sintético é que tem adquirido aderência na comunidade, até mesmo para as pessoas que antes faziam uso das ervas e plantas medicinais. Para ela o medicamento se perfaz no imaginário social da comunidade enquanto uma solução rápida e imediata:

Eu acho que primeiro essa falta do conhecimento e de ter se perdido essa questão da prática popular, né, essa alternativa que os nossos pais tinham aquela farmácia ali, aquelas plantas ali no quintal plantada e que curava e fazia efeito. Então, isso [o medicamento], essa coisa do imediato, de fazer o efeito imediato, até essas pessoas, que gostavam dos chás, começaram a perceber isso e começaram a deixar de lado. As pessoas mais idosas é que você percebe que ainda mantêm esse tipo de medicamento [popular] pra se curar. Mas foi o imediato que o medicamento causa... 'ah, é rapidinho', que mudou muita coisa.

De acordo com Franco e Barros (2006), está havendo um controle sobre os modos de vida das comunidades tradicionais, de seus conhecimentos, práticas culturais e relações cotidianas, devido aos contatos intensificados com os centros urbanos, que inserem na dinâmica social das comunidades uma variedade de informações, signos, práticas que modificam o modo com que seus moradores passam a compreender a sua vida e seu território. Esta intensificação entre campo e cidade é relatado no estudo de Almeida Neto et al. (2015) quanto às práticas laborais dos jovens de comunidades rurais, que para além do trabalho no campo, desenvolvem atividades vinculadas aos

centros urbanos como: professora(e)s, motoristas, comerciantes, entre outros.

Assim, para Franco e Barros (2006), a ameaça vivida pelos conhecimentos tradicionais nas comunidades quilombolas, deve-se a dois fatores ao menos: a entrada das práticas médicas nestes territórios sem diálogo com os saberes locais e o desinteresse dos mais jovens em reproduzir no seu cotidiano as práticas tradicionais passadas por seus pais e avós. Práticas estas que são transmitidas de modo informal e lento, diferente dos meios mais modernos, como os de comunicação, que têm na velocidade o modo de passagem e reprodução das informações.

Sobre estas relações entre comunicação oral e meios de comunicação, Almeida (2015) afirma que atualmente está havendo uma entrada dos meios de comunicação nas comunidades quilombolas, que altera e modifica os modos e as relações presentes entre eles. Por vezes, de modo a precarizar as práticas de comunicação orais, os encontros cotidianos e informais presentes anteriormente em suas vidas. Por outro lado, a inserção dos meios de comunicação, com suas formas velozes, estão permitindo também a instrumentalização destas populações na luta por seus direitos e cidadania.

As mudanças relatadas pro A1 (adulta da comunidade) quanto ao uso de plantas medicinais por alguns membros da comunidade, e o abandono do uso por outros, relaciona-se com a intensificação das relações das comunidades quilombolas aos centros urbanos e a inserção dos meios de comunicação em sua vida comunitária, os quais apresentam-se como elementos que promovem rupturas em suas concepções de vida e velocidade das informações que chegam ao seu cotidiano. Estes elementos, para além de acontecimentos esparsos que interferem na vida comunitária, apresentam-se como condicionantes de mudanças geracionais na comunidade.

A concepção de geração de Mannheim (1993) pode auxiliar no entendimento destas transformações geracionais na vida da comunidade estudada. Para o autor, as transformações geracionais não são frutos apenas de um mero fenômeno natural ligado à idade e ao tempo retilíneo de nascimento, e muito menos, formações produzidas apenas pela realidade cultural de uma época. Elas se encontram no plano das relações entre forças sociais de variados grupos, que ao nascerem em determinado tempo apresentam disponíveis a eles diferentes condições histórico-sociais, equipamentos, tecnologias, contexto cultural que limitam, bem como, abrem possibilidades às suas experiências na capacidade de produção da realidade. Assim, as transformações geracionais não podem ser reduzidas simplesmente à determinação biológica do nascimento, mas da intersecção deste evento aliado à posição social que ocupam seus membros, que podem manter ou romper com as tradições, crenças e valores: “Ahí está la primera tarea – para ir más allá de los fenómenos elementales – : comprender la conexión geracional como un tipo específico de posición social” (Mannheim, 1993, p. 209).

Para Mannheim (1993) as transformações geracionais estão se produzindo sobre uma constante irrupção de novos e a saída de antigos portadores de cultura. Tal entrada e saída produzem transformações, embates, vínculos e ligações entre gerações. Porém, o que permite uma posição geracional não é o nascimento em um mesmo tempo cronológico, mas sim a possibilidade de compartilhar experiências, acontecimentos, expressões e vivências comuns de uma determinada época. Como afirma Weller (2010, p.212-213): “Poderíamos argumentar que os modernos meios de comunicação ampliaram as possibilidades de participação de jovens residentes em continentes distintos em um conjunto de acontecimentos e experiências semelhantes, colocando-os em uma mesma posição geracional.”.

Ao encontro da afirmação de Weller (2010) estão os apontamentos de Almeida (2015) sobre a inserção dos meios de comunicação nas comunidades quilombolas, que possibilitam o compartilhar de experiências que não se restringem ao cotidiano comunitário. As experiências midiáticas ampliam de modo massificado as vivências das diversas realidades do país e mesmo do mundo a uma experiência comum, isso inclui o cotidiano dos jovens das comunidades quilombolas.

Assim, através dos meios de comunicação, os jovens das comunidades quilombolas podem compartilhar de uma mesma posição geracional de outros localizados pelo país. Tal possibilidade de compartilhamento destas experiências é o que Mannheim (1993) define como posição geracional. Já a capacidade de realizar relações e vínculos de um determinado grupo a um destino comum, é o que ele chama de conexão geracional, que é definida pelas as condições nas quais o grupo de sujeitos - que vivem um recorte de tempo histórico - conectam-se para formar uma ação sobre a realidade.

Apesar do compartilhar possível de experiências dos jovens quilombolas pelo espaço midiático com realidades diversas, suas ações estão condicionadas por relações materiais e históricas que modificam os modos de apropriação e atuação das mesmas aos níveis locais, o que nem sempre possibilita uma conexão geracional com as realidades compartilhadas midiaticamente. Porém, o contato com outras realidades possibilitam rupturas e outras formas de leitura da realidade local, em ações que transformam os modos de vida e as concepções entre as gerações.

Como aponta Mannheim (1993), as passagens e rupturas das produções geracionais não ocorrem de modo linear e retilíneo. Há na realidade vivente variados tempos históricos disputando espaço para concretizar seus valores e modos de viver no cotidiano. As irrupções ou as manutenções geracionais estão condicionadas à disponibilidade de informação, conhecimentos, equipamentos e tecnologias que irão determinar as capacidades de leitura, interpretação e ação sobre a realidade das variadas gerações.

De acordo com Mannheim (1993), as comunidades que se encontram em situações de muita estabilidade de seus papéis sociais, práticas e valores, como o modo de vida camponês, vivenciam

menos experiências de rupturas geracionais abruptas, já que seu dinamismo social efetiva-se de modo mais lento e gradativo. De modo oposto, grupos que apresentam em seu cotidiano uma velocidade de trocas, alterações e transformações constantes de seus modos de viver, terão mais oportunidade de abertura a transformações e rupturas geracionais. Já realidades com um dinamismo social muito acelerado com rupturas constantes, podem levar as diversas propostas de transformações geracionais levantadas a se sobreporem mutuamente incapacitando a emergência de rompimentos abruptos e relevantes.

Apesar de Mannhein (1993) propor que as comunidades rurais apresentam uma dinâmica social mais lenta, aquelas comunidades, como é o caso de Pau D'arco, que se encontram próximas aos centros urbanos e com acesso aos meios de comunicação, esta lentidão é dinamizada, e as relações modificadas pela entrada de elementos novos em seu cotidiano.

Frente a esta afirmação, que a narrativa de A1 (adulta da comunidade) pode ser analisada quanto às diferenças geracionais nos modos de cuidados à saúde presentes na Comunidade Pau D'arco. Talvez, o abandono do uso das plantas medicinais e sua substituição pela automedicação, ou a busca pelo atendimento especializado, estejam relacionados a alguns elementos que permitem uma ruptura geracional entre alguns membros da comunidade. Elementos como: a relação diária com a vida da cidade; a facilidade no manejo de meios de comunicação que os permitem entrar em contato com outras realidades do país e do mundo; apropriação da identidade quilombola que leva a ressignificação de seu território e de seu modo de vida; a luta pela garantia de direitos que vislumbra a garantia de sua cidadania e o acesso a outros equipamentos sociais antes não disponíveis em sua comunidade.

Uma comunidade que antes estava precariamente assistida pelos programas e políticas de saúde, passa a ter em seu território um equipamento especializado a sua disponibilidade, o acesso aos serviços e às práticas médicas tornam-se mais cotidianas, levando a uma mudança nos modos de cuidados da comunidade. O estudo de Rosa et al. (2014) vem ao encontro destas discussões geracionais e o acesso aos equipamentos de saúde, ao mostrar em sua pesquisa, a diferença existente entre os modos de agir e pensar das mulheres negras de uma comunidade de baixa renda no cuidado à saúde diante de suas diferenças etárias. As mulheres mais velhas buscavam recursos terapêuticos fora da medicina oficial, em sua maioria, realizavam seus cuidados com base em práticas religiosas.

Estes variados elementos presentes na vida das comunidades quilombolas periurbanas, fazem com que e os jovens, adultos e idosos possam vivenciar uma posições geracionais diversas, capazes de compartilharem crenças, valores, desejos que apresentam compreensões díspares às arraigadas na realidade local. Este conflito geracional tem como um de seus elementos as relações

de tensão entre os processos de globalização, com suas tecnologias, conhecimentos e meios de comunicação e as condições da realidade local que determinam a produção da vida dos moradores da comunidade.

Como afirma Santos (2008), no mundo globalizado, o espaço banal dos conhecimentos e da vida dos homens e das mulheres comuns, estão submetidos a ordenações das redes, que com seus conhecimentos especializados, impõe de forma vertical, modelos de ser e existir que buscam ordenar a vida sobre suas regras e normas, enquanto garantia da perpetuação de sua hegemonia que está a serviço da racionalidade do capital e do mercado. Tal subserviência da vida comum das localidades às relações de mercado, atuam no enfraquecimento dos conhecimentos, dos vínculos e das práticas produzidas no espaço banal, transformando a vida compartilhada com os outros, na vida a serviço de um outro que equalizam as relações às lógicas do capital.

A diminuição dos usos das plantas medicinais e o aumento na busca por procedimentos medicamentosos podem promover a reprodução de lógicas técnico-científicas alheias à realidade local, subsumindo as experiências do espaço banal às racionalidades das redes com seus enquadres e regras. O compromisso da política de atenção básica é promover o acesso da população ao direito à saúde no fortalecimento das relações presentes no território na qual ela atua, na luta contra lógicas que naturalizam a saúde e a incluem em práticas instrumentais coadunadas à política neoliberal.

Como afirma Campos (2014), a política neoliberal não se restringe aos planos político-econômicos e de gestão das políticas públicas de saúde, ela se ramifica em práticas de usuários que diante da precarização da situação de trabalho e do acesso aos seus direitos, buscam alternativas que retroalimentam proposta individualizante e empreendedora do neoliberalismo, como a busca pelo atendimento particular e os tratamentos que se voltam apenas à medicalização da vida. Nesta perspectiva o direito à saúde passa a ser compreendido em um formato instrumental que não busca levar em conta, marcadores sociais importantes como determinantes dos agravos e/ou doenças em saúde, como: de raça/etnia, de gênero, de classe, sexualidade, de idade, religiosidade, entre outros. O cuidado à vida torna-se a realização do consumo, que se faz por meio de um tratamento medicamentoso a um organismo que tem na prática curativa imediatista seu símbolo de prestígio.

Diante dos conflitos presentes na narrativa de A1 (adulta da comunidade) entre os usos das plantas medicinais e as práticas medicamentosas, cabe ressaltar o papel central das mulheres quilombolas no cuidado da saúde de seus familiares e da comunidade. Como afirmam Souza e Araújo (2014), as mulheres quilombolas ocupam funções centrais em várias instâncias das comunidades: no plano político apresentam-se como lideranças comunitárias e chefes de família; no plano econômico são ativas na realização dos serviços agrícolas e atividades fora da comunidade; no plano das tradições e da cultura são responsáveis pela transmissão dos conhecimentos passados

de geração em geração; na saúde são responsáveis pelos primeiros cuidados dos filhos, cônjuge, familiares e amigos.

Como afirmam Rosa et al. (2014) e Oliveira et al. (2006), o desenvolvimento das práticas populares de cuidado realizadas pelas mulheres negras apresenta-se como uma forma de resiliência diante das situações de vulnerabilidade enfrentadas por elas e seus familiares no acesso à saúde. De fato, no Brasil, embora o direito à saúde seja garantido pela Constituição brasileira (acesso universal e equânime), a população negra tem tido experiências desiguais no que diz respeito ao nascimento, à vida, ao tratamento de agravos e/ou doenças e às causas de óbito. No caso das mulheres negras essa situação é mais grave, pois estudos mostram que elas têm menor chance de fazer consultas ginecológicas e consultas pré-natais, e de receber as informações necessárias sobre o parto. Também apresentam maior probabilidade de ter o primeiro filho antes dos 16 anos de idade e maior índice de mortalidade materna (LOPES, 2005).

Assim, o itinerário terapêutico de A1 (adulta da comunidade) está centrado nas práticas populares de saúde, no uso de ervas e chás. Porém, quando estas práticas não são eficazes procura o atendimento na UBS, caso o problema não seja resolvido busca um médico particular: “[...] *depois do chá eu vou procurar uma unidade de saúde, é nosso! Quando você não resolve aí você vai pagar uma consulta particular, mas primeiro, nós não temos um médico. Então é lá que nós temos que primeiro ser atendido.*”.

Ela apresenta um posicionamento crítico quanto à função da UBS, entendendo este equipamento para além de práticas curativas, o qual deve desenvolver ações de educação em saúde que envolva as discussões sobre raça/etnia e o modo de vida quilombola: “*As pessoas devem descobrir o que é a unidade básica, mas para isso a unidade tem que falar para que veio até aqui.*”.

O ponto comum entre as entrevistas de A1 (adulta da comunidade) e de J1 (uma jovem da comunidade) é que a UBS encontra-se como parte do processo final das escolhas de seus itinerários terapêuticos. Como segue a figura 9 abaixo:

Figura 9. Itinerário terapêutico de A1 (adulto da comunidade)

Diferente da adulta e da jovem quilombola, o uso da UBS apresenta-se como uma prática frequente entre os idosos da comunidade, principalmente os acometidos por hipertensão e diabetes. A UBS possui, na Agente Comunitária de Saúde (ACS), a base de vínculo com a comunidade e a porta de entrada do serviço.

Nas narrativas dos idosos, diferente dos outros entrevistados, a ACS aparece com frequência, enquanto uma personagem que realiza as marcações de consulta, bem como, o atendimento domiciliar. Como afirma I1 (idoso da comunidade): “*Porque hoje nós já chega no posto através dessas agente de saúde. Elas marcam tudo, faz tudo que precisa. Pergunta o que estamos precisando. Chega lá e aí sim vai ter atendimento.*”. Porém, quando I1 (idoso da comunidade) adoeceu narrou que a UBS ajudou, mas não resolveu o problema que ele tinha:

Fiquei doente. Teve um tempo aqui que me deu um cansaço danado, deu uma fraqueza. Aliás, primeiro incômodo meu foi uma história de esquistozoma, a bicha quase me mata. Me deu um escurecimento de vista. Eu ia ao médico, o doutor me passava um remédio... depois já ia direto na cidade. Aqui no posto eu fui umas duas vezes, aí o doutor disse que passava um remédio e dizia “vai ficar bom, vai ficar bom”. Dia deu sair do posto, já tava aqui ruim, me aperriava e voltava para Arapiraca.

Em sua narrativa a UBS apresenta-se como referência de busca inicial ao seu adoecimento, mas no momento em que não oferece resolubilidade ao agravo e/ou doença acessa direto o serviço especializado da cidade, “*depois já ia direto na cidade.*”, o qual passou a procurar com frequência, porém sem ser diagnosticado sobre o seu agravo. O seu diagnóstico é realizado por uma pessoa, não

profissional do hospital, que se encontrava na enfermaria:

O doutor tinha me pedido pra fazer 17 exames e não descobriu o problema. Aí uma senhora que estava na enfermaria, ela perguntou o que eu tinha, falei pra ela e ela disse “olha, a doença do senhor é esquistozoma. Assim mesmo, como nós estamos conversando aqui. Ela disse “a doença do senhor é esquistozoma, peça um exame que ele vai indicar isso e você vai descobrir.” Parece que foi mandado mesmo isso daí. Aí eu vim aqui no médico de um pessoal da comunidade. Aí cheguei lá, pedi pra chamar ele, aí ele me deu, e eu perguntei pra ele: “esse exame, você sabe me dizer quanto custa?” e ele disse “olha, não sei, nunca trabalhei com esse exame, mas eu acho que é de 80 a 100 reais”.

A narrativa anterior mostra o valor que a experiência tem na vida dos moradores da comunidade quilombola. Para I1 (idoso da comunidade) não se fez relevante se quem fez seu diagnóstico correto foi a profissional do hospital, ou uma senhora que se encontrava na enfermaria. Ele acatou o conhecimento da senhora sem pôr em questão sua veracidade, mesmo ela não se apresentando como uma profissional de saúde. O que torna relevante é a experiência que o outro carrega consigo, a qual é transposta na vida diária como conhecimento que auxilia nos cuidados à saúde e no enfrentamento aos agravos e/ou doenças. As trocas de experiências ao cuidado à vida, ocorridas cotidianamente na comunidade quilombola, apresentam-se como uma tática (Certeau, 2012) que se apropria do conhecimento especializado, fazendo seu uso sem dele depender.

Neste enredo de deslocamentos, apropriações e táticas, a comunicação apresenta-se como elemento chave na vida dos moradores das comunidades quilombolas. Como afirma Almeida (2015), a comunicação é processo norteador para a construção de vínculos entre os quilombolas, prática que fortalece as relações comunitárias e permite girar em seu território informações e conhecimentos que são utilizados em suas vidas como mediadores das necessidades locais. A comunicação nos territórios negros rurais catalisa a elaboração de vivências democráticas.

O cotidiano torna-se o cenário da comunicação, a qual não se faz de forma unilateral e nem diretiva, já que as informações e conhecimentos sofrem manuseios e manejos que as deformam de seu sentido original, sendo imbricadas diretamente à realidade vivente dos sujeitos. Estes, de emissores e receptores, tornam-se agentes da comunicação, os quais atuam na participação, crítica e recriação da vida: “[...] a conquista da cidadania está relacionada com a redução das desigualdades sociais, o que implica mudanças nas forças políticas e nas formas de concentração de poder na sociedade”. Como reafirma Teófilo Mendes, membro de uma comunidade quilombola: “A comunicação ajuda a manter viva a comunidade.” (Almeida 2015, p. 164).

Após a passagem de conhecimento da senhora da enfermaria, I1 (idoso da comunidade) vai

buscar a realização do exame recomendado, mas para isso não acessa mais a rede de saúde pública, visto a dificuldade na resolubilidade de seu agravo e/ou doença. Procura um médico conhecido de uma família da comunidade quilombola. I1 (idoso da comunidade) reafirma a necessidade do exame ser particular, pela urgência que tinha que realizá-lo:

Demora muito pelo SUS. Quando o doutor me passa um exame eu digo logo a ele que não é pelo SUS, eu digo logo a ele “se dá pra pagar.”. Eu já tinha pago exame de 170 real e não resolveu nada. Eu fui, paguei, fiz o exame. [...] Aí eu levei o exame pro médico, ele olhou e disse “rapaz, você bem que falou, é esquistozoma mesmo”. Aí ele falou “você vem amanhã, pra tomar um remédio que você tá muito fraco, tem que tomar um remédio no hospital”.

O itinerário terapêutico de I1 (idoso da comunidade) mostra um caminho que percorre vários equipamentos e serviços à solução de seu agravo, inicialmente em contato com a rede pública, porém quando esta não oferece a resolubilidade necessária ao seu caso, ele busca resolver acessando a assistência privada de saúde. Seu itinerário não fica restrito aos equipamentos institucionais de saúde, ele é marcado pelo encontro com outros agentes e pelo uso de práticas populares que determinam seu processo de escolha terapêutica:

Eu cheguei a ir ainda no benzedor. Tinha uma senhora longe daqui, eu ainda fui pra lá umas duas vezes. Não sei, quando eu chegava lá, que ela me passava o apuro, chegava em casa 2, 3 dias, piorava de novo. O rezador é bom, porque às vezes acontece, a gente tem uma tontisse, uma dor de cabeça, aí vai no curador, vai no rezador, aí a gente já vai lá e tem coisas que ele resolve. Nem tudo né, mas tem coisas que ele resolve. Por isso vou nos dois, no posto e rezador, vai em um e no outro, aí ninguém sabe qual é o certo. I1 (idoso da comunidade).

De acordo com Silva (2004), a busca pelas rezadeiras e rezadores são práticas há muito tempo realizadas pelas populações rurais, como um instrumento disponível para lidar com seus agravos e/ou doenças. A maioria da população que busca estes recursos não possui condições necessárias ao acesso dos equipamentos formais de saúde e encontram nas práticas das benzedadeiras e dos rezadores modos de lidar com os agravos leves, como afirma o entrevistado I1 (idoso da comunidade).

Para além das adversidades de acesso da população aos serviços de saúde, como afirma Silva (2004), a relação médico-paciente encontrada nestes serviços especializados acontecem em tempo mínimo, com pouca aproximação, acolhimento e com dificuldades de estabelecer um diálogo

por meio de uma linguagem vocabular compreensível para os envolvidos no atendimento. Tais empecilhos impedem o estabelecimento de relações horizontais entre os agentes e produzem resistências dos usuários na busca do atendimento médico.

Galindo (2005), em seu estudo sobre um projeto de inclusão das rezadoras de Maranguape (CE) na promoção da saúde pública, afirma que para se estabelecer uma relação de tratamento entre usuário e profissional é necessário que os códigos utilizados no processo de comunicação sejam reconhecidos por ambos, pois o contrário leva a uma relação de assimetria e de distanciamento entre os conhecimentos tratados. Como afirma Silva (2004, p. 8): “A prática de uma medicina comunitária no contexto nordestino não pode prosperar sem uma incursão nos valores e identidades Culturais da população dos diversos espaços locais que formam a região.”

O encontro entre a busca das rezadeiras e da medicina está presente na fala de uma das entrevistadas do estudo de Galindo (2005, p.9), que também vem ao encontro da narrativa de I1 (idoso da comunidade):

Eu trago para o médico e para rezadeira, porque sempre que eu venho para o médico, eu passo na rezadeira, e depois para o médico. Só o médico não resolve tudo, por que questão assim de mau olhado, por exemplo, o médico não resolve. Ai, sendo reza, eu acho que resolve. (Dona Raquel Alves).

Na pesquisa de Galindo (2005) a inclusão dos rezadores e rezadeiras como ACS nas localidades de Maranguape (CE) mostrou resultados positivos na associação entre o conhecimento popular e os saberes especializados. As figuras dos rezadores e das rezadeiras como sujeitos protagonistas nos cuidados da saúde popular auxiliaram na prevenção e promoção da saúde junto à UBS, divulgando campanhas, capacitando a mediação de conhecimentos e linguagens de universos distintos, bem como, fortalecendo os vínculos entre os modos de vida da comunidade e as formas de cuidado à saúde propostos pela UBS. Como confirma a fala da médica Antônia Sampaio: “*Eu tenho 28 anos de médica. A melhor experiência para recuperar as crianças desidratadas é essa: a rezadeira dentro do posto*”. (Galindo, 2005, p. 14).

Assim, o itinerário terapêutico de I1 (idoso da comunidade) aponta a UBS e as práticas populares como a porta de entrada na busca por cuidados, que quando não soluciona o problema vivido, acessa os serviços privados por acreditar nestes como uma resolubilidade mais eficaz e rápida. Como segue o diagrama de seu itinerário terapêutico:

Figura 10. Itinerário terapêutico de I1 (idoso da comunidade)

A narrativa do I2 (idoso quilombola) concebe a UBS como um espaço para o tratamento e acompanhamento da hipertensão. Outros problemas que necessitam de urgência, como o caso de sua coluna, ele busca resolver em consultas particulares, em serviços e clínicas privadas: *“Eu vou no posto pelo problema da pressão, porque as vezes a gente faz qualquer coisinha ou tem uma coisa que a gente toma, as vezes o remédio não controla a gente vai lá e eles passam tudo. Não tem nenhuma outra coisa para procurar o posto.”* (I2, idoso da comunidade).

A Unidade de Saúde aparece também como o lugar dos possíveis encaminhamentos quando aparecem outros tipos de agravos e/ou doenças, porém, o tratamento destes problemas de saúde não fica vinculado ao SUS, como foi relatado no caso de I1 (idoso da comunidade), e que se repete no caso de I2 (idoso da comunidade), que descobriu um problema em sua coluna por meio de um encaminhamento do médico da UBS, mas que depois prosseguiu seu itinerário realizando consultas particulares com o médico da cidade.

Interessante evidenciar que os problemas enfrentados por ambos os entrevistados estão relacionados diretamente ao modo de vida e as condições de saúde da comunidade quilombola, os trabalhos exaustivos nas terras de outros, e as condições sanitárias ainda precárias. No momento em que se decide por um itinerário terapêutico que leva a soluções individualizadas e particulares, os problemas que são produtos de condições políticas e sociais adquirem uma roupagem individualizada vinculada a um tratamento medicamentoso. Estas escolhas se manifestam enquanto decisões individuais, porém são frutos da implantação de uma política pública deficitária, que não responde de forma eficaz aos problemas levantados pela comunidade, aos níveis de sua disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço:

Fui no posto, ele deu o encaminhamento, e aí foi que eu fui lá com o doutor D. [médico que atende em Arapiraca]. Fiquei assim, indo de seis em seis meses. Renovando. Tem aqueles exames e eu tomo uns comprimidos. Não pode ficar indo direto, mas faço ao menos três consultas, porque... é, eu não tem como ir todo mês, porque o salário da gente aqui é uma mixaria, se a gente for tudo... porque quando eu faço os exames ele cobra 200, agora é 300. Agora, o remédio é direto, eu comprei o mês passado, é 148 reais, quase 150... Quando eu termino esse, essa medicação todinha, aí eu tenho que voltar lá, pra conseguir de novo, ajeita mais três consultas, receita médica, para mais outros seis meses na frente. Aí eu não vou mais né, fico só comprando aquele remédio e tomando, a não ser que de algum problema eu vou pra lá, mas se não der você sabe né?...

Quando questionado se ele poderia buscar estas consultas pelo serviço público, ele responde: “Não. Pode ser que outros exames que a gente faz e vai pra lá, mas esse é particular. Não, a gente pode até ter um desconto, a gente vai lá pro sindicato e consegue um desconto, na consulta, mas lá de graça não...” (I2, idoso da comunidade).

A narrativa de I2 vincula todo momento de seus processos de saúde/doença a práticas de medicalização de sua vida. A busca pelos serviços privados, mesmo em uma comunidade que possui em seu território, um equipamento de saúde instalado, apresenta as dificuldades de reposta frente à realidade de seus moradores.

Mesmo com as dificuldades apresentadas pelo serviço de saúde instalado na comunidade, o participante I2 (idoso da comunidade) frequenta as reuniões do conselho da UBS local, como tentativa de discutir os problemas enfrentados para melhoria do serviço. Problemas que estão centrados na falta de disponibilidade do serviço, que consta com poucos profissionais para atender a demanda da comunidade:

Nós tava indo na reunião, assim, eu sempre tava frequentando porque o doutor já tá cansado, porque tá atendendo muita gente e ele tava pedindo que a gente fizesse um jeitinho de arrumar um outro medico, pra ele não ficar sozinho, porque ele já tava atendendo muita gente e já tava ficando cansativo. Aí nos fizemos aquele protesto, diz que já tá, que já tem outro atendendo aí durante 4 dias da semana. Então, no conselho nós vamos ouvir, né, primeiro, ouvir as palestras que vem muita gente de fora e a gente vai ver o que a gente apoia, o que tá indo bem apoia, buscar o certo e ver se a coisa melhora, né. Se for pra desmantelar a gente não deixa não. (I2, idoso da comunidade).

São sobre estas contradições que I2 (idoso da comunidade) realiza seu itinerário terapêutico.

Como segue o diagrama abaixo:

Figura 11. Itinerário terapêutico de I2 (idoso da comunidade)

A narrativa de I3 (idosa da comunidade) adentra uma lógica similar de I1 e I2 (idosos da comunidade), a qual afirma ser a UBS o equipamento para aquisição de seus medicamentos contínuos “*quando a doença é de todo mês*”, remédios para o controle da diabetes, e a busca para realização de encaminhamentos e exames. Faz uso de chá e ervas, porém apenas depois dos exames médicos. No estudo de Almeida Neto et al. (2015) em comunidades rurais do Piauí, bem como, na pesquisa de Franco e Barros (2006) em um quilombo no Piauí, é frequente a associação entre o uso das plantas medicinais e as práticas médicas, como se faz presente na narrativa de I3 (idosa quilombola).

I3 (idosa da comunidade) frequentou muito o benzedor e a rezadeira. Afirma que buscava estes recursos quando via que a doença ou o problema não era do corpo, mas da mente, ou em suas palavras do espírito. Assim, ela faz uma distinção entre os agravos e/ou doenças que são do corpo, os quais requerem cuidados médicos e medicamentosos, e os agravos que são da cabeça, que devem ser cuidados pelo rezador e benzedora:

Assim, a pessoa tá com uma dor, tá com isso, com aquilo outro, vai pro doutor, o doutor diz “não é doença, você não tem nada”, a pessoa tem que procurar outra coisa. O cansaço só serve o remédio, o que é do corpo remédio e da cabeça benzedor. O benzedor conversa, vê, benze e fala daquilo que não dá para vê. Cuida do espírito (I3, idosa da comunidade).

De acordo com Aguiar (2009), o ato da benzedura é produzido por elementos católicos e

fortemente marcados por práticas indígenas, como a pajelança, as religiosidades de matriz africana, em uma combinação que promove experiências espirituais sincréticas nos sujeitos que buscam estes cuidados. Tal fenômeno expressa também os modos de resistência cultural destas populações no cotidiano das comunidades quilombolas e rurais.

Como afirmam Santos e Ribeiro (2015), a permanência das práticas de cuidado vinculada às religiões de matriz africana se perpetua pela capacidade de resposta de seu modelo de atendimento que promove o acolhimento, o diálogo e orientações nas mobilizações de recursos pessoais e fortalecimento de vínculos que ajudam os sujeitos no enfrentamento ao agravo e/ou doença. Este modelo de cuidado se insere nos espaços vazios da prática médica oficial, que ainda enraizada no modelo biomédico, dificulta a produção de vínculos e o acolhimento, sendo sua prática associada ao trabalho com o corpo. O que difere do rezador, da benzedora e das religiões de matriz africana, as quais se dispõem ao diálogo, ao encontro e à orientação do sujeito nos cuidados e manejos de sua vida. Nesse sentido, auxiliam na obtenção de um estado integral de saúde (física, psíquica, espiritual), que vai muito além de um determinado procedimento ou tratamento.

Quando o agravo e/ou doença requer cuidados cirúrgicos, I3 (idosa da comunidade) procura realizar o mesmo pelo serviço privado, com receio do atendimento e da fila de espera no serviço público. Relata que quando fez uma cirurgia foi bem atendida e gostou do serviço, mas justifica a qualidade devido ao serviço ter sido pago:

O atendimento foi bom. Agora, não sei de quem vai sem ser pago. Fui me operar, mas paguei. Agora, não sei, quem vai assim, tem vezes que não acha bom não. Vai fazer consulta e tudo... tem vez que não é atendido, não. Mas eu, da vez que eu fui eu paguei. Eu paguei e foi bom.

Assim, para I3 (idosa da comunidade) a UBS passa a ser o local de busca pelo medicamento contínuo e por exames. Frente aos exames recebidos lança mão das ervas e chás de seu conhecimento. Busca o cuidado do benzedor quando verifica que o problema é referente a algo espiritual ou de cabeça. Os saberes populares estão sempre associados às práticas médicas especializadas. Quando o caso é cirúrgico procura os equipamentos especializados e realiza o procedimento pelo serviço particular:

Figura 12. Itinerário terapêutico de I3 (idosa da comunidade)

Diante da diversidade de itinerários terapêuticos procurou-se realizar uma tabela que apresente quais práticas de cuidado e formas de tratamento são utilizadas diante dos agravos e/ou doenças enfrentadas pelos participantes. Esta síntese dos itinerários da comunidade apresenta-se como uma tentativa de visualizar como se encontram os itinerários terapêuticos dos entrevistados de Pau D'arco:

Tabela 1. Formas de tratamento apresentadas pela comunidade frente ao tipo de agravo e/ou doença vivido

Forma de Tratamento	Passos ao cuidado	Tipo de agravo e/ou doenças (leve/contínuo/grave)
Chás e Ervas	1º passo	Leve
Automedicação	1º passo	Leve
Religiosidade	1º passo	Leve
Conversas com vizinhos	1º passo	Leve
Rezador e Benzedora	1º e 2º passo	Leve
Busca por medicamentos na UBS	2º passo	Leve e Contínuo
Atendimento Enfermeira (UBS)	2º passo	Contínuo
Atendimento Médico (UBS)	2º passo	Contínuo e Grave
Atendimento Hospitalar	3º passo	Grave
Serviços especializados	3º passo	Grave
Serviços particulares	3º passo	Grave

Os primeiros passos adotados pelos moradores da comunidade quilombola são as práticas de autocuidado realizadas na conversa com vizinhos, uso de chás e ervas, amparo em crenças religiosas e no encontro com rezador e/ou benzedora. Além destas práticas, há o uso da automedicação presente de forma mais precisa na narrativa da jovem entrevistada. Estes passos são realizados quando se encontra um agravo leve como: dores de cabeça, cansaço, ansiedade, mal-estar. As escolhas terapêuticas estão permeadas por compreensões de mundo e formas de interpretação compartilhadas entre pares: familiares, amigos, vizinhos, membros da igreja, raizeiros, rezadeiras e benzedores.

A conversa com vizinhos pode ser compreendida como um momento de acolhimento, de escuta sobre os problemas vividos e de orientações. Tais orientações podem recomendar a automedicação, o uso de chás e ervas medicinais e a procura do rezador e benzedora, principalmente quando a dificuldade enfrentada é interpretada como advinda de elementos espirituais ou da “cabeça” como afirma entrevista I3 (idosa da comunidade). A prática religiosa para o enfrentamento ao agravo e/ou doença se faz presente nos sujeitos que participam ativamente de instituições religiosas e se utilizam de sua religiosidade para a mobilização de recursos pessoais para interpretar e lidar com os seus processos de saúde/doença. Como afirmam Santos e Ribeiro (2015, p.18):

Todo sistema de saúde é também um sistema cultural, sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interação interpessoais. Tal sistema integra os componentes relacionados à saúde e fornece pistas para a interpretação da doença e das ações possíveis para evitá-la ou eliminá-la.

Os itinerários terapêuticos passam por variados caminhos saberes e instituições. A saúde como dimensão do cuidado à vida passa pela experiência do humano, que frente às dificuldades e agravos encontrados no percorrer da vida, busca soluções, técnicas e conhecimentos para interpretar e lidar com os agravos e/ou doenças. Assim, compreender os itinerários terapêuticos é pensar na dinâmica da vida, em suas diversas formas de concepção e materialização na realidade objetiva.

Importante ressaltar que as práticas populares e os recursos pessoais para a prevenção ou solução dos agravos e/ou doenças vividos, não se realizam de forma estanque e linear, elas podem estar associadas e integralizadas junto a outros modos de cuidado. A reza realizada que se vincula a uma determinada erva e a um determinado santo, entidade; fazer orações ao tomar o medicamento para que o remédio faça maior efeito; ir ao rezador e buscar os exames médicos para lidar com o corpo e a mente; seguir a orientação de um vizinho e familiar e ao mesmo tempo seguir as

recomendações médicas. Neste sentido, não é apenas um chá que está sendo ingerido de forma funcional, mas para além desta necessidade está se realizando a prática de uma crença associada às produções técnico-científicas da saúde, aglutinando valores e epistemologias à compreensão e interpretação dos problemas enfrentados.

Estas maneiras diversas de apropriação de saberes, técnicas, tecnologias e universos simbólicos diversos, é o que Cancline (2013) denomina de processos de hibridação, ou, o modo como os sujeitos e coletivos, no contato com as diversas produções simbólicas e tecnológicas do mundo globalizado, procuram traduzir para seu cotidiano a relação entre as produções tradicionais e as configurações contemporâneas. A produção híbrida não deve ser compreendida apenas como um sincretismo, ou, apropriação linear de culturas que leva à homogeneidade do fenômeno, mas deve ser entendida dentro de seus próprios processos, os quais apresentam elementos que se fundem e globalizam, bem como, outros que insistem em permanecer no localismo e na diferença. Assim, as produções híbridas existem em um plano de contradição e conflito, que fogem ao desejo de um globalismo homogeneizante de fusão linear das diferenças, e expressam-se como tentativa de grupos e comunidades traduzirem para o seu território, práticas que co-habitam, por vezes, de formas dissonantes, experiências locais e conhecimentos e expressões simbólicas globais.

Assim, cuidar é problematizar os pontos vivos da experiência cotidiana na qual a vivência da saúde configura sentidos e ações, expressos nas dificuldades, nos problemas e nas possibilidades da vida social. Vida esta embebida de conhecimentos que permitem aos sujeitos e coletivos, escolhas que determinam seus projetos de futuro. Portanto, os projetos de futuro não se apresentam acabados, mas são produzidos nos encontros e nos diálogos entre diversos atores sociais com seus saberes, práticas e visões de mundo.

As construções de projetos de futuro implicam em ações políticas, nas quais diferentes atores irão apresentar seus pontos de vista, irão desestabilizar a cosmovisão de outros, na ampliação das compreensões presentes. Na tentativa de produção da *polis*, do lugar público como lugar no qual todos podem expressar suas necessidades e construir estratégias para superá-las. A *polis* como princípio à democracia, na qual as diferenças expressas não reproduzem desigualdades, mas encontros que rebentem em criações possíveis ao cuidado à vida. Assim, a norma técnico-científica não impera sobre os pontos vivos e as necessidades cotidianas das pessoas, mas sim auxiliam, mesmo se houver necessidade de reinventá-las, a vida que se quer viver com o outro. Como afirmam Ayres, Paiva e Buchalla (2012, p.17):

[...] construir com o outro um solo comum, uma compreensão mútua que leve não necessariamente à concordância, mas à possibilidade de compartilhamento dos significados

e implicações práticas das decisões tomadas e um posicionamento claro frente a elas – que pode resultar, inclusive, em uma disputa de posições, no plano da interpessoalidade ou do debate político.

Na análise dos itinerários terapêuticos a Unidade Básica de Saúde apresenta-se como o segundo passo, identificada em um papel curativo e medicamentoso. Nas narrativas dos participantes as palavras remédio e medicamento estavam associados a este equipamento de saúde. Poucos participantes apontaram práticas de grupo e educação em saúde, e quando estas foram suscitadas estavam associadas a busca pelo medicamento. Esta identificação vem ao encontro das necessidades suscitadas pelas lideranças, bem como, os próprios dados do SIAB que informam a escassez de práticas educativas em saúde na comunidade.

O terceiro passo dos itinerários está associado aos problemas graves de alta complexidade que necessitam dos serviços especializados e de intervenções hospitalares. Nas narrativas, este terceiro passo inicia-se no acesso à rede do SUS, porém em seu itinerário migra-se para os atendimentos particulares e procedimentos privados, devido à morosidade do atendimento, bem como, descrédito à realização destas práticas pelo sistema público de saúde.

Foram identificadas nas narrativas dos entrevistados, algumas diferenças quanto aos seus itinerários terapêuticos em que se constata uma diversidade de escolhas quanto ao percurso de cuidado. Tais elementos que diferenciam as escolhas podem ser elencados como: **fragilidade nos vínculos familiares quanto ao cuidado em saúde; pertencimento de gênero, idade e atividades executadas na comunidade; proximidade ou não com amigos e vizinhos; participação comunitária; pertencimento a grupos religiosos; e vínculos a crenças populares.**

Além das diferenças presentes no processo de escolha, por meio das narrativas dos itinerários, foi possível também identificar as experiências comuns vividas entre os moradores, sobre o cuidado à saúde. Tais experiências comuns ficam expressas nas dificuldades compartilhadas pelos moradores, no referido cuidado, tanto em nível de seus determinantes sociais, quanto no acesso e aceitabilidade das instituições oficiais de saúde à realidade quilombola.

As diferenças e os pontos comuns compartilhados nos processos de escolha dos itinerários terapêuticos narrados vêm ao encontro das experiências de vulnerabilidade vividas pelos moradores em suas três dimensões: individual, expressas nas redes de apoio e nas experiências intersubjetivas que vão orientar as suas ações frente na busca por cuidado; social, a vivência dos contextos de interação que estruturam a vida cotidiana dos moradores, junto aos grupos, instituições e organizações nas quais participam e pertencem; e a programática, que deriva das vivências junto às organizações de saúde oficiais e suas práticas institucionais, com seus programas e dispositivos, na

busca por repostas aos agravos e cuidados à saúde dos moradores da comunidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

A dimensão individual refletiu a disposição dos vínculos familiares e comunitários que estavam ao alcance dos moradores no acesso a recomendações, acolhimentos e alternativas à solução de seus agravos e/ou doença. Quanto mais frágeis apresentaram-se os vínculos familiares e comunitários do morador, maior exposição e menor resolubilidade ele teve na resolução de seu agravo.

Como afirma Gerhardt (2006), em estudo sobre itinerários terapêuticos, o qual observou que as pessoas com fragilidade de vínculos tinham maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e efetividade em seu tratamento. Ao encontro desta afirmativa encontra-se o estudo de Silveira et al. (2011), os quais relatam a importância do apoio social entre pessoas mais experientes e outras mais novas, para o cuidado e solução dos agravos em saúde. Troca de informações, conselhos, experiências e auxílios materiais entre amigos, vizinhos e familiares encontram-se como processo fundamental à resolução dos agravos e/ou doença presentes nos territórios negros rurais. Quanto menor o apoio social, menor será a capacidade de resolver o agravo e/ou doença vivida.

A dimensão da vulnerabilidade social marcou as exposições aos agravos e as capacidades de resolução dos moradores a depender dos marcadores sociais de: gênero, raça/etnia, classe, idade. Nas narrativas dos participantes estes marcadores apresentaram-se como definidores em suas experiências de cuidado e adoecimento.

A narrativa das mulheres evidencia dificuldades específicas vividas que estão vinculadas às relações de opressão de gênero, experienciadas por elas na comunidade. A territorialidade, ou as experiências de pertencimento a uma comunidade rural negra foi definidor frente aos recursos populares acessados para a busca da manutenção da saúde e solução dos agravos e/ou doença. A categoria geracional apresentou-se também como um marcador de diferenciação nos itinerários apresentados entre jovens, adultos e idosos, mostrando que os caminhos de acesso à saúde dos idosos se assemelham, com contato mais frequente com a UBS na busca de medicamentos nos cuidados à hipertensão e diabetes. A adulta e os idosos se utilizam dos recursos populares em saúde para seus cuidados, diferente da jovem que busca com base em sua religiosidade e na automedicação a solução de seus problemas.

A vulnerabilidade social mostra que experiência de saúde de cada sujeito é dependente da classe, gênero, raça/etnia, religião e idade, que pode aumentar ou diminuir seus níveis de vulnerabilidade. Estas diversidades são relevantes para que os projetos terapêuticos implantados nos territórios levem em consideração estas diferenças, para que as mesmas não se tornem impedimentos e vivências de desigualdade de acesso à saúde (Ayres, Paiva & França Jr. 2012).

Por fim, a vulnerabilidade programática (Ayres, Paiva & França Jr. 2012; Gruskin & Tarantola, 2012) que se vincula aos níveis de resposta de programas, projetos e políticas públicas de saúde aos agravos e à prevenção da saúde de determinada população. Nas narrativas observou-se que ao nível da **disponibilidade**, a política de atenção básica instalada na comunidade encontra-se deficitária, pois há uma quantidade menor de profissionais necessários ao atendimento a toda a abrangência do território que se propõe à política desenvolvida; quanto à **acessibilidade** as narrativas mostram que muitas vezes as práticas desenvolvidas não levam em conta as diferenças existentes nas experiências de adoecimento e saúde dos moradores, o que pode inviabilizar, impedir e dificultar o acesso ao serviço; a análise dos itinerários pela ótica da **aceitabilidade** possibilita observar que as práticas implementadas apresentam diálogo incipiente à realidade local e suas crenças, valores e modos de viver, como a falta de diálogo entre as práticas populares presentes na comunidade e as práticas implementadas pela política de atenção básica. Por fim, os moradores narram as precariedades da **qualidade** do serviço oferecido à comunidade: “*A situação é precária, misericórdia. Dos dois. Os equipamentos de saúde, as pessoas vão se consultar, nem sempre tá funcionando. Se a pessoa vai marcar consulta hoje, eles dizem 'tá quebrado, vem daqui 15 dias.'*” (J1, uma jovem da comunidade). Afirmam que a chegada da UBS não confirma um aumento e qualidade nos atendimentos, já que a mesma se instala com uma equipe incapaz de atender a abrangência de todo o território, que inclui a comunidade e outras comunidades ao redor:

Eu acho que não houve melhoras, não, só aumentou o número de usuários... por exemplo, chegou famílias aqui no Pau D'arco como também nesses comunidades e todos passaram a realmente ser usuários. Agora, a dentista não faz um trabalho que preste porque não tem material, falta água. Agora não, melhorou um pouco... mas ela, se faz uma obturação ela não extrai, porque tá faltando material, o pessoal continua saindo daqui pra pagar um dentista particular, porque você vai pra lá e ela já diz logo “olha, não tem, tá faltando esse material”, falta tudo.

Esta realidade de precarização da política de atenção básica não é um problema exclusivo de Pau D'arco, apresenta-se recorrente em outras comunidades quilombolas, como no estudo de Silva (2007) em uma comunidade quilombola da Paraíba, que relata a situação de uma UBS que apresenta poucos profissionais e com limites de horário para o atendimento à comunidade.

Apesar dos avanços existentes na ampliação e abrangência do SUS, por meio da Política de Atenção Básica nos territórios quilombolas, a lógica que gerencia as práticas dos programas instalados nas comunidades, como afirmam Melo e Silva (2015), Pinho et al. (2015), Bezerra et al. (2014), Vieira e Monteiro (2013) e Silva (2007), ainda estão atreladas a uma compreensão técnico

instrumental e biomédica da saúde.

Como questiona Fleury (2009), qual a questão democrática em saúde hoje? Ou contextualizando a pergunta, qual é a questão democrática em saúde nos territórios quilombolas? Amplia-se à abrangência da rede de atenção básica aos territórios rurais e quilombolas como primeiro passo à garantia do direito à saúde a estas populações. Porém, realizar uma ampliação que não busca ler a realidade a que se vai atuar, sem produzir uma crise em seus conhecimentos, pode cumprir uma tarefa oposta à proposta pelas diretrizes do SUS, dificultando o acesso, não garantindo a integralidade do serviço e a equidade necessária no cuidado às desigualdades presentes nestes territórios.

- **A vida na comunidade quilombola e as suas concepções de saúde/doença.**

No percurso da conversa sobre como era viver na comunidade quilombola, o tema saúde já era suscitado por meio de narrativas que relatavam as dificuldades, bem como, os prazeres de viver na comunidade. A partir desta entrada o tema saúde se apresentava na entrevista, e com ele as concepções de saúde e de doença construídas socialmente pelos participantes. É importante apontar que apesar de haver um conteúdo que agrupa a categoria temática sobre uma concepção convergente de saúde e de doença, os marcadores sociais de gênero, idade, raça-etnia e papel social a ser exercido na comunidade, são determinantes nos modos específicos com que a compreensão de saúde e doença se manifesta nas narrativas.

Este campo diferencial vem ao encontro das concepções de Paiva (2012), ao afirmar que a saúde não se apresenta como um constructo abstrato e apartado da realidade social dos sujeitos, sendo que a mesma não pode ser definida de forma generalista e universal. A saúde e a doença são experiências vividas no cotidiano e condicionadas pelos determinantes sociais na qual cada sujeito e território estão submetidos. Assim, a saúde não fica restrita a uma concepção orgânica de cuidados ao corpo, extrapola esta dimensão e entra como espaço de cuidado à vida e dos elementos sociais e políticos que a compõem.

Os entrevistados compartilham desta concepção de saúde enquanto uma experiência do cotidiano os capacita a resolver seus problemas, ter autonomia para a realização de suas atividades como trabalhar, divertir-se, encontrar-se com os amigos e vizinhos e cuidar de sua própria saúde. Portanto, ter saúde é ser capaz de realizar seus afazeres sem comprometimento de sua autonomia diante das práticas a serem desenvolvidas no dia a dia.

Esta compreensão incide na forma como as comunidades rurais, como afirma Fernandes (2014), incluindo as comunidades quilombolas, definem seus modos de vida e orientam suas práticas cotidianas, que são produzidas por meio de saberes, conhecimentos e tecnologias baseados

na experiência empírica com os outros e com seu território. Esta experiência empírica afirma que sua realidade é fundada por meio dos fazeres, dos usos e das práticas mediadas por experiências passadas de geração a geração, compartilhadas entre seus pares e apropriadas aos seus territórios. Como exemplificam as narrativas abaixo:

Eu acho, assim, saúde, eu acho que não passa só pela questão de você só sentir a ausência de dor. [...] estar de bem, é lidar com a sua vida, saber resolver situações, ter condição de resolver os problemas que acontecem. Isso é muito bom, porque hoje se agente for analisar a história da mulher, por exemplo, que nós temos aqui na comunidade, tem muita mulher doente, adoecendo até o corpo, porque a cabeça, porque são mães solteiras, outras são casadas, mas é quem assume toda a responsabilidade da casa, hoje elas tem pressão alta, desenvolveram diabetes, um monte de coisa. (A1, adulta da comunidade).

A saúde não tá muito boa não. Tenho tal do diabetes. E o meu é dos mais inquietos, que é emocional, parece. Quando tem raiva, desgosto, alegria [risos]. Ai bota pra morrer [risos]. Eu passo muito nervoso, dá muito cansaço. Eu vou até ali na casa daquela mulher, chegando lá eu tenho que parar. Cansa minhas pernas. (I3, idosa da comunidade).

Rapaz, a verdade é essa: hoje eu não faço nada. Só amanheço o dia aqui, fico por aqui lorotando mais um e outro, dou umas voltas por aí e só, trabalho um bocadinho. A saúde é coisa muito boa, só que hoje pra saúde eu tenho aquela história, tá longe. A saúde hoje tá longe. De vez em quando encontro um trabalho que dá mais pra mim, dá, ainda tem. (I1, idoso da comunidade).

Saúde é quando a gente vive bem e trabalha. Quando a gente vive bem, que dizer, graças a Deus que a minha saúde tá bem, porque de qualquer maneira não tamo trabalhando, mas pelo menos a gente tem paz com a nossa família. Não tem a saúde suficiente porque você sabe que quando a gente chega numa na nossa idade tem que... A gente pra viver aqui tem que trabalhar, né. Porque se a gente não trabalha... com o medicamento agora eu não to mais, faço um servicinho, assim, manero, devido ao problema, eu trabalhei muito em serviço pesado, era fazendo canteiro de fumo. (I2, idoso da comunidade).

A concepção de saúde compartilhada nas narrativas dos participantes mostra que a mesma é compreendida como uma vivência que potencializa as ações, como princípio que permite ao sujeito a realização de seus afazeres, bem como, autonomia sobre suas vidas. Porém, as atividades realizadas no dia a dia da comunidade quilombola são divergentes a depender dos marcadores de

raça-etnia, gênero, idade e papel social a ser exercido pelo participante, o que modifica o modo como cada um significa e experimenta a vivência da saúde.

Estas diferenças quando transpassadas pelos marcadores de gênero na vida das mulheres da comunidade tornam-se experiências de desigualdades, as quais passam a assumir “*toda a responsabilidade da casa*” (A1, adulta da comunidade). Cabe a elas reproduzirem um papel social instrumentalizado que determina seus modos de agir, na exploração de sua força de trabalho e de sua vida ao cuidado da família e dos outros afazeres do dia a dia. O que gera os adoecimentos, como identificados nas falas: “[...] *tem muita mulher doente, adoecendo até o corpo, porque a cabeça, porque são mães solteiras, outras são casadas, mas é quem assume toda a responsabilidade da casa, hoje elas têm pressão alta, desenvolveram diabetes, um monte de coisa.*” (A1, adulta da comunidade); “*A saúde não tá muito boa não. Tenho tal do diabetes. E o meu é dos mais inquietos, que é emocional, parece.*” (I3, idosa da comunidade).

Estas diferenças de gênero são destacadas na narrativa de J1 (uma jovem da comunidade), que participa do movimento da marcha das margaridas², e traz consigo um discurso político que desmistifica as relações de opressão de gênero presentes na comunidade, capazes de levar ao adoecimento físico e mental das mulheres quilombolas:

Aqui no sítio o povo tem o negócio do machismo. “O homem não pode lavar prato, o homem não pode varrer a casa”. Acho muito errado, o homem deveria fazer de tudo como a mulher faz de tudo. Porque aqui a mulher vai pra roça, lava prato, cuida dos filhos. Já os homens não, só vão pra roça. E o dia que eles não trabalham, passam o dia todinho em casa sem fazer nada. E a mulher nunca para. A mulher é mulher e homem, duas vezes. Além dos casos de violência que a mulher sofre, que aqui no sítio é comum ficar sabendo.

Ser mulher neste cenário do campo é ser lançada a um enquadre social que a obriga a ser “*mulher e homem, duas vezes*”. O machismo não é vivido apenas nas atividades a serem executadas. “*O homem não pode lavar prato, o homem não pode varrer a casa*”, mas anterior a estas atividades encontra-se como uma estrutura que organiza a vida destas mulheres rurais, de modo a normatizar seus afazeres e responsabilidades. Ela torna-se objeto e instrumento que deve cuidar da família, do marido, dos afazeres domésticos e laborais. Tal racionalidade busca impedir a autonomia sobre sua vida, ela torna-se instrumento de uma racionalidade que configura relações assimétricas de gênero que levam ao seu adoecimento. Como afirma J1 (uma jovem da comunidade):

² Movimento que pauta a agenda dos movimentos sociais do campo e feministas, na luta contra a opressão de gênero no campo e na floresta.

Isso influencia na saúde, se ela faz o papel do homem duas vezes, acho que a saúde dela não fica muito bem, não vai muito bem. Muitas mulheres aqui sofrem de problema de nervo. Eu acho que a responsabilidade do homem é menor, da mulher é maior, é com o filho, com a casa, é com tudo. Se o filho faz alguma coisa que não deveria, as mães colocam aquilo na cabeça e se preocupam, já os pais não, colocam a culpa todinha na mãe. Se na casa tem algo errado a culpa é da mãe. Se o marido fica mal também. Aqui no sítio toda a culpa é da mãe. Se o filho falta na escola, cai em cima da mulher, tudo sobra pra ela. Acho que isso sobrecarrega.

A opressão de gênero vivida pelas mulheres quilombolas levou as mesmas a um sofrimento psíquico que passa a ser relatado pelas três entrevistadas, as quais afirmam associações entre as doenças prevalentes na comunidade, como pressão alta e diabetes, ao sofrimento mental vivenciado. Como nos relatos da pesquisa realizada por Silva e Carvalho (2008) em uma comunidade quilombola do Espírito Santo, no qual havia um elevado índice de mulheres que se autodiagnosticavam com “pressão alta”, sem mesmo realizar nenhum diagnóstico para tal afirmação. O termo “pressão alta” passou a ser significado pelas mulheres quilombolas como modo de expressar as condições sociais de pobreza, exploração, negligência de direitos aos quais suas vidas estavam submetidas. Talvez em Pau D'arco, “sofrer dos nervos”, ter uma diabetes “*inquieta e emocional*” trazem significações à saúde mental e física de conteúdos que estão atrelados às condições sociais e de gênero desiguais presentes em suas vidas. Também está expressa na dupla, ou mesmo, tripla jornada de trabalho entre: a roça, o trabalho doméstico na família e o trabalho na cidade.

A necessidade de reflexão sobre as experiências de mulheres negras atravessadas por relações assimétricas de gênero e raça encontra em Wane (2013) uma referência importante. Cabe pensar o conceito de interseccionalidade, já que as experiências de vida das mulheres quilombolas estão condicionadas pela intersecção, ao menos, dos marcadores de raça/etnia, gênero e classe. A autora realizou uma pesquisa com 400 mulheres que residiam no Canadá, entre 22 e 67 anos, utilizando-se de entrevistas face a face, ou por telefone e grupos focais. Uma diversidade de mulheres compôs o estudo: estudantes, mães solteiras e casadas, mulheres que trabalhavam em casa e que trabalhavam fora, ativistas comunitárias, acadêmicas, sindicalistas, profissionais da saúde, assistentes sociais, advogadas, e que atuavam na política. A diversidade de ambientes de trabalho e práticas sociais exercidas pelas mulheres pesquisadas permitiu uma análise comparativa entre os marcadores intergeracionais, de classe e sexualidade. O estudo constatou que diante da diversidade de modos de vida das mulheres negras canadenses, não se pode falar de suas experiências sem ao

menos apontar a dupla interseccionalidade entre os marcadores de gênero e raça. Já que a noção de dupla ou múltipla interseccionalidade de relações de opressão vividas por elas se fizeram presentes durante a maior parte das entrevistas.

Para Souza e Araújo (2014), tal intersecção de relações assimétricas de gênero e raça intensifica as desigualdades e formas de opressão a que são submetidas as mulheres quilombolas, ampliando sua vulnerabilidade aos agravos em saúde e/ou doenças. Na medida em que naturalizam as expectativas e obrigações sociais atribuídas a elas, aliada a um contexto de políticas públicas incipientes na promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil.

O modo de objetificação e instrumentalização da mulher destacam-se de forma expressiva na narrativa de J1 (uma jovem da comunidade) ao enquadrar o papel da mulher enquanto mãe na comunidade, a que ser mulher é sinônimo de ser mãe. A naturalização da opressão de gênero vivida pelas mulheres negras de Pau D'arco é semelhante ao das mulheres quilombolas do centro-oeste da Bahia investigadas por Souza (2015), que mostra que as violências e discriminações vividas são compreendidas como parte de suas vidas, como um papel a ser exercido e tolerado.

Construir formas de cuidado à vida das mulheres negras rurais é buscar junto com outras(os) a transformação desta sociedade, na afirmação dos pontos vivos destas mulheres quilombolas, como experiências produzidas entre iguais que almejam o cuidado à vida e o rompimento das assimetrias de gênero, raça/etnia e classe como elementos organizantes das formas de dominação.

Já para os idosos entrevistados a concepção de saúde passa pela capacidade de trabalhar na terra, de plantar, colher e fazer um roçado. São nestas atividades que parte de suas realizações como sujeito se efetivam. Porém, atualmente, relatam dificuldades de realizá-las de forma plena: “*Rapaz, a verdade é essa: hoje eu não faço nada.[...] dou umas voltas por aí e só, trabalho um bocadinho. [...] A saúde hoje tá longe.*”(I1, idoso da comunidade); ou como narra I2 (idoso da comunidade): “*Saúde é quando a gente vive bem e trabalha. [...] com o medicamento agora eu não tô mais, faço um servicinho, assim, manero, devido ao problema, eu trabalhei muito em serviço pesado, era fazendo canteiro de fumo*”. A vida percorrida pelo trabalho na terra é o que caracterizava a vida saudável para estes idosos, um trabalho que possibilita o encontro com outros parceiros, o contato com a natureza e o que dela é disponibilizado para a subsistência de suas famílias.

Mas, o trabalho pode se tornar um fardo, nas palavras de I2 (idoso da comunidade): “*pesado*”, quando esta prática o deixa alheio ao seu próprio processo de produção, de arar a terra para sua família, comunidade, amigos e vizinhos. Quando seu trabalho é capturado pela lógica do capital que sua ação é instrumentalizada às forças materiais do fazendeiro, há a destituição do sentido de sua atividade. O que vem ao encontro do que I2 (idoso da comunidade) afirma ser a doença:

Eu sei que a doença aparece por causa do nosso trabalho, né, porque a gente trabalha aí tem que aparecer doença, porque quando a gente é novo e não sente nada, às vezes sentia umas dorzinha, mas coisa pouca. Mas o trabalho às vezes é o pior porque a gente forçou tudo, trabalhar assim como eu trabalhava pro [fazendeiro local], passar do horário pra se alimentar, porque se dá onze e meia você já tá com aquela fome, naquela hora é hora de você se alimentar, lhe servir, mas se você vai comer doze horas ou mais de doze quando você come aquilo te dá uma tremedeira e aquilo num vai te alimentar mais, você já passou, mas a gente que tá trabalhando pros outros num tem horário, horário é do dono.

A mesma atividade que possibilita a experiência da saúde, quando é instrumentalizada ao “horário do dono”, deixa de ser o lugar de produção da vida e passa a ser concebida como lugar de expropriação, propriedade alheia, na qual ele não vai colher os frutos e os cultivos plantados nestas terras. Esta vai sim, a partir de seu “dono” tomar sua saúde física e mental, torná-lo empregado, sem condições de organizar e estruturar sua atividade. Nem mesmo o horário para satisfazer sua fome é concedido a ele. Como I2 (idoso da comunidade) continua:

Lá na minha roça pode conversar à vontade que não tem problema. Na dos outros não têm dessa não, quando começava a trabalhar eu já ficava ali pra lá olhando, comentando, parava um pouquinho “e cumpade, e aí?” porque cuidado, você sabe que aqui era muita gente, se passasse cinco minuto ele já reclamava.

De modo diferente, na roça dele ele pode “conversar à vontade que não tem problema”, ela é o lugar de encontro com outros iguais, capazes de compartilhar momentos de cultivo que estão para além da produção material, com relações que constroem vínculos e afetos. Ao arar a terra não se pensa no pagamento do fim do dia, mas sim nas relações vividas, nos causos contatos, na produção dos alimentos que vão comer e levar aos seus vizinhos e parentes.

Assim, na propriedade alheia é preciso utilizar táticas de resistência (Certeau, 2012), que lutam contra a forma hierarquizada de organização do trabalho, reelaborando com astúcia este modo organizativo que lhes retiram a autonomia e lhes fazem adoecer. I2 (idoso da comunidade) conta uma destas táticas utilizadas pelos trabalhadores rurais:

Quem fumava ainda tinha uma chancezinha de ficar ali com o cigarrinho, os outros era trabalhando, né, às vezes a gente se escorava um pouquinho pra mode ver os outros fazendo o cigarro e nós demorava, num pode não, esteja futucando pra mode de não parar o movimento. Na hora do cigarrinho a gente tomava uma fuguinha³ para aguentar o

³ Fuguinha: termo usado no interior de Alagoas que remete a um momento de descanso: “tomar uma fuga”.

trabalho pesado.

Fazer o cigarro de palha era o momento em que os trabalhadores se reuniam, se encontravam, podiam se reconhecer como parceiros, mesmo que submetidos à lógica de organização servil a ela não se servilizavam por completo. Fingiam arar a terra “*esteja futucando pra mode de não parar o movimento.*”, para falar sobre os assuntos da semana, se reconhecerem, descansarem para retornarem as atividades. Esta tática realizada dentro da lógica do outro dominador possibilitava a eles elaborarem um sentido comum, que evidenciava as relações de opressão ali presentes, na distinção entre o fazendeiro, agora patrão, e seus companheiros trabalhadores.

O trabalho apontado em sua narrativa como o lugar possível de experienciar a saúde, quando organizado de forma alheia às suas necessidades, elaborado enquanto meio que instrumentaliza sua força de trabalho a realização do capital, desapropria sua força física e o sentido de sua atividade, podendo levar ao adoecimento físico e mental. Como diz I2 (idoso da comunidade): “*É, eu não sentia problema nenhum, depois que eu comecei a trabalhar... eu arei muito canteiro, era doze que saía daqui, tudo 4 horas...*”.

Em uma sociedade estruturada por relações assimétricas de poder, a saúde passa ser compreendida não como algo inato e adquirido de forma espontânea, ela é uma experiência que tem de ser conquistada na busca por direitos que garantem a dignidade humana que são extraídos dos sujeitos cotidianamente. Como afirma A1 (adulta da comunidade): “*Pra gente ter saúde, temos que ter acesso né? Não só na saúde, mas, de educação, cultura, trabalho. Isso tudo forma a gente, faz dos quilombolas pessoas*”. Ter “*acesso*” é possibilitar respostas mais efetivas, por meio de políticas públicas que garantam os direitos à saúde nos territórios negros, na diminuição da vulnerabilidade desta população, com menor exposição e maior resposta aos agravos e/ou doenças em saúde. Como afirma Santos (2008), destituir a cidadania abstrata que é ofertada diariamente à população brasileira, torná-la efetiva e capaz de fazer dos sujeitos pessoas.

- **Narrativas de atendimento e contato com os profissionais de saúde.**

As narrativas de atendimento fizeram emergir e possibilitaram identificar os modos de opressão vividos pelos moradores da comunidade quilombola no que concerne ao seu pertencimento racial, étnico e territorial, enquanto negros e negras rurais. Elas mostram as assimetrias de poder presentes no cotidiano dos moradores nas experiências de atendimento no serviço de saúde.

Nas narrativas dos participantes emergiram dois blocos recorrentes: 1. narrativas de

humilhação social devido ao preconceito e à discriminação racial no momento do atendimento; 2. narrativas que apontam a dificuldade de estabelecer uma prática institucional que promova a saúde da população negra.

As narrativas de humilhação social vivida pelos moradores da comunidade quilombola se fazem presentes no momento do atendimento, bem como na fila de espera. É recorrente na narrativa dos entrevistados a queixa do atendimento pelos profissionais, que não se encontram mais na comunidade que: realizavam os exames sem tocar nos pacientes, impediam os mesmos de se sentarem frente a frente com ele e realizavam falas que desqualificavam alguns moradores quanto a sua higiene pessoal. Como segue: *“Ele não tocava no corpo não, só ficava na conversa e passava o exame. Nunca tocava.”* (J1, uma jovem da comunidade) e *“Na consulta ele nunca tocava no corpo. O corpo? Não, não. Nunca, nunca.”* (I3, idosa da comunidade).

A queixa do não toque ao corpo negro não é uma ação vivida exclusivamente pelos moradores da comunidade quilombola Pau D'arco. Em um estudo realizado em um bairro popular de Salvador Trad; Castellanos e Guimarães (2012) apresentam relato de uma profissional que pouco tocava os pacientes negros, principalmente no atendimento às crianças.

A realização de um exame sem tocar no corpo do usuário leva a muitos prejuízos quanto ao diagnóstico e à qualidade do atendimento. Não tocar no corpo é impedir por meio desta prática um diagnóstico adequado, é restringir à população negra o acesso pleno a um direito que deve ser garantido a todos. É violar os princípios que regem o SUS quanto ao acesso universal independente de cor, raça, credo religioso, sexualidade, gênero, entre outras.

Apesar de o corpo ser naturalizado como uma entidade biológica, é nele que os fenômenos e expressões se manifestam e ganham aderência na convivência social. O corpo é um produtor de sentidos a depender de qual corpo se anuncia, como ele se apresenta, a qual grupo social ele está vinculado. O corpo carrega consigo um substrato histórico, político e social que altera o modo de significação social e os manuseios atribuídos a eles (Weeks, 2000).

As experiências de discriminação e preconceito vividas pela população negra passam pelo seu corpo. Um corpo que transpõe a esfera biológica e o inscreve em relações de dominação que se convertem em experiências de desigualdade. A categoria racial está alicerçada sobre identificações fenotípicas, cor da pele, forma do rosto, tipo de cabelo, as quais adquirem sentidos pejorativos ao se inserirem em relações sociais hierarquizadas racialmente. Como afirmam Silva et al. (2015,p.24) sobre as desigualdades marcadas no corpo negro: “[...] as desigualdades sociais vivenciadas por essa população são expressas em seus corpos e na qualidade de serviços sociais públicos a que têm acesso”.

Esta atuação profissional que produz assimetrias e violação de direitos sobre a população

negra quando não fiscalizada ou instruída a aprendizados racialmente igualitários pela instituição de pertencimento dos profissionais, reproduzem práticas que impedem e dificultam a garantia do direito à saúde, promovendo em seu fazer o racismo institucional. Assim, as instituições de saúde ao negar, por negligência e/ou desconhecimento, a promoção do debate e problematização das práticas que se adéquam à realidade dos territórios negros rurais, reproduzem práticas discriminatórias e preconceituosas. O não fazer ações que promovam a igualdade racial nas comunidades quilombolas apresenta-se como projeto político conivente com a supremacia branca.

Esta negligência de direitos é vivida pelas minorias políticas como forma de humilhação social, violação de direitos, violências e maus-tratos. Como aparece na narrativa de I2 (idoso da comunidade) no atendimento médico na UBS:

A primeira vez que eu fui não me senti bem, me senti mal, sabe por quê? Porque quanto o doutor chega lá você bota a cadeira sempre encostado dele, esse doutor é diferente, ele tá ali e a cadeira aqui, de lado... aí eu me sentei na cadeira, aí só porque, a mesa tava lá, “eu vou encostar mais pra perto porque...”, tinha a mesa né, “vou encostar um pouquinho... aí ele reclamou, disse “olhe, quando a gente chega pra atender a gente senta no canto que tiver e fique lá!”. Ai eu, você sabe que quando a gente vai com o coração tranquilo sente logo aquela pregada. Ai ele fez umas pergunta lá eu disse “doutor, eu não sei mais responder nada”, aí eu entreguei, mostrei os exames, ele olhou, disse que tava tudo tranquilo, aí pronto, passou lá as medicação e eu não falei mais nada “olha, doutor, muito obrigado pela sua boa vontade” e saí.

A narrativa de I3 (idosa da comunidade) também reforça a forma de atendimento que desqualifica e humilha o usuário, no impedimento do morador da comunidade quilombola de se sentar frente a frente com o médico: “Homem, olhe... Tô contando a história. A mesa é aqui, né. Ai ele ficava daquele lado, a gente ficava desse. Agora, nem pense que a gente ficava frente com frente a ele. Tinha que ficar lá do outro lado, fora dele. Pois era.”.

A disposição das cadeiras que impediam o usuário ficar frente a frente com o médico não é apenas uma questão da disposição espacial dos objetos na sala, mas da construção de uma relação assimétrica de poder que rebaixa o outro, retira a possibilidade de estar em igual dignidade com o médico.

Buscar encostar a cadeira à mesa apresenta-se como uma tentativa de reconhecimento de igualdade na relação que é pontuada pelo médico com a frase: “olhe, quando a gente chega pra atender a gente senta no canto que tiver e fique lá!”. Este enunciado produz uma vivência de humilhação social em I2 (idoso da comunidade) sentido como uma “pregada” que o desnorteia e o

desvincula da relação com o profissional. Encontrava-se impossibilitado e continua: “*Aí ele fez umas pergunta lá eu disse 'doutor, eu não sei mais responder nada'*”. Frente à humilhação social vivida cria-se um enigma de difícil elaboração, com reações diversas, como a captura da capacidade de falar de I2 (idoso da comunidade), é impedido de exercer sua ação, ele foi desqualificado enquanto agente da relação.

Outro acontecimento narrado por A1 (adulta da comunidade) ocorreu com uma pessoa conhecida dela:

[...] ela disse que estava com um problema, não estava ouvindo bem, e esse médico tinha uma mania de orientar que todas as vezes que as pessoas fossem pro consultório tomar banho. Acho que era por causa de alguma situação que ele já tinha presenciado. Ai ela perguntou qual o medicamento e ele disse “olha, o primeiro medicamento é pedra de sabão pra senhora tomar um banho” e continuou “a suas orelhas estão cheias de grudes, é por isso que a senhora não está ouvindo bem”. Eu lembro que ele era um médico com as características do pessoal do Rio Grande do Sul, Santa Catarina... cara de europeu. Eu sei que nisso ela saiu chorando de dentro do consultório, se sentiu humilhada... ele ficou pouco tempo.

O pedido do médico para que todos os moradores da comunidade quilombola tomassem banho antes do atendimento pode ter relação com a adequação e orientação à higiene pessoal. Porém, quando esta recomendação torna-se uma exigência que impede ao usuário o atendimento, expressa relações que desqualificam os moradores por não estarem em igualdade com o médico que leva as insígnias do branco europeu.

Como afirmam Silva et al. (2015, p.24): “[...] vivenciar situações de discriminação pode ser, por si, um elemento desencadeador de doenças. Tal fato é ainda mais grave quando a experiência se passa no contexto de um serviço destinado à atenção em saúde”. As humilhações sofridas pela população negra no atendimento em saúde apresentam-se como uma grave violação de direitos e violência, que instaura um tratamento diferenciado a um determinado grupo devido sua raça e etnia, situações que devem ser combatidas para que o princípio da equidade possa ser efetivado nos equipamentos de saúde.

Os maus tratos quando vividos no próprio serviço de saúde produzem um sofrimento contraditório, a busca de um serviço que deveria cuidar, torna-se o lugar da agressão e do rebaixamento, local de produção do preconceito, da discriminação e do adoecimento. Como afirma I3 (idosa da comunidade) na fila de espera e de atendimento:

A pessoa chega primeiro e você bota os outros e deixa a pessoa por derradeiro? Não, não é assim, não. Você sabe, quem tem esse diabete, pressão, a pessoa não pode passar necessidade, aí não pode ter desgosto, não pode ter raiva, não pode ter nada. Aí eu saí daqui, olha, uma hora da tarde. Aí eu, avexada assim, quis começar a ir. Aí eu cheguei lá e colocaram para traz, quer dizer que eu sou menos. Quer dizer que eu que tava doente, ele pegou, botou o outro rapaz que estava atrás na minha frente e deixa eu atrás! Isso acontecia muito. Acho que era porque os outros eram mais conhecidos.

Narrativa do atendimento:

Sim, aí eu começo a tossir. E uma vez eu fui, aí quando eu entrei, comecei a tossir. Aí ele dizia “E essa tosse? A senhora fica perto dos seus filhos? Dos seus netos? Do seu marido?” querendo dizer que eu não podia ficar falando perto deles por que aquilo era uma doença e que podiam pegar a tosse. Eu digo “Não, não fico.”. Aquela ora fiquei é toda distrenada. E era muita gente, tanto que ele não ficava na frente da gente. (I3, idosa da comunidade).

O sentimento de ser “menos”, de ficar “distrenada” e de não poder ficar “frente a frente” com o médico, expressam situações que não se restringem às vivências de I3 (idosa da comunidade), mas é carregada pelo seu grupo. Como confirma a narrativa de I3 (idosa da comunidade) quando indagada se sentia bem no atendimento: “Ah, pra falar a verdade, eu não me sinto bem não. Por que todos são iguais. Tudo é gente, tudo é gente igual. Pode ser o branco, o preto, o rico, o pobre. Todos somos gente.”. I3 (idosa da comunidade) busca confirmar sua dignidade ao afirmar que “Todos são iguais [...] Todos somos gente”. O impedimento de ser “gente” leva a situações extremas de adoecimento e aversão ao atendimento em saúde, como um lugar possível de viver situações de discriminação e preconceito racial. Como afirma J1 (uma jovem da comunidade):

[Entrevistador] *E como você se sente quando está no médico.* [Entrevistada] *Eu não gosto, eu não gosto de médico, não gosto de ir pra médico. Não sei explicar, desde pequena. Sei lá, acho que eu tenho trauma. Sinto, sei lá, nervosa. Não gosto.*

A luta contra o racismo institucional nos serviços de saúde, como afirmam Silva et al. (2015), torna-se um norte político necessário para que o acesso à saúde da população negra seja um direito garantido. O racismo institucional fragiliza os vínculos dos usuários aos serviços, bem como, aumentam a vulnerabilidade programática nos equipamentos de saúde, com apresentação de dificuldades de respostas adequadas às demandas e vivências da população negra rural, que passam

a ser invisibilizadas pelos próprios programas de saúde.

Assim, o princípio da equidade deve ser uma prática que percorre todos os serviços, ações e atendimentos em saúde que estejam instalados nos territórios negros rurais. Para que as comunidades quilombolas possam acessar os serviços de saúde e usufruir o direito ao cuidado a sua vida, e não ser o espaço da produção de “*trauma*”, medos e ansiedades.

O racismo institucional apresenta-se como uma prática que perdura nas instituições de saúde devido à dificuldade de estabelecer uma política institucional que direcione as práticas dos profissionais ao olhar das relações étnico-raciais. Como nas narrativas dos entrevistados que afirmam que o atendimento atual na UBS é outro, e atribuem esta mudança aos novos profissionais que atendem no serviço, como pessoas responsáveis e dispostas a dialogar com o território quilombola e inscrever em suas práticas os temas das relações étnico-raciais:

Quando o médico chegou fizemos uma conversa para explicar o histórico de saúde da comunidade ele mesmo disse “olha, minha gente, eu conheço tão pouco, agora, eu tenho curiosidade de conhecer! Eu tenho vontade de conhecer”, quer dizer, nos deixou muito feliz por isso, porque o outro médico, ele era diferente, ele não simpatizava muito com essa questão não, nem acreditava que tinha diferença entre nossa comunidade e outras. Não existe uma exigência para discutir estas diferenças. Às vezes, o próprio médico se não tem esse apoio, esse conhecimento só se ele realmente quiser fazer esse trabalho com a comunidade, que vai ter que ter muito mais tempo pra ele e nem sempre ele vai querer. (A1, adulta da comunidade).

A1 (adulta da comunidade) continua relatando a dificuldade do médico anterior levar em consideração nos processos de saúde/doença, as categorias de raça, etnia, gênero e classe:

O outro médico, o anterior, disse isso “eu não acredito nisso”, o tratamento ele ia dar no geral, não tinha que ter esse olhar diferenciado não... acho que nem diferença de classe ele levava em possibilidade... Não... Ai fica assim tão difícil pra você, pra menina que tá na unidade, ela também por ser negra eu vejo muito essa preocupação junto conosco, com esse olhar, sabe. Mas fica difícil de você fazer um trabalho sem um apoio de quem está realmente na própria unidade, principalmente na secretaria...

A dificuldade de implantar uma política institucional no serviço condizente com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é evidenciada pelo medo da saída do médico atual, considerado como um bom profissional que realiza um diálogo com a comunidade e suas necessidades, que com a saída levaria consigo as atuais garantias de acesso e de qualidade no

atendimento. Diante desta situação I2 (idoso da comunidade) afirma:

Pois é, graças a deus que vem outro pra que ele tome mais uma fuguinha e continue, porque nós tava pra perder. Ele disse, quando estávamos lá com a liderança, “ olhe, se não aparecer outro a minha tendência é eu sair pra tomar uma fuga”, ai, ave Maria, se ele sair pronto, ia fechar aqui.

A rotatividade de profissionais nas comunidades quilombolas, como também afirmam Oliveira et al. (2012), aliada a uma política institucional negligente quanto à garantia dos princípios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, fragiliza as práticas de saúde realizadas nos territórios quilombolas, os quais ficam reféns da empatia e da colaboração individual de cada profissional para que a política de saúde responda às necessidades das comunidades quilombolas.

Este personalismo para encampar as políticas públicas voltadas à população negra não se encontra restrita à área da saúde, como aponta Santos (2014), em estudos sobre a atuação dos psicólogos no tema das relações étnico-raciais, onde mostra que na formação destes profissionais, as aulas e discussões propostas sobre raça e etnia, foram realizadas de forma pessoal, por professores e alunos envolvidos com a temática em suas vidas. Romper com este personalismo é base para possibilitar o enfrentamento ao racismo institucional presente nas instituições de saúde.

- **Ser quilombola: a construção de um duplo vínculo com o território e a identidade quilombola.**

A presente categoria emergiu no começo do processo de entrevista, no momento em que iniciava a conversa com o entrevistado, perguntando a ele: como era viver naquela comunidade, como via a sua vida naquele território, como era seu cotidiano. Estas perguntas suscitavam memórias, histórias do passado, bem como, o modo com que cada participante se apropriou do modo de vida negro rural: de suas relações com a terra, com seu pertencimento racial e com as tradições. Discursos variados surgem diante destas experiências, mas que apresentam um campo de ligação em comum: a construção de um duplo vínculo com o território negro e com a identidade negra rural.

Nos discursos dos participantes, este duplo vínculo é identificado quando eles ao mesmo tempo em que afirmam ser o território negro o lugar de expressão de suas diferenças, de seu modo de viver, da vida compartilhada com os outros; também é identificado como o lugar que os lança às experiências de desigualdade, frente ao olhar alheio que não os reconhece como iguais, e os definem racialmente de forma pejorativa, na reprodução de experiências de preconceito e discriminação. Como segue na narrativa de J1 (uma jovem da comunidade) quando questionada por

que gostava de viver na comunidade:

Porque é um lugar sossegado, tranquilo. Tem minha família, e também porque nos ajuda, um lugar que tem recursos pra eu e a minha família. Como a roça, porque é de lá que vem a maioria dos alimentos. Nós plantamos e da roça mesmo nós colhemos. Mas ainda existe muito preconceito. Principalmente da parte das pessoas que vieram de fora pra cá. [Entrevistador]: Como você percebe isso? [Entrevistada]: O modo de falar: 'esse negrinho, esse não sei o quê'. O modo que eles falam.

De modo similar acontece com a identidade quilombola, a qual possibilita a eles: a produção de seus saberes, o aprendizado de uma vida igualitária, a luta por reconhecimento e a garantia de seus direitos enquanto quilombolas. Mas ao mesmo tempo carrega consigo, diante das estratégias do opressor e do sistema organizado pela lógica da supremacia branca, modos de desqualificar seus valores, desautorizar seus saberes, violar seus direitos, legitimar maus-tratos em ameaças a seu corpo e ofensa a sua pessoa. O que pode ser exemplificado pelas narrativas abaixo:

Aí no começo eu não queria ser negro quilombola. Agora, se eu tô dizendo que eu não queria ser negra, eu tô dizendo o quê? Eu tô botando a minha qualidade pra trás, né? [remete ao agente local] É difícil. É difícil sabe por quê? Por que eu vejo aqui na televisão o que é que o povo faz com o negro. Tem um lugar que até matar, mata os negros. Tá vendo? E tem muito - como é que diz? - que as pessoas dizem, fazer pouco de negro... Preconceito. (I3, idosa da comunidade).

Eu vejo, assim, dois momentos. No primeiro momento você morar na comunidade negra e que o preconceito era muito forte, mas mesmo assim em nenhum momento eu me lembro de ter dito que não gostava de morar no Pau D'arco, porque isso era muito discutido: Pau D'arco dos negros, de uma forma negativa, mas Pau D'arco sempre foi, assim, uma comunidade muito boa pra morar. (A1, adulta da comunidade).

Quando nós saímos daqui, em 1990, nós sentimos um impacto muito ruim. Primeiro nós não tínhamos transporte, nós tínhamos que sair muito cedo daqui, umas quatro e quarenta, pegar o transporte na pista, chegava umas cinco horas na cidade e esperar até às sete horas. Tinha um senhor na comunidade, que ele ia buscar a gente numa caminhonetazinha que ele tinha, e eu lembro de quando a gente chegava, principalmente nesse período de inverno, assim, que as pessoas diziam "ó os nego do Pau D'arco, ó os nego do Pau D'arco" e ficavam rindo tanto da maneira como a gente chegava, a questão do transporte, quanto da questão da própria negritude. (A1 adulta da comunidade).

Como afirmam Silva e Santos (2006), as relações de Pau D'arco com o centro urbano de Arapiraca estiveram presentes na construção da comunidade, tanto nas relações comerciais quanto na busca por serviços e equipamentos. Porém, estas relações nem sempre se fizeram amistosas, principalmente pelo marcador étnico-racial, sendo denominado por outros grupos da cidade como Pau D'arco dos negros. Os moradores apresentam narrativas de discriminação e preconceito vividos por eles, estas narrativas foram mais relatadas pelos idosos, como: *“quando era jovem nas eleições tinham duas urnas, uma preta que era da comunidade, e outra normal; quando a gente ia para cidade as pessoas apontava pra gente 'olha ali os nego do Pau D'arco'”* (I3, idosa da comunidade).

Suas vivências apresentam-se cerceadas por esta duplicidade de vidas, que ora retomam o seu pertencimento étnico-racial e territorial como possibilidade de reconhecimento junto aos seus iguais, como lugar de recursos que possibilita a reprodução da vida e invenção de seus modos de ser e existir, e ao mesmo tempo, este mesmo pertencimento, quando interpelado por relações de dominação/opressão, os lançam em experiências de desigualdade que estão marcadas em suas memórias.

Esta realidade dúbia, presente nas narrativas dos participantes, vem ao encontro das compreensões de Gómez e Sánchez (2011) sobre a formação do território dos povos latino-americanos, os quais são frutos do encontro do projeto civilizatório ocidental e da multiplicidade de epistemologias e projetos de sociedade das variadas etnias e raças que se consolidaram na América Latina. Este encontro forja práticas cotidianas das variadas comunidades e grupos étnico-raciais, que mesmo não estando em conformidade com a produção branco ocidental, a elas são incorporadas por meio do processo de dominação à qual são e foram submetidos.

Este processo de colonização não se finda com a emancipação das colônias, ele estende-se e ramifica-se às relações sociais cotidianas, atuando como referência: estética do belo; ética do bem e epistemológica da verdade. Porém, como afirmam Cancline (2013) e Certeau (2012), os processos de dominação nunca se totalizam por completo, os ditos dominados, ou para melhor caracterizar esta definição, os submetidos às lógicas da dominação produzem suas táticas de resistência que não respondem apenas aos mandos dos dominadores, mas às necessidades emergentes de suas populações e realidades.

Assim, os povos latino-americanos, como aponta Cancline (2013), têm sua subjetividade cunhada no encontro destes projetos, que apesar de contraditórios, fazem parte de um *continuum* que só pode ser descortinado e compreendido quando inserido às relações de dominação, as quais geram esta duplicidade de vínculos à realidade, como tentativas de responder às demandas hegemônicas presentes na sociedade. Mas ao mesmo tempo, sobre estas insígnias do dominador buscam produzir táticas e signos capazes de significar sua realidade pelo olhar de dentro, na busca

de reconhecimento por meio de seus iguais. Como segue a narrativa de I3 (idosa da comunidade):

Muito lugar que eu vou, que eu chego... Às vezes se eu vou pra um lugar que tem muito branco, só uma pessoa negra dentro, não fica cismado? Né? Tem canto que a pessoa vê só branco, branco, branco. [...] [Entrevistador] Você se sentia melhor aqui ou na cidade? [Entrevistada] Ave Maria... Eu me sinto bem onde tem negro igual eu. (I3, idosa da comunidade).

As vivências de exclusão, desigualdade, injúrias, inscritas pela lógica dominante sobrepujam o sujeito dela atingido e o faz se resignar frente às violências sofridas. Porém, este processo de conformar-se à ordem não ocorre nem de forma passiva nem de forma total, ele acontece de modo resiliente, como uma tática que possibilita alternativas de cuidados frente à realidade opressora. Como afirma I3 (idosa da comunidade): “*Às vezes se eu vou pra um lugar que tem muito branco, só uma pessoa negra dentro, não fica cismado? Né?*”, ficar “*cismado*” é a capacidade de realizar uma leitura minuciosa da realidade na qual se está inserindo, em uma percepção que aquele lugar apresenta uma delimitação, que aos moldes da dominação, pode prejudicá-la, mas do qual ela não deve recuar, mas ficar à espreita para se defender de qualquer violência que a desqualifique devido ao seu pertencimento étnico-racial.

A narrativa anterior fala de um sofrimento psicológico, o qual, apesar de ser vivido pelo sujeito, é gerado por produções políticas que têm em seu cerne as relações de dominação de brancos sobre negros, experienciada enquanto desigualdade pelos participantes da pesquisa. Estes sofrimentos podem produzir fenômenos e situações psicopatológicas a quem o experiencia. Como ansiedade, no ficar à espreita “*cismado*” quando ao encontro dos brancos, como um possível agressor, em um dispêndio de energia psíquica que pode chegar à estafa e ao impedimento das relações sociais. Ou, a produção de uma angústia, que se não for elaborado em conjunto com iguais, gera uma negação do grupo de pertencimento, a não aceitação do seu próprio corpo, de seu pares e de sua realidade. Como é o caso de I3 (idosa da comunidade) que relata o costume de nunca retirar o lenço de sua cabeça, pois afirma ter um cabelo ruim:

Não sei. Por que o cabelo era ruim de Bombril. [...] eu tinha vergonha de estar sem ser com o pano na cabeça. Aí eu ia trabalhar na rua, botava o pano na cabeça por que ia pra casa dos brancos... E me acostumei porque agora não tem jeito. [...] Eu acho que não. Não sei quando eu estiver lá morrendo se o povo vai deixar esse pano na minha cabeça. [risos] Fui me operar, né? Aí tira o pano, aí bota uma touca, tudo bem. Quando eu tirei a touca: “Cadê meu lenço?”.

Estas angústias quando tentam ser elaboradas de forma solitária, sem a companhia de outros iguais que compartilham deste sofrimento, levam a soluções precárias como a narcotização, a medicalização, a culpabilização pelo desconforto de humilhação vivida (Ferreira, 2002). Como afirma Gonçalves Filho (2007), esta humilhação é política, traz em suas entrelinhas processos históricos de impedimentos de humanidade do grupo, classe, gênero, raça e etnia de pertencimento do humilhado.

Estas situações de sofrimentos psicopolíticos devem ser elaboradas entre pares, de modo a compartilhar destes sofrimentos. Esta retomada exige uma leitura política dos processos de dominação imersos nas relações de violência sofrida. Assim, a conquista dos direitos às comunidades quilombolas, que se legitimaram de forma jurídica e política no Art.68 da constituição e nos desdobramentos do Decreto nº 4.887/2003, possibilitaram emergências de identidades políticas que reinterpretaram os territórios negros rurais, na interpelação da identidade étnico-racial desta população.

Em Pau D'arco, as conquistas dos direitos às comunidades quilombolas abriram possibilidades de reinterpretação do território e da identidade negra rural, não mais vislumbrada como o lugar dos “[...] *nego do Pau D'arco* [...]” (A1, adulta da comunidade), mas como segue na narrativa de J1 (uma jovem da comunidade), um lugar que se tem orgulho de viver: *“Eu me sinto privilegiada. Somos assim, o povo negro e eu sinto muito orgulho de ser e de participar da comunidade quilombola. Eu gosto muito daqui, gosto muito das pessoa”*. Também é importante realizar intervenções nas instituições presentes na comunidade, com práticas que objetivam informar e formar aprendizados capazes de construir relações racialmente igualitárias. Como é o caso da escola de tempo integral localizada no território da comunidade:

Um aluno branco de outra comunidade uma vez falou ao professor: 'o ano todo, de vez em quando, você fala em negro' e a professora respondeu: 'Você se matriculou nessa escola do Pau D'arco, uma comunidade negra, vai ouvir falar de negro, essa temática vai estar sempre presente, lamento muito, você está na escola errada. (A1, adulta da comunidade).

Para além das instituições formais, o próprio território negro rural é um potencial instrumento para as pessoas que dele participam aprenderem comportamentos e relações racialmente igualitárias. Como segue a narrativa de I1 (idoso da comunidade):

Eu tinha uns tios aí, tio assim, que eram primo do meu pai, que é tudo assim da qualidade do [agente local] negro, tudo, tudo, tudo. [...] eles mesmo dizia, tinha um mesmo

que dizia “olha, eu gosto de conversar com você, porque desde lá de você molequinho, eu nunca vi você cortar uma carreira ou meter preconceito com qualidade”.

Deve-se considerar que a luta contra a dominação, em uma sociedade estruturada por relações de desigualdade é constante. A luta por reconhecimento não se finda na conquista dos direitos, mas por meio deles traçarão novos objetivos políticos que garantam a efetividade de seus direitos e a afirmação dos modos de vida dos moradores das comunidades quilombolas. As contradições e ambiguidades vão se fazer presentes, já que estes territórios vivem as relações e são partes da sociedade que os produziu. Como na narrativa de I3 (idosa da comunidade), que despertada pelas práticas de afirmações da negritude presentes na comunidade, postula, mesmo que de forma a negar tal alternativa, que se fosse mais nova poderia deixar seu cabelo livre, sem lenço:

Agora, se eu fosse nova, eu ia fazer quiném as quilombolas, botar um cabelo desse tamanho na minha cabeça [risos]. Olha, eu só tô com brincadeira, por que eu acho a coisa mais horrível do mundo. Por Deus, por Nossa Senhora. (I3, idosa da comunidade).

Este processo de fortalecimento identitário e comunitário se expressam nas diferenças presentes entre as narrativas da idosa e da jovem entrevistadas. A idosa em sua narrativa apresenta dificuldade em afirmar o termo quilombo e de pertencer à comunidade, talvez pelo que este termo desperta em seu imaginário e em suas experiências, carregadas de histórias de humilhação social, preconceito e discriminação sofrida.

Já o discurso da jovem procura valorizar o território, na afirmação de seus modos de vida e de sua ancestralidade negra. Em sua narrativa, a inserção dela nos equipamentos presentes nos centros urbanos não se dá de forma passiva e subalterna às lógicas institucionais, mas ocorrem de modo a enfrentar e questionar os ordenamentos vigentes em busca da garantia plena de seus direitos enquanto sujeito pertencente a uma comunidade quilombola.

Estas diferenças de discursos estão cerceadas por posições geracionais diferenciadas (Mannhein, 1993), as quais se fazem presentes também no estudo de Valentim e Trindade (2011), que mostram como o termo quilombo para alguns moradores, os idosos, não modificam de forma expressiva os modos como estes compreendem a sua realidade, mas no momento em que este termo adentra como conceito necessário à garantia de direitos, como é o caso dos jovens, os posicionamentos diante da realidade se modificam e com eles as compreensões do que é ser quilombola.

Cabe questionar quais recursos estão disponíveis a cada sujeito que os permitam desmistificar as experiências de desigualdade vividas e os processos de dominação a elas

subjacentes, para diante de sua realidade ressignificar seu modo de viver, em atuações que busquem afirmar suas necessidades e transformar a realidade em vias de integrar estas vivências dúbias na totalidade da vivência cotidiana.

Como afirma Martín-Baró (1987), o processo de transformação dos povos latino-americanos passa ao menos por três elementos: a) a recuperação de sua memória histórica, na superação do imediatismo na compreensão da realidade para além do presente, e no resgate de suas memórias pessoais e coletivas; b) a organização popular, com o intuito de guiar seus projetos de futuro com base em seus interesses e conhecimentos; c) uma prática de classe que rompa com o projeto hegemônico de uma sociedade erigida na exploração de muitos e a serviço de poucos. Sobre estes três elementos pode-se acrescentar um quarto: d) a luta por uma sociedade racial e etnicamente igualitária, que frente a um projeto colonizador branco ocidental, busque construir uma sociedade em que as diferenças não estejam subsumidas às desigualdades.

8. LIÇÕES APRENDIDAS

As lições adquiridas serão relatadas nesta seção por tópicos, de acordo com os aprendizados produzidos no processo de investigação. Ao final, será apresentada uma proposta de projeto de intervenção que dialogue com as compreensões que foram elaboradas ao longo do estudo.

- **O modo de vida rural e os processos de saúde/doença na comunidade quilombola**

As anotações realizadas no diário e as observações em campo apontam que as precariedades objetivas presentes no território quilombola revertem-se na vida comunitária em fertilidades subjetivas, políticas e sociais abundantes, por meio de práticas coletivas astuciosas, que permitem os moradores se deslocarem da condição precárias imposta a práticas resistentes e táticas.

As tentativas de desqualificar e afirmar o homem e a mulher do semiárido como despossuídos de bens, valores e conhecimentos apresenta-se como uma estratégia de dominação que impede a estes a palavra e o reconhecimento de suas práticas e seus modos de vida. Tal compreensão ideológica passa a atuar na construção de uma falsa ideia de passividade destes sujeitos sobre o mundo, na produção do estigma do sertanejo, como aquele que subjugado às condições precárias não tem nada a perder, apenas traz consigo a sua força de trabalho, que deve servir de bom grado, no campo ou na cidade, a um outro que o explora.

Esta compreensão ideológica atua na segregação do sujeito do campo, em tentativas de subsumir suas expressões e diferenças a um modelo de humano cidadão. Fora deste enquadre urbano, suas epistemologias e cosmovisões são desvalidas, o que assume critério de verdade é a vida da cidade, como ápice do projeto de civilização moderno. Compreensão esta, endossada por afirmativas da sociologia rural clássica que afirmava que a realidade rural seria engolfada pela paulatina expansão do processo de urbanização.

Porém, como afirma Cancline (2013), as tentativas de supressão do modo de vida rural latino-americano pelo processo de urbanização não se efetiva de forma plena. Ao contrário, o encontro entre estas duas realidades produzem na vida moderna formas híbridas, que não apenas aglutinam as diferenças, mas em um jogo de tensões, ora incorporam, ora negam e subvertem as lógicas coloniais às necessidades de sua realidade. Um híbrido que não deve ser confundido com fenômeno sincrético e linear, mas enquanto processo que apresenta rupturas e encontros entre estas realidades que coabitam a vida do homem e da mulher do campo.

As políticas públicas e seus equipamentos não estão alheios a estes conflitos e campos de disputa, ao contrário, elas acirram as lutas e os jogos de poder, podendo recair em estratégias de dominação enquanto instrumento de controle e adaptação social, bem como, ativar as demandas sociais na busca por resolubilidades dos problemas vividos pelas comunidades rurais. Estas

contradições fazem parte do processo de implantação das políticas públicas.

A instalação dos programas de atenção básica nas comunidades quilombolas apresenta-se como possibilidade à transformação da realidade negra rural, na luta por direitos e pela equidade tão requerida por esta população. Porém, sua atuação deve ser dirigida em consonância às necessidades das comunidades, que apresentam sobre seus processos de cuidados e modos de adoecimento, marcadores sociais como raça-etnia, gênero, ruralidade, idade que direcionam seus modos de viver, de cuidar da saúde e de lidar com os seus agravos e/ou doenças. As vidas que devem ser cuidadas nas comunidades quilombolas são concretas e cotidianas, e não cabem em pressupostos abstratos e universais.

A entrada de um modelo de saúde alheio à realidade das comunidades quilombolas, atua enquanto um processo de neocolonização de saberes, de inserção de conhecimentos especializados, que por meio da legitimidade do saber científico, atuam como campos de verdade sobre o modo de viver do outro e operam um poder, que ora produz e ora controla, os corpos e o cotidiano das populações negras rurais. Há um embate entre os conhecimentos modernos e os saberes tradicionais, em uma relação assimétrica que desqualifica os segundos diante dos primeiros.

Como afirma Massola⁴ (2015), o modo de vida moderno busca estratificar a ação humana em variados elementos de controle que recaem sobre a experiência do sujeito, que passa a ser segmentada em aspectos: econômicos, sociais, culturais, psicológicos, biológicos, entre outros. Tais estratificações atuam como obstrução da ação humana, no impedimento da integração do sujeito sobre sua própria vida e seu território.

Importante para estas reflexões é não cair em um dualismo ingênuo, no qual se expressa de um lado a hegemonia global e de outro o espaço banal com suas relações locais. Como afirma Santos (2008), o modo como o espaço banal é representado, enquanto lugar dos despossuídos, e daqueles que estão distantes da racionalidade global, e por isso, encontram-se preservadas suas raízes culturais e de conhecimento, apresenta-se como uma falácia. O espaço banal é produto das relações de dominação intrínseca aos contatos com a modernidade efetivada nestes territórios. Uma modernidade globalizada que se desenvolve sobre contornos precários e que com suas redes buscam normatizar, orientar o viver do espaço banal às lógicas do mercado e das políticas neoliberais.

Como afirma Martins (2010, p. 24), a racionalidade moderna: “Chega-nos como uma modernidade epidérmica e desconfortável sob a forma do fardo nas costas do escravo negro, ele mesmo negação do capital e do capitalismo, embora agente humano e desumanizado do lucro naquele momento histórico”. (Martins, 2010, p. 24).

4 Mesa redonda Psicologia Social e ambiente proferida no I seminário de pesquisa do programa de pós-graduação de psicologia social do Instituto de Psicologia da USP. Realizado em 30 de novembro de 2015.

Assim, o espaço banal efetiva-se neste não lugar, incluído marginalmente às lógicas modernas do terceiro mundo, como algo que parece estar separado à ordem social global, mas que dela participa diretamente, ora como mão de obra e subproduto à racionalidade do mercado, ora como campo possível de enfrentamento à opressão, como possibilidade dos homens e das mulheres comuns angariarem outros modos de viver na invenção de seu cotidiano. As redes e os espaços banais apresentam-se como contradições que incluem um ao outro na forma de objetivação sobre as realidades.

A inserção dos serviços públicos de saúde nos territórios quilombolas pode ser analisada sobre a ótica do encontro entre os saberes cotidianos e as compreensões técnico-científicas. É neste encontro de diferenças que o cuidado à saúde tem de ser gestado, mesmo diante dos possíveis confrontos epistemológicos; na construção de uma prática comprometida com a qualidade técnica, mas que esteja a serviço dos variados projetos de vida dispostos na realidade comunitária das comunidades quilombolas.

- **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no auxílio às pesquisas e práticas em saúde**

Apesar das dificuldades presentes para a implantação dos equipamentos da atenção básica nas comunidades quilombolas de todo o país, a instalação dos serviços de atenção básica nos territórios quilombolas auxiliou, por meio da alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a construção de um quadro epidemiológico e o mapeamento das condições de saúde das comunidades assistidas. O SIAB é um avanço para a saúde da população quilombola, já que possibilita visibilidade das condições de saúde, bem como, as dificuldades enfrentadas pelas comunidades quilombolas distribuídas por todo o território nacional.

Como foi o caso das pesquisas de Pinho et al. (2015) e Silva (2007), que com base no SIAB, produziram as fases iniciais de suas investigações no levantamento das condições de saúde das comunidades estudadas. Como também, no caso da presente pesquisa, que para realizar uma leitura inicial das condições de saúde da comunidade pesquisada acessou os dados do SIAB, por meio da Secretaria Municipal da Saúde, como uma primeira análise sobre as condições de saúde da realidade local.

Os dados do SIAB convergiram para as necessidades suscitadas pelos moradores da comunidade ao avanço dos serviços públicos de saúde no território. Assim, o SIAB deve ser mais explorado pelos pesquisadores e profissionais da área como fonte rica de informações sobre as condições de saúde das comunidades quilombolas.

- **Itinerários terapêuticos e táticas cotidianas**

A descrição e análise dos itinerários terapêuticos permitiu compreender que os recursos mobilizados para os cuidados em saúde não se restringem às instituições formais, mas estão associados e apresentam seus primeiros passos inseridos nos saberes populares presentes no território comunitário, por meio: da orientação de familiares e/ou vizinhos, no uso de plantas medicinais; na busca pelo rezador e a benzedora com suas tecnologias de acolhimento e orientações; na automedicação, com recomendações ou experiências aprendidas com uso de medicamentos; e com a mobilização de recursos religiosos no auxílio à interpretação de situações adversas advindas dos agravos e/ou doenças.

Os itinerários terapêuticos identificados apresentaram práticas de cuidado que não segmentam de forma sistemática, os saberes populares e tradicionais, das formas de cuidado científicas especializadas. Os itinerários descritos apontam para práticas que agregam rezas, plantas medicinais, crenças religiosas a tratamentos medicamentosos e especializados no cuidado à saúde. Os itinerários terapêuticos apontam para trajetórias que atravessam várias fronteiras de saberes, estas que nas práticas de cuidado realizadas, não configuram campos que divergem, mas constituem espaços de negociação, os quais confluem crenças, valores e atuações técnico-científicas.

As práticas populares são inseridas no processo terapêutico como modo de fortalecimento das interpretações, compreensões e crenças dos moradores do quilombo frente ao tratamento oferecido pelas instituições formais de saúde. As instituições de saúde são procuradas pelos moradores para cumprir a função do acesso aos conhecimentos técnico-científicos, indispensáveis para os cuidados em saúde, mas que sozinhos apresentam-se fragilizados em suas capacidades de produção de sentido sobre os processos de saúde e doença vividos pela comunidade.

Como afirmam Siqueira et al. (2006), as práticas populares devem ser visibilizadas enquanto processo de cuidado por pertencerem aos recursos socioculturais de sujeitos de uma comunidade para lidar com seus agravos e/ou doenças. A saúde está vinculada ao cuidado à vida e esta quando imersa nas relações cotidianas é compreendida de modo integralizado sobre as várias instâncias sociais que a compõem. As tecnologias cotidianas de cuidado auxiliam nas interpretações do adoecimento, em práticas que produzem no encontro com o outro: acolhimento, escuta, orientações que estão enraizadas em um rol de sentidos pertencente a determinado grupo.

Os itinerários terapêuticos dos moradores da comunidade quilombola tornou possível a análise das produções intersubjetivas presentes nos processos de tradução das práticas populares em saúde aos saberes especializados, oferecendo visibilidade às táticas e às capacidades inventivas dos moradores da comunidade quilombola em manejar e apropriar-se dos conhecimentos técnico-científicos às suas crenças e saberes.

Como afirmam Tornquist e Franzoni (2008), a transmissão dos conhecimentos populares não opera na lógica científica moderna, mas se faz por outras vias de acesso ao conhecimento. Passa por meio das narrativas, de experiências compartilhadas, em conversas informais nas portas de casa, entre chás e biscoitos, nos açougues, mercados e recomendações em filas de espera. São nestes lugares, improváveis aos olhos do conhecimento moderno, que a passagem destas outras formas de cuidado é realizada.

A comunicação oral encontra-se como processo determinante nos modos de apropriação das práticas de cuidado na comunidade. É por meio dela que as informações, saberes e conhecimentos circulam na vida quilombola cotidiana. Como afirma Almeida (2015), a comunicação oral é uma prática recorrente entre os moradores das comunidades quilombolas, devido à proximidade entre suas residências que aproximam seus convívios diários e auxiliam nos processos de troca de saberes, informações e situações vividas, entre amigos, vizinhos e parentes.

Estes contatos diários se fazem presentes em Pau D'arco, tendo nos quintais e varandas, os lugares nos quais seus processos comunicativos acontecem. Entre conversas e narrativas de situações vividas, os moradores trocam informações sobre tratamentos, recomendações de ervas e chás, indicam rezadores e benzedoras, bem como, recomendam a busca pela UBS.

Os processos comunicativos realizados na vida comunitária quilombola se expressam por meio das experiências, não são recomendações arbitrárias que com base em informações alheias à realidade vivida que exigem o que se deve ou não fazer para atingir o tratamento adequado. É a partir do outro, sujeito carregado de experiência, que os processos de cuidado são construídos. Contra uma vida asséptica de experiência, sobrecarregada de informações, que as práticas comunicativas vividas entre pares se consolida, na construção de uma gramática dos processos de saúde e doença que atribuem sentido por meio do território. Uma gramática que inclui os pares enquanto parceiros, na construção de uma linguagem que traduz os problemas presentes na realidade vivente às experiências de cuidado à saúde.

A compreensão desta gramática torna-se um elemento importante à aceitabilidade de determinado programa ou serviço de saúde nos territórios negros rurais. Compreender os sentidos oferecidos aos agravos e/ou doenças, bem como, as interpretações dadas aos processos de manutenção da saúde, são uma ponte de ligação importante entre os agentes envolvidos na promoção, prevenção e reabilitação da saúde nas comunidades quilombolas. Não encontrar estes pontos de contato comunicativo presentes no território é invisibilizar os modos de vida dos moradores destas comunidades.

O cotidiano torna-se o espaço de produção e invenção de técnicas, saberes, práticas e táticas que reinventam os modos de vida dos sujeitos diante das necessidades impostas pela realidade.

Apresenta-se como lugar necessário às investigações que pretendem analisar as atuações do serviço público de saúde na vida comunitária. No entendimento de que este serviço não atua fora, ou em espaços específicos da comunidade na qual se insere, mas que intervêm diretamente em suas produções diárias.

Assim, construir junto à comunidade, estratégias de cuidado que não se restrinjam aos especialistas, mas que permitam emergir outras técnicas, conhecimentos e vozes que oferecem sentidos mais apropriados ao cotidiano da comunidade, torna-se objetivo comum a ser atingido por um serviço que esteja sendo implantado em um território quilombola.

Os modos de cuidado presentes nos itinerários dos moradores de Pau D'arco podem ser analisados como táticas cotidianas de sujeitos comuns, que sobre o pilar das informações dos especialistas e arraigados sobre suas experiências de vida, produzem práticas que interseccionam saberes na promoção do cuidado à vida. A saúde deixa de estar atrelada a uma dimensão biológica naturalizada, ganha contornos epistemológicos e hermenêuticos populares que a compreendem como modos de lidar com a vida e com o viver.

A implantação da política de atenção básica nos territórios quilombolas insere-se na tensão entre os campos estratégicos e táticos (Certeau, 2012), enquanto um direito a ser garantido à comunidade, mas que em seu processo de desenvolvimento pode restringir o acesso, ao não problematizar e discutir as necessidades, as demandas e as concepções de saúde e doença presentes nas comunidades. Assim, o serviço público de saúde quando realizado por meio de preceitos universais de cuidado naturalizam os agravos e/ou doenças vividos e não promovem o vínculo dos moradores da comunidade ao serviço de atenção básica.

- **O estudo dos itinerários terapêuticos para pesquisa em saúde**

O itinerário terapêutico passou a ser compreendido como uma ferramenta capaz de auxiliar nos estudos e investigações que se propõem a intervir e a compreender a saúde como espaço político de luta e garantia de direitos à produção da vida das minorias políticas. As histórias de resistência e os modos de vida produzidos sobre a luta pelo direito à terra e às expressões da vida rural quilombola devem ser os norteadores para a produção de crises aos conhecimentos técnicos científicos de saúde que atuam nestas comunidades.

Como apontam Silva e Carvalho (2008), deve-se ter cautela ao desenvolver análises sobre os cuidados em saúde nas comunidades quilombolas, para que não sejam elaborados entendimentos que apenas reduzem o território negro rural aos seus aspectos deficitários, como: falta de acesso, déficit de informações, ou até mesmo a culpabilização da população, pela mesma apresentar dificuldades na compreensão das doenças, das técnicas terapêuticas aplicadas pelos serviços de

saúde. Esta compreensão invisibiliza e desqualifica o histórico de experiência em saúde das populações quilombolas, que diante de suas adversidades, traduz suas táticas de resistência em tecnologias cotidianas de cuidado à vida, as quais garantem a sobrevivência e a permanência em seus territórios.

A noção de saúde e direitos humanos veio ao encontro da proposta do estudo sobre os itinerários terapêuticos, na identificação das vivências de saúde dos moradores da comunidade quilombola em suas práticas cotidianas, envolvendo suas necessidades, demandas, bem como, as dificuldades vividas.

A saúde deve ser compreendida como um fenômeno que envolve o cotidiano de vários atores sociais. Cotidiano este, compreendido como produção que se encontra localizado em jogos de tensão, expressos entre: as estratégias do poder, com seus discursos normativos e saberes especializados que tentam decodificar e instruir as maneiras de agir e pensar dos indivíduos; e as táticas de resistências do sujeito comum, que mesmo submetido aos territórios delimitados pelo poder, abrem pontos de fratura neste campo de dominação, na inventividade de seus fazeres e saberes, rumo à afirmação de sua autonomia (Certaú, 2012).

A técnica do itinerário terapêutico, além de possibilitar a emergência das táticas cotidianas dos moradores da comunidade quilombola em lidar com suas vidas, tornou-se uma aliada nos estudos que buscam compreender as dimensões de vulnerabilidade vivida por determinado grupo ou população. No momento em que permitiu refletir sobre as relações intersubjetivas e os processos de decisão implicados a elas. Ou seja, apesar dos itinerários terapêuticos não ficarem restritos às instituições formais de saúde, eles permitiram delinear informações que possibilitam analisar a atuação do serviço público de saúde na comunidade, por meio das narrativas que descrevem as formas de: acesso, aceitabilidade e disponibilidade dos serviços à população quilombola.

As escolhas dos itinerários estão relacionadas diretamente aos recursos disponíveis aos sujeitos na produção de respostas efetivas aos agravos e/ou doenças vividos. A disponibilidade ou precariedade destes recursos refletem nos níveis de vulnerabilidade individual, social e programático experienciados pelos sujeitos e seus grupos. No caso de Pau D'arco, os recursos disponíveis estão atrelados aos vínculos e às relações estabelecidas entre vizinhos, parentes e amigos que auxiliam no cuidado e na resolução do agravo e/ou doença. Aliado à disponibilidade do Programa de Saúde da Família, que busca atender o território, mas que apresenta fragilidades no acesso da comunidade ao atendimento devido a algumas precariedades, como: falta de profissionais e materiais, bem como, dificuldade de aceitabilidade do programa ao território negro rural, realizando pouco diálogo com os valores, as práticas e os modos de interpretação da saúde traduzidos no cotidiano da vida da comunidade.

Adensadas a estas dificuldades, encontram-se narrativas de práticas discriminatórias realizadas por profissionais que já passaram pela UBS, que impedem a garantia do acesso pleno dos moradores aos cuidados de sua saúde. Lutar contra o racismo institucional em saúde não é apenas realizar intervenções punitivas sobre os profissionais que legitimam tais práticas, mas promover um espaço possível ao aprendizado de comportamentos e ações que suscitem relações racialmente igualitárias.

Os serviços públicos de saúde devem aliar suas práticas às concepções de saúde trazidas pela comunidade, de modo a priorizar modos de atuação que vislumbrem os processos de saúde/doença daquele território, na tentativa de compreender ações elaboradas historicamente pelos moradores das comunidades quilombolas para lidar com seus agravos e com o cuidado de suas vidas.

- **Contribuições para a psicologia social**

Apesar de a psicologia apresentar estudos no mundo rural, sua tradição teórico-metodológica consolida-se em pesquisas desenvolvidas nos centros urbanos, no desenvolvimento de categorias analíticas voltadas a esta realidade. Categorias estas, que por vezes, inscritas como universais, são deslocadas para a compreensão do modo de vida rural. Tal deslocamento enquadra as expressões do sujeito do campo aos moldes do mundo urbano, realizando uma leitura enviesada à qual não apreende as especificidades e as pluralidades dos territórios rurais.

Esta cisão entre o campo e a cidade pode ser compreendida como um prolongamento dos projetos civilizatórios oriundos da racionalidade colonial que se fizeram presentes na América Latina e que se estendem ao nosso tempo. Romper com as relações de dominação presentes no território latino-americano é um dos objetivos da psicologia social, que apoiados em métodos de participação comunitária, buscam produzir saberes descolonizados, que estão a serviço das populações marginalizadas.

Um passo para a descolonização da ciência, como afirmam Mora-Osejo e Fals Borda (2006), é promover a superação do eurocentrismo acadêmico por meio de pesquisas que se debruçam sobre o local, fazem emergir nele suas necessidades e com elas tecnologias e planos estratégicos para a superação dos conflitos e contradições existentes. Tal proposta de ciência produz desdobramentos que levam a não importação de saberes, mas à diversidade de conhecimentos cotidianos que se objetivam no hemisfério sul.

De acordo com Massola (2015), a psicologia social seria a área do conhecimento capaz de integrar a ação humana, por ter como objeto as inter-relações, os espaços “entre” que se fazem nos fenômenos expressos na realidade, não os restringindo e segmentando a seus aspectos políticos, sociais, econômicos, subjetivos, biológicos. O desafio da psicologia social encontra-se em como

chegar a este objeto em uma sociedade estruturada por meio de estratégias que estratificam a experiência humana a serviço da dominação.

Como afirma Martín-Baró (2009) cabe à psicologia descolonizar os saberes psicológicos e propor uma virada epistemológica que almeja produzir estes saberes a partir das vivências, das compreensões e das cosmovisões dos povos latino-americanos: “[...] necessitamos redefinir nossa bagagem teórica e prática, mas redefini-la valendo-nos da vida de nossos próprios povos, de seus sofrimentos, de suas aspirações e de suas lutas.” (Martín-Baró, 2009, p.189-190). Libertar a psicologia das amarras coloniais é imergir na realidade da população, na compreensão de suas táticas de resistência e em seus modos de viver. Tal tarefa torna-se norte político e epistemológico para desconstrução das produções ideológicas que forjam a realidade latino-americana.

Para que estas rupturas tornem-se possíveis nos estudos com comunidades do campo, como a pesquisa em comunidades quilombolas, a psicologia deve considerar as realidades rurais para além do local ou tema no qual a pesquisa se desenvolve, e tomá-las como objetos de estudo capazes de produzir categorias analíticas e conceituais que contemplem suas relações, processos e peculiaridades. Na produção de saberes que auxiliem na transformação e na luta política destes territórios.

A psicologia social encontra-se como uma área do conhecimento híbrida, que faz das fronteiras, lugares de encontros possíveis à construção dos saberes junto aos seus objetos/sujeitos de investigação. Nestes encontros há a possibilidade de compreender a realidade humana para além da dualidade entre os universos subjetivos e sociais, mas enquanto intersubjetividades em ação (Massola, 2015).

Os conceitos de *zoé* e *bíos* trabalhados em Agamben (2002) podem auxiliar nas considerações ao entendimento de como está situada a vida política das minorias no mundo moderno, incluindo aqui as comunidades negras. Agamben (2002) retoma dos gregos o conceito de vida para dar conta desta discussão. De acordo com o autor, os gregos não utilizavam o mesmo termo para se referir à palavra vida, eles distinguiam este conceito sobre dois termos diversos: a *zoé* e a *bíos*. A primeira era entendida como a vida que se faz comum a todos os seres vivos, a vida natural. Já a *bíos* era compreendida como um modo de vida qualificado de viver, que atribuía aos sujeitos que dela participavam a capacidade de agentes, de ação sobre o mundo, uma vida compartilhada com outros, que se desloca da simples *zoé* e os lançam a vida política. O humano nasce do viver, mas se mantém vivo no viver bem junto aos outros. Portanto, aos atenienses só fazia sentido a vida enquanto *bíos*, a vida que oferecia na relação com outros cidadãos a confiança à confirmação de sua humanidade. Ou seja, a *zoé* identificada como a vida vivente, natural, presente nos cidadãos, mas que ao viverem entre iguais produzem a *bíos*, a vida qualificada, a qual é

confirmada nas relações políticas produzidas entre os agentes à transformação da *polis*. O objetivo da *polis* é construir um viver que está para além do fato natural de existir, *zoé*.

Quando estes conceitos adentram a modernidade esta binaridade que separa *zoé* e *bíos* na vida da *polis* se altera. Na modernidade a vida vivente é politizada enquanto campo de controle dos vivos. Estes não devem ser excluídos do processo da cidade, ao contrário *zoé*, a vida nua dos viventes é que possibilita a sustentação da *bíos* de poucos. A *zoé* na modernidade não está fora da política, mas é sobre ela que a vida política incide e consegue se sustentar. A *zoé* encontra-se como lugar marginal dos viventes, da vida nua, dos desqualificados enquanto humanos, os quais vivem uma vida destituída de direitos para engendrar humanidade, a *bíos* de poucos.

A vida nua na modernidade é incluída na vida humana para o fim da exclusão destes viventes, que servirão como base de sustentação de uma vida qualificada. O direito e a liberdade concedidos a *zoé* estão autorizados enquanto uma vida que pode ser sacrificada. A vida dos loucos, dos negros, dos indígenas, das mulheres, que vivenciam o antagonismo da vida preciosa que é resguardada à exploração e ao sacrifício para o sustento da *polis* moderna: “A vida nua tem, na política ocidental, este singular privilégio de ser aquilo sobre cuja exclusão se funda a cidade dos homens.” (Agamben 2002, p. 15).

Este antagonismo estrutural que sustenta a vida política moderna incide sobre a vida das comunidades quilombolas, entendidas como viventes dos territórios da *zoé*, destituídos de direitos e de reconhecimento de sua humanidade, vivem uma vida de luta contra os que lhes tiram e expropriam o direito à *polis*, na qual encontram-se incluídos desde de que explorados e autorizados a morrer por uma cidade que os invisibiliza enquanto cidadãos.

- **Avanços da pesquisa e recomendações para futuros estudos**

A presente pesquisa permitiu alguns avanços em estudos que se pretendem debruçar sobre o tema da política de atenção básica em comunidades quilombolas, no momento em que se propôs a trabalhar com os itinerários terapêuticos enquanto técnica de estudo sobre os modos de cuidados vividos em um território quilombola no interior de Alagoas. O estudo sobre os itinerários terapêuticos possibilitou compreender os variados modos de cuidados presentes na vida dos moradores pesquisados, apresentando as diferenças e as similaridades nas formas de manutenção da saúde e resolução dos agravos e/ou doenças vividas.

Além de elaborar compreensões sobre as produções intersubjetivas dos processos de saúde/doença, a presente investigação mostrou a capacidade de associação entre estudos dos itinerários terapêuticos e as compreensões teórico-metodológicas da saúde e direitos humanos. Associações eficazes para estudos que têm como meta a compreensão das formas de cuidado

produzidas por comunidades negras rurais e a relação com o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em seu território.

O estudo com base nos itinerários terapêuticos oportunizou visibilidade a outras formas de cuidados que não passam pelas instituições formais de saúde, apesar de estarem associados as suas práticas, como: o uso de plantas medicinais; automedicação; práticas religiosas como orações; e a busca pelos rezadores e pelas benzedoras. Tais práticas estão presentes no cotidiano da comunidade pesquisada, e devem ser valorizadas enquanto dispositivos capazes de produção de vínculo comunitário: aconselhamento, escuta e fortalecimento de recursos pessoais para o enfrentamento dos agravos e/ou doenças.

Outro elemento relevante à pesquisa foi a iniciativa do trabalho com o agente local, que por meio de suas mediações facilitou o encontro e diálogo entre os moradores da comunidade, as lideranças, os profissionais e o pesquisador. Estas mediações foram fundamentais para o andamento da pesquisa, desde os primeiros contatos com a comunidade, as entrevistas com os moradores, a análise dos dados e a devolutiva para população. Recomenda-se aos estudiosos da área da saúde e aos pesquisadores sociais utilizar e registrar mais esta ação em seus estudos, para que possamos avançar nesta técnica de trabalho com comunidades.

Para os estudos futuros que pretendam investigar a atuação da política de atenção básica em comunidades quilombolas recomenda-se associar a técnica dos itinerários terapêuticos com métodos que permitam compreender as práticas coletivas e os modos de organização comunitária em saúde presentes nestes territórios. Investigar se estas práticas coletivas de cuidado estão vinculadas aos conhecimentos populares e quais as possibilidades de interlocução destas práticas com as ações implementadas pelos equipamentos de atenção básica. Por meio desta proposta de investigação, compreender como as produções coletivas em saúde se relacionam com os equipamentos de atenção básica e como elas podem: auxiliar na produção de vínculos da comunidade ao equipamento; promover a valorização dos saberes locais e a participação comunitária; e possibilitar de forma mais efetiva ações de educação em saúde.

Os profissionais de saúde são agentes importantes para o entendimento das relações de cuidado produzidas entre o equipamento de atenção básica e os moradores das comunidades quilombolas. Cabe em futuras pesquisas, investigar quais são as concepções e os conhecimentos destes profissionais sobre o território quilombola e o modo de vida dos seus moradores. Identificar quais informações foram disponibilizadas a eles em sua formação e quais recursos eles dispõem para o trabalho com estas comunidades.

As lições aprendidas na presente pesquisa possibilitaram avanços no entendimento dos modos de cuidados de uma comunidade quilombola na relação com o equipamento de atenção

básica instalada em seu território. Tais lições se apresentam como pontos finais para esta investigação realizada, a qual foi limitada por determinados objetivos de estudo e por um tempo e espaço datado. A partir dela pretendem-se ampliar estudos e pesquisas que tenham como tema a política de atenção básica em comunidades quilombolas e suas relações com as formas de cuidados presentes no cotidiano destas comunidades.

- **Projeto de intervenção**

O projeto de intervenção a ser apresentado consta como material técnico produzido pela presente pesquisa, tecido com base nos dados alcançados sobre os itinerários terapêuticos dos moradores da comunidade quilombola e a relação de suas formas de cuidado com o equipamento de atenção básica presente no território.

O projeto intitulado previamente, “**Integralizando saberes populares e especializados em saúde no quilombo: diálogos e intervenção para o fortalecimento da promoção da saúde na atenção primária**”, tem por objetivo integralizar as formas de cuidados presentes em Pau D'arco, na tentativa de fazer pontes dialógicas entre os conhecimentos formais de saúde e as práticas populares de cuidado presentes no cotidiano desta comunidade. Por meio deste objetivo busca-se problematizar a Política Nacional de Saúde Integral à População negra nos territórios quilombolas, oportunizando discussões sobre as definições históricas dos quilombos, sua formação no Brasil e as repercussões diante do reconhecimento das comunidades na garantia de seus direitos fundamentais. O projeto tem como meta promover um Coletivo de Educação Popular em Saúde vinculado à Unidade Básica Amância Jesuína dos Santos, tendo como integrantes: lideranças, membros da comunidade e profissionais da saúde, da educação e de outras áreas de interesse.

Para atingir tal objetivo o projeto apresenta cinco etapas de desenvolvimento:

1ª etapa – apresentação e discussão dos resultados da pesquisa com profissionais e membros da comunidade.

Nesta etapa inicial serão apresentados e problematizados em conjunto com profissionais de saúde da UBS e membros da comunidade, os resultados elaborados pela pesquisa de doutorado desenvolvida na comunidade. Tal etapa será realizada por meio de um grupo de encontro na Associação Comunitária Quilombola, que será divulgado previamente através dos agentes comunitários, nos atendimentos realizados na UBS, pelas lideranças comunitárias nas reuniões mensais realizadas na associação quilombola. Além de problematizar os resultados da pesquisa, nesta etapa será desenvolvido um levantamento de temas com base na discussão sobre: **formas de cuidados nos quilombos e suas relações com a política de atenção básica a saúde**. Os temas

levantados serão trabalhados na segunda etapa do presente projeto de intervenção, por meio de oficinas de discussão temática entre os participantes. Esta primeira etapa será realizada em um ou dois encontros.

2ª etapa – oficinas de discussão temática sobre saúde em comunidades quilombolas.

Diante dos temas levantados serão estruturadas oficinas, com o intuito que as mesmas contemplem discussões sobre: saúde e direitos humanos em territórios negros rurais; práticas populares em saúde em comunidades quilombolas; formação e luta política dos quilombos; raça e etnia como categorias políticas à equidade em saúde; política de atenção básica em comunidades quilombolas. Os temas levantados entre os demais sugeridos serão norteadores para o desenvolvimento das oficinas que têm por objetivo realizar um processo de formação dos participantes, profissionais e membros da comunidade, sobre saúde nos quilombos.

As oficinas serão elaboradas pelos próprios participantes, com base no método das pedagogias ativas, por meio de busca de recursos (textos, cenas, pessoas, vídeos, pesquisadores, profissionais) que possam auxiliar no processo educativo do grupo. O coordenador tem a função de mediar e potencializar as capacidades de aprendizado dos participantes. A meta das oficinas é instrumentalizar os participantes para que eles estejam aptos teórica e tecnicamente para realizar o levantamento dos variados modos de cuidados presentes no cotidiano da comunidade e desenvolver a busca ativa dos agentes dos saberes populares presentes no território.

3ª etapa – busca ativa das práticas populares presentes na comunidade e seus agentes.

Após as oficinas de aprendizado, instrumentalizados técnico e teoricamente, os participantes irão realizar a busca ativa dos saberes populares em saúde e dos sujeitos porta-vozes destes conhecimentos na comunidade (raizeira(o)s, benzedor, benzedora, rezador, rezadeira, senhoras, senhores entre outros atores possíveis). Tal busca objetiva identificar quais tipos de práticas populares em saúde se fazem presentes na comunidade, bem como, valorizar os saberes populares e seus agentes. Esta busca ativa tem como meta convidar os variados agentes populares de saúde para um diálogo com os profissionais do equipamento de saúde, na produção de uma roda de conversa entre saberes populares e especializados. A roda de conversa terá como público-alvo os representantes dos conhecimentos populares, profissionais de saúde e membros da comunidade e será realizada na UBS, ou na associação comunitária quilombola.

4ª etapa – realização da roda de conversa.

A roda de conversa tem como objetivo colocar em diálogos os variados saberes que estão

envolvidos com os processos de cuidado em saúde na comunidade. Estes saberes, apesar de coabitarem as práticas de cuidado nos itinerários terapêuticos dos moradores, não se encontram em diálogos quando se trata de seus porta-vozes e agentes, no caso, relações entre as senhoras, os benzedores, as rezadeiras, os raizeiros e os profissionais de saúde. A relação entre os agentes protagonistas destes conhecimentos se fazem distantes, e por vezes, até mesmo de forma antagônica, sendo que aos agentes populares, por não seguirem as regras do método científico, são atribuídos um conhecimento menos valorizado, frente aos profissionais com seus saberes científicos.

A roda de conversa cumpre o papel de desfazer estas relações verticalizadas dos conhecimentos, na proposta de diálogos e pontos de encontro possíveis entre os variados saberes presentes, no intuito da promoção e prevenção da saúde aliada aos recursos e princípios da política da atenção básica. O método adotado na roda de conversa será de apresentação das contribuições de cada saber para o cuidado da saúde na comunidade, buscando pontes capazes de ligar estes variados conhecimentos. Na valorização destes saberes em suas diferenças para taticamente construir espaços comuns no cuidado à vida dos moradores do quilombo.

A roda de conversa tem como meta elaborar iniciativas que incluam os saberes populares nas ações da UBS, como parceiros capazes de promover, pela entrada que têm na vida cotidiana dos moradores, com suas táticas de acolhimento, formas de interpretação dos agravos e/ou doenças, como modos eficazes de promoção, prevenção e cuidados em saúde. A roda de conversa será realizada entre um a dois dias de encontro e em seu término serão elencadas ações objetivas que incluam a relação entre os saberes populares e os especializados na rede de atenção básica implantada na comunidade.

5ª etapa – promoção de um Coletivo de Educação Popular em Saúde.

Os grupos de discussão, a busca ativa de agentes dos conhecimentos populares em saúde e a realização da roda de conversa são etapas que tornam possível a proposta de promoção de um coletivo de educação popular em saúde na comunidade Pau D'arco, que vinculem ações entre a UBS e os agentes dos conhecimentos populares na inclusão destes em ações: de promoção e prevenção em saúde; em práticas voltadas ao resgate dos saberes populares e comunitários; promoção da organização coletiva dos moradores na luta pelo direito à saúde; produção de ações interdisciplinares entre saberes; e fomentar a participação comunitária por meio dos agentes populares, profissionais e moradores.

Tal proposta de intervenção vem ao encontro da Convenção da nº 169 OIT no momento em que busca fomentar a participação popular nas iniciativas de políticas que estão sendo implantadas

nos território quilombolas.

Avaliação do projeto de intervenção

O método de avaliação do projeto de intervenção será realizado em cada etapa de seu desenvolvimento, procurando observar seu impacto na vida comunitária com perguntas norteadoras como: Quais recursos o projeto mobilizou diante da atividade proposta? Quais foram os agentes envolvidos no processo? Houve modificação nas estruturas das instituições envolvidas nas atividades? Diante das condições oferecidas pela realidade, os avanços alcançados foram proveitosos? As atividades propostas possibilitam o fortalecimento de vínculos entre os envolvidos e o território?

Questões como estas possibilitam uma avaliação do projeto ao nível de impacto, porém as avaliações não devem se prender apenas aos produtos gerados, elas devem incluir os processos vividos e as contradições e elaborações contidas nele. As tensões envolvidas no desenvolvimento da proposta, seus conflitos, rupturas e contradições, devem ser norte para avaliar as capacidades de elaboração, deslocamentos e diálogos entre os agentes envolvidos.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Meses/Atividades	1	2	3	4
1ª etapa	X			
2ª etapa	X	X		
3ª etapa		X	X	
4ª etapa			X	X
5ª etapa				

REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (2002) *Homo sacer, o poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: UFMG.
- Aguiar, G. O. (2009). Mulheres negras da montanha: as benzedeiras de Rio de Contas, Bahia, na recuperação da saúde. *Ciberteologia – Revista de teologia & Cultura* – ano III, n. 21, pp. 48-51.
- Albuquerque, C. F. (2013). Mulher de migrante: labor e empoderamento na vida da mulher do sertão de Alagoas. In: Almeida, L. S.; Lima J. C. S. & Oliveira J. S. (Orgs.). *Terra em Alagoas: temas e problemas*. (289-308). Maceió: Edufal.
- Almeida, C. D. (2015). *Comunicação, cultura e cidadania dos quilombolas*. Jundiá: Paco Editorial.
- Almeida, A. C.; Santos, A. O. & Paiva, V. (2012). O incremento da participação comunitária em pesquisas sociais: estratégia de trabalho com o agente local. In Paiva, V.; Pupo, L. R. & Seffner, F. (orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção de saúde: pluralidade de vozes e inovação prática*. (p. 253-268). Curitiba: Juruá.
- Almeida Neto, J. R.; Barros, R. F. M. & Silva P. R. R. (2015). Uso de plantas medicinais em comunidades rurais da Serra do Passa-Tempo, estado do Piauí, nordeste Brasil. *Rev. Bras. Bioci.* Porto Alegre, v. 13, n. 3, pp.165-175, jul/set.
- Alves, P. C. & Souza I. M. A. (1999). Escolha e Avaliação para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In Rabelo, M. C., Alves, P. C. e Souza I. M. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa* (p. 125-138). Rio de Janeiro: FioCruz.
- Antonio, G. D.; Tesser, C. D. & Moretti-Pires R. O. (2014). Fitoterapia na atenção primária à saúde. *Rev. Saúde pública*. 48(3): pp. 541-553.
- Araújo, E. M. & Silva, H. P. Apresentação do Dossiê. *Revista ABPN* v. 7, n 16, mar-jun, p.12-15.
- Arruti, J. M. Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação (2009). In: Paula, M. & Heringer, R. (Orgs.). *Caminhos convergentes: Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais*. (p.75-109). Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll.
- Arruti, J. M. (2006). *Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola*. Bauru: Edusc.
- Arruti, J. M. A. (1997). A emergência dos “remanescentes”: notas para o diálogo entre indígenas e quilombolas. *Mana*, Rio de Janeiro: 3 (2).
- Ayres, J. R.; Paiva, V. & França Jr., I. (2012) Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. In Paiva, V.; Ayres, J. R. e Buchalla, C. M. (orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção de saúde: da doença à cidadania* (p. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Ayres, J. R.; Paiva, V. & Buchalla, C. M. (2012). Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In Paiva, V.; Ayres, J. R. e Buchalla, C. M. (2012). *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção de saúde: da doença à cidadania* (p. 09-22). Curitiba: Juruá.

- Batista, L. E., Werneck, J. & Lopes, F. (orgs.) (2012). *Saúde da população negra*. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN).
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro: edições 70.
- Barembliitt, G. F. (2012). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Editora Fundação Gregório Barembliitt/ Instituto Félix Guattari.
- Benjamin, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- Bertagnoni, L.; Marques, A. L. M.; Muramoto, M. T. & Mângia, E. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 23, n. 2, p. 153-162, maio/ago. 2012.
- Bezerra, V. M. et al. (2014). Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência e Saúde coletiva*, 19(6): p.1835-1847.
- Bezerra, V. M.; Andrade, A. C. S.; César, C. C. & Caiaffa, W. T. (2013). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9): set, p.1889-1902.
- Bosi, M. L. M. & Uchimura, K. Y. (2010). Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centrada na integralidade e na humanização. In Bosi, M. L. M. & Mercado, F. J. (orgs.). (p.87-117). *Avaliação qualitativa de programas de saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Brah, A. (2006). Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos pagu* (26): pp.329-376., jan/jun.
- Brasil (2015a). Mapa da violência 2015: adolescentes de 16 a 17 anos do Brasil. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais.
- Brasil (2015b). Mapa da violência: mortes matadas por armas de fogo. Brasília: Secretária Nacional da Juventude.
- Brasil (2013). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do sus*. Brasília: Ministério da saúde.
- Brasil (2005). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde (FUNASA).
- Brasil (2004). *Programa Brasil quilombola*. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR).
- Brasil (2003). *Decreto n 4.887 de 20 de novembro*. Brasília: Presidente da República.

- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- Cabral, A. L. L. V.; Martinex-Hemáez, A.; Andrade, E. I. G. & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*.16(11):4433-4442.
- Campos, G. W. S. (2014). Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia concreta: SUS Brasil. In: Rizzoto, F. e Costa, A. M. (orgs.). *25 anos do direito universal à saúde*. (p. 43-58). Rio de Janeiro: Cebes.
- Canclini, N. G. (2013). *Culturas Híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade*. São Paulo: Edusp.
- Cardoso, L. G. V.; Melo, A. P. S. & Cesar, C. C. (2015). Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(3): p. 809-820.
- Carneiro, M. J. (2012). Do “rural” como categoria de pensamento e como categoria analítica. In Carneiro M. J. (org.) *Ruralidades contemporâneas: modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira* (pp. 23-50). Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ.
- Castells, M. (2008). *O poder da identidade*. São Paulo: Paz e Terra.
- Certeau, M. (2012). *A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Chasin, A. C. M. & Perutti, D. C. (2009) *Os retrocessos trazidos pela Instrução Normativa do Incra n.o 49/2008 na garantia dos direitos das Comunidade Quilombolas*. Comissão Pró Índio de São Paulo. Recuperado em 8 de junho 2014, de <http://www.cpispp.org.br/acoes/upload/arquivos/artigo>.
- Costa, E. S. (2012). *Racismo, política pública e modos de subjetivação em um quilombo do Vale do Ribeira*. Tese de doutorado, programa de pós-graduação em psicologia social e do trabalho, Universidade de São Paulo.
- Coutinho, C. N. (2000) *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez.
- Deleuze, G. (2010). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Demo, P. (2002). *Charme da exclusão social*. Campinas: Autores Associados.
- Demo, P. (1984). Elementos metodológicos da pesquisa participante. Em C. R. Brandão (Org.), *Repensando a pesquisa participante* (pp. 104-130). São Paulo: Brasiliense.
- Duarte, A. (2013). *Folclore negro das Alagoas: áreas de cana de açúcar: pesquisa e interpretação*. Maceió: Edufal.
- Espinosa, B. (1677/2009). *Tratado político*. São Paulo: Martins Fontes.

- Faria, J. B. & Seidl E. M. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*. 18(3), pp. 381-389.
- Faustino, D. M. (2012). A equidade racial nas políticas públicas. In Batista, L. E., Werneck, J. & Lopes, F. (orgs.) *Saúde da população negra*. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN).
- Fernandes, S. L.; Santos, A. O. & Casco, R. (2015a). Texto complementar Quilombo: Direito ao território e a igualdade étnico-racial. In: UNIFESP. *Diretrizes curriculares nacionais da educação para as relações étnico-raciais e para o ensino da história e da cultura Afrobrasileira e Africana*. UNIFESP: São Paulo.
- Fernandes, S. L.; Santos, A. O. & Casco, R. (2015b). Texto complementar Convenção nº 169 da OIT, Decreto nº 6040, e diretrizes operacionais para uma educação básica do campo e garantia do direito à educação às comunidades quilombolas. In: UNIFESP. *Diretrizes curriculares nacionais da educação para as relações étnico-raciais e para o ensino da história e da cultura Afrobrasileira e Africana*. UNIFESP: São Paulo.
- Fernandes, S. L. (2014) Revisitando os saberes psicológicos: reflexões por uma psicologia do campo. *Cadernos de subjetividade*. Núcleo de estudos e pesquisa da subjetividade, Pontifícia Universidade Católica: São Paulo.
- Fernandes, S. L. & Munhoz, J. M. (2013) Políticas públicas quilombolas e produções identitárias: percursos históricos e conflitos políticos. In: Leite, J. F. e Dimenstein, M. (orgs.) *Psicologia e contextos rurais*. (p. 357-384). Rio grande do Norte: EDUFRN.
- Fernandes, S. L. & Santos, L. F. S. (2013). Memória de Idosos quilombolas: fortalecimento de vínculos e produção de novos territórios. *Resumos do I Congresso Latino-americano de psicologia rural*. Posadas: Universidad de la Cuenca del Plata.
- Fernandes, S. L., Duarte, K. L. & Silva, V. A. (2010) Políticas públicas de saúde na comunidade de negros rurais em serra verde II, Município de Igaci – AL. *Resumos do II Congresso Nordestino de Extensão Universitária*. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco.
- Fernandes, F. (2008). *A integração do negro na sociedade de classes*. São Paulo: Globo.
- Fernandes, M. I. A. (1999). Uma nova ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada In: Fernandes, M. I. A.; Scarcelli, I. R. e Costa, E. S. (Orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* (p.39-46). São Paulo: IPUSP.
- Ferreira da Silva, M. E. (2013). Comunidades remanescentes de Quilombo da Tabacaria: um território em construção. In: Almeida, L. S.; Lima J. C. S. & Oliveira J. S. (Orgs.). *Terra em Alagoas: temas e problemas*. (p. 107-122). Maceió: Edufal.
- Ferreira da Silva, M. E. (2010). *Território, poder e as múltiplas territorialidades nas terras indígenas e de pretos: Narrativa e Memória como mediação na construção do território dos povos tradicionais*. Tese de doutorado, Núcleo de Pós-graduação em Geografia, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.
- Ferreira, H. S., Lamenha, M. L. D., Xavier Júnior, A. F. S., Cavalcante, J. C. & Santos, A. M. (2011)

Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica* 30(01), p. 50-57.

Ferreira, R. F. (2002). O brasileiro, o racismo silencioso e a emancipação do afro-descendente. *Psicologia & Sociedade*, 14 (1): 69-86.

Fleury, S. (2009). Revisitando “a questão democrática em saúde”: quase 30 anos depois. *Saúde em debate*, v. 33, n. 81, p. 156-164, jan/abr Rio de Janeiro.

Foucault, M. (2006). *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São paulo: Martins Fontes.

Franco, E. A. P. & Barros, R. F. M. (2006). Uso e diversidade de plantas medicinais no Quilombo Olho D'água dos Pires, Esperantina, Piauí. *Rev. Brs. Pl. Med. Botucatu*, v.8, n. 3, pp. 78-88.

Freitas, D. A.; Caballero, A. D.; Marques, A. S.; Hernández, C. I. V. & Antunes, S. L. N. O. (2011). Saúde e Comunidades quilombolas: uma revisão de literatura. *Rev. CEFAC set/out*; 13(5):937-943.

Freitas, D. B.; Silva, J. M. & Galvão, E. F. C. (2009) A relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. *Re. Bras. Ciênc. Esporte*. v.30, n. 2, jan, p. 89-105.

Froehlich J. M. (2012). Identidades e tradições reinventadas: o rural como tema e cenário. In Carneiro M. J. (Org.) *Ruralidades contemporâneas: modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira* (pp. 201-226). Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ.

Fundação Cultural Palmares (FCP). (2015). Banco de dados de comunidades quilombolas no país. Recuperado em 05 de abril, 2015 de http://www.palmares.gov.br/?page_id=88.

Gadelha C. S.; Pinto Junior, V. M.; Bezerra, K. K. S.; Pereira, B. B. M. & Maracajá, P. B. Estudo bibliográfico sobre o uso de plantas medicinais e fitoterápicas no Brasil. *Revista verde*. Mossoró: v. 8, n. 5, p. 208-2112, dez.

Galindo, D. (2005). A inclusão das rezadoras de Maranguape na promoção da saúde pública. *Revista Acadêmica do grupo comunicacional de São Bernardo*. Ano 3, nº 2 (jan/jun).

Gerhardt. T. E. (2006) Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov.

Gómez, I. J. y Sánchez D. R. Ma. Eugenia (2011). *La ideología mestizante, el guadalupanismo y sus repercusiones sociales. Una revisión crítica de la identidad nacional*. Puebla: UIA Puebla y ICSyH/BUAP.

Gonçalves Filho, J. M. (2007). Humilhação social: humilhação política. In: Souza, B. P. (org.). *Orientação à queixa escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gonçalves Filho, J. M. (2005). Problemas de método em psicologia social: algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante. In: Bock, A. M. B. (org.). *Psicologia e o*

compromisso social. São Paulo: Cortez.

- Gonçalves Filho, J. M. (1998). A memória da casa e a memória dos outros. In: *Travessia – revista do migrante*. Ano XI, número 32, set/dez.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (2008). *Micropolítica Cartografias do Desejo*. São Paulo: Ed. Vozes.
- Guimarães, A. S. A. (2012) *Racismo e antirracismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34.
- Gruskin, S. & Tarantola, D. (2012). Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In Paiva, V.; Ayres, J. R. & Buchalla, C. M. (Orgs.) *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção de saúde: da doença à cidadania*. (p.23-42). Curitiba: Juruá.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização. Dos fins dos territórios à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Honneth, A. (2009) *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Ed. 34.
- Ianni, A. M. Z.; Santos, C. G.; Alves, O. S. F. & Kalckmann, A. S. (2007). Determinantes do acesso à saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. *Bis* 41 p.43-45.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Banco de Dados Estado de Alagoas*. Recuperado em 03 de setembro, 2013 de <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=al>.
- Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). (2014). Quadro atual da política de regularização de territórios quilombolas do INCRA. Recuperado em 03 de novembro, 2014 de http://www.incra.gov.br/sites/default/files/uploads/estrutura-fundiaria/quilombolas/quadro_atual_da_politica.pdf.
- Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas (ITERAL). (2010). *Relação das comunidades quilombolas com certificação oficial dada pela Fundação Palmares*. Recuperado em 03 de setembro, 2013, de <http://www.iteral.al.gov.br/dtpaf/comunidades-quilombolas-de-alagoas/comunidades-quilombolas-de-alagoas>.
- Lefebvre, H. *De lo rural a lo urbano*. (1978). Barcelona: Ediciones Península.
- Leite, J. F., Macedo, J. P. S., Dimenstein, M. & Dantas, C. (2013). A formação em psicologia para a atuação em contextos rurais (pp. 27-56). In: Leite, J. F. & Dimenstein, M. *Psicologia e contextos rurais*. Natal: EDuFRN.
- Leite, I. B. (2008). O projeto político quilombola: desafios conquistas e impasses atuais. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 16 (3).
- Leite, I. B. (2000). Os quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas. *Etnográfica* vol IV (2), pp. 333-354.
- Lima da Silva, L. (2013). A política de reforma agrária em Alagoas entre 2003/2013. In: Almeida, L. S.; Lima J. C. S. & Oliveira J. S. (Orgs.). *Terra em Alagoas: temas e problemas*. Maceió:

Edufal.

- Lindoso, D. (2011). *A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica*. Maceió: edufal.
- Lindoso, D. (2005). *A utopia armada: rebelião de pobres nas matas do tombo real*. Maceió: edufal.
- Lopes, F. (2005). Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In Brasil (org.) *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde (FUNASA).
- Lós, D. W. S.; Barros, R. P. & Neves. (2012) Comercialização de plantas medicinais: um estudo etnobotânico nas feiras livres do município de Arapiraca-Al. *Revista de biologia e farmácia*. v. 7 n. 2, pp. 38-51.
- Lusa, G. M.; Silva, M. E. F. & Albuquerque, C. F. (2013). O semiárido alagoano frente à crise do capital: as faces da exploração e dominação da classe trabalhadora. In: *VI Jornada internacional de políticas públicas*. São Luís do Maranhão. UFMA.
- Lusa, G. M. O rural no semiárido e a transformação sócio-histórica de Alagoas. (2013). In: Almeida, L. S.; Lima J. C. S. & Oliveira J. S. (Orgs.). (p.345-362). *Terra em Alagoas: temas e problemas*. Maceió: Edufal.
- Mângia, E. F. & Muramoto, M. T. (2008). Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Rev. Ter. Ocup.*, São Paulo, set/dez 19(3), p. 176-182.
- Mannhein, K. (1993) El problema de las geraciones. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, n. 62, pp. 193-242. Recuperado em 22 de fevereiro, 2015 de http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_062_12.pdf
- Maria da Silva, G (2010). Vencer o racismo institucional desafios da implementação das políticas públicas para comunidades quilombolas. In Almeida, A. W. B. (orgs)... [et al]. *Caderno de debates Nova cartografia social: territórios quilombolas e conflitos*. Manaus: projeto nova cartografia social da Amazônia.
- Marques A. S.; Caldeiras, A. P.; Souza L. R.; Zucchi P. e Cardoso W. D. A. (2010). População quilombola no norte de Minas: invisibilidade, desigualdade e negação de acesso ao sistema público de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*. Vol 12, n. 2, Ago.
- Marin, R E. A. (2009). Quilombolas na Ilha de Marajó: território e organização política. In: Godoi, E. P.; Menezes, M. A.; Marin, R. E. A. (Orgs.). *Diversidade do campesinato: expressões e categorias: construções identitárias e sociabilidades*, v.1. São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural.
- Martín-Baró, I. Para uma psicologia da libertação. (2009). In: Guzzo, R. S. L. & Lacerda Junior, F. (Orgs.). (p. 180-197). *Psicologia social para América Latina*. Campinas: Alínea.
- Martín-Baró, I. El Latino indolente. (1987). Carácter ideológico del fatalismo latino-americano. In: Montero, M. (p.135-162). *Psicologia política latino-americana*. Caracas: Panapo.

- Martins, J. S. (2010). *A sociabilidade do homem simples: cotidiano e a história na modernidade anômala*. São Paulo: Contexto.
- Martins, J. S. (2009). *Exclusão e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus.
- Martins, J. S. (2002). *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão pobreza e classes sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Martins, J. S. (1993). *Achegada do estranho*. São Paulo: Hucitec.
- Martins, E.; Santos, A. O. & Colosso, M. (2013). Relações étnico-raciais e psicologia: publicações em periódicos da Scielo e Lilacs. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 118-133. São Paulo, set.-dez. 2013.
- Martins, A. B. M.; Santos, A. O. & Paiva, V. (2009). *Promovendo os direitos de mulheres, crianças e jovens de comunidades anfitriãs de turismo do Vale do Ribeira*. São Paulo: Instituto Ing-Ong de Planejamento Socioambiental.
- Massola, G. M. (2015). *A questão psico-social: significações do hífen*. Mesa redonda Psicologia Social e ambiente proferida no I seminário de pesquisa do programa de pós-graduação de psicologia social do Instituto de Psicologia da USP. Realizado em 30 de novembro de 2015.
- Matos, O. C. F. (1999). Cidadania: espaço público e tolerância mestiça. In: Fernandes, M. I. A.; Scarcelli, I. R. e Costa, E. S. (Orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP.
- Mello, J. C. (2008). Negros escravos, negros papa-méis: fugas sobrevivência africana nas matas de Alagoas e Pernambuco no século XIX. *Revista África e Africanidades*. Ano1, vol 2 ago.
- Melo, M. F. T. e Silva, H. P. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista ABPN* v. 7, n 16, mar-jun, p. 168-189.
- Melucci, A. (2004). *O jogo do Eu: a mudança de si em uma sociedade global*. São Leopoldo: Unisinos.
- Ministério da saúde (2011). *Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). (2008). *Cadernos de estudos desenvolvimento social em debate*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento social.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar: el método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Mora-Osejo L. E. & Fals Borda, O. (2006). A superação do eurocentrismo. Enriquecendo do saber sistêmico e endógeno sobre o nosso contexto tropical. In: Santos, B. S. (org.). *Conhecimento prudente para uma vida descente: um discurso sobre as ciências revisitado*. (pp.711-720). São Paulo: Cortez.

- Munanga, K. (1996) Origem e histórico do quilombo na África. *Revista USP, São Paulo* (28):56-63. Dez/Fev.
- Nascimento, B. Kilombo e memória comunitária: um estudo de caso. (2006) In: Ratts, A. (Org.). *Eu sou atlântica: sobre trajetória de vida de Beatriz Nascimento*. (p. 111-116) São Paulo: Imprensa oficial.
- Oliveira, S. K. M.; Silveira, J. C. S.; Pereira, M. M. & Freitas, D. A. (2012) Saúde em comunidade rural quilombola: relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. *Motricidade*. Vol.8, n2, p.83-88.
- Oliveira, J. R. (2011). A atenção básica e a saúde da população negra. In: Riscado, J. L. S. & Oliveira, M. A. B. (orgs.). *Quilombolas, guerreiros alagoanos: AIDS, prevenção e vulnerabilidade*. (p.33-44). Maceió: Edufal.
- Oliveira, A. T. S.; Moreira, C. T.; Machado, C. A. Vasconcelos de Neto, J. A. & Machado M. F. A. S. (2006). Crençes e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa de saúde da família. *RBPS*. 19(1): 11-18.
- Oshai, C. M. A. e Silva H. P. (2013) *A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas*. Anais do 12 congresso de medicina de família e comunidade. Belém; 12:1426.
- Paiva, V. (2012). Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos Direitos Humanos. In Paiva, V.; Ayres, J. R. e Buchalla, C. M. (Orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção de saúde: da doença à cidadania*. (p. 165-208). Curitiba: Juruá.
- Paiva, V.; Ayres, J. R. & Buchalla, C. M. (2012). *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção de saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá.
- Paiva, G. (2007). Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de psicologia*. Campinas 24(1), p. 99-104, jan/mar.
- Pereira, L. L.; Silva, H. P. e Santos, L. M. P. (2015). Projeto mais médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Revista da ABPN* v.7, n. 16 Mar-Jun, p. 38-51.
- Pinho, L., Dias R. L., Cruz L. M. A. e Velloso N. A. (2015). Condições de saúde quilombola no norte de Minas Gerais. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental*. 7(1) jan-mar: p.1847-1855.
- Pinho, P. A. & Pereira, P. P. G. (2012). Itinerários Terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface*, Botucatu Jun 16(41), p.435-450.
- Pichon-Rivière, E. & Quiroga, A. P. (1998). *Psicologia da Vida Cotidiana*. São Paulo: Martins Fontes.
- Puglisi M.L. & Franco, B (2005). *Análise de Conteúdo*. Brasília: Liber Livro.
- Rafael, U. N. (2004) Presença dos negros na historiografia alagoana: o discurso do silêncio. *Cad. Kulê-Kulé*. Maceió: NEAB e Ideário comunicações.

- Ratts, A. (2006). *Eu sou atlântica: sobre trajetória de vida de Beatriz Nascimento*. São Paulo: Imprensa oficial.
- Rezende, R. S. & Postigo, A. (2013) Reconhecimentos territoriais e desconhecimentos institucionais. *RURIS*. Vol.7 n2, p.119-142 set.
- Ribeiro, R. I. (1996). *A alma africana no Brasil. Os Iorubas*. São Paulo: Editora Oduduwa.
- Riscado, J. L. S. & Oliveira, M. A. B. (2011) (orgs.). *Quilombolas, guerreiros alagoanos: AIDS, prevenção e vulnerabilidade*. Maceió: Edufal.
- Riscado, J. L. S.; Oliveira, M. P. B. & Brito, A. M. B. B. (2010). Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saúde Soc: São Paulo*, 19 (2), p.96-108.
- Rocha, N. S. & Fleck, P. A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 38(1), pp. 19-23.
- Rosa, P. L. F. S.; Hoga, L. A. K.; Santana, M. F. & Silva, P. L. (2014). Uso de plantas medicinais por mulheres negras: estudo etnográfico em uma comunidade de baixa renda. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo; 48, p. 46-53.
- Santos, A. O. & Fernandes, S. L. (2015). A psicologia na compreensão da identidade étnico-racial do negro no Brasil. *Cadernos PENESB*. (artigo no prelo, aceito para publicação).
- Santos, A. O. & Ribeiro, R. (2015). Saúde, doença e cura no Candomblé: ação profilática e terapêutica em espaço de religiões brasileiras de matrizes africanas (p. 23-41). In: Mandarino, A. C. S.; Gomberg, E. (Orgs.). *Candomblés: encruzilhadas de ideias* (Coleção E-Livro). Salvador: EDUFBA, v. 01.
- Santos, A. O. (2014) *Relatório de pesquisa FAPESP período de 29 de Maio de 2012 a 30 de Maio de 2014. Atuação do psicólogo no tema das relações étnico-raciais*. São Paulo.
- Santos, N. R. (2014). SUS 25 anos profícuos de resistência e avanços possíveis (p.17-42). In: Rizzoto, F. e Costa, A. M. (orgs.). *25 anos do direito universal à saúde*. Rio de Janeiro: Cebes.
- Santos, R. C. & Silva, M. S. (2014). Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v.23, n.3, p.1049-1063.
- Santos, O. A.; Schucman, V. L. & Martins, V. H. (2012). Breve histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre relações étnico/raciais. *Psicologia ciência e profissão*, vol. 32, p.166-175.
- Santos, V. S. (2011). Escola e identidade: estudo etnográfico fortalecimento identitário numa comunidade remanescentes de quilombo em Al. *V Fórum identidades e alteridades / I congresso nacional educação e diversidade*. Itabaiana: UFS.

- Santos, M. (2011). Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record.
- Santos, F. T. (2009). *A “Recuperação” de assentamentos rurais em questão: a experiência do assentamento Rendeira – Alagoas*. Campina Grande. Dissertação – Programa de Pós-graduação e ciências sociais, Faculdade de Ciências sociais, Universidade Federal de Campina Grande.
- Santos, M. (2008). *Da totalidade ao lugar*. São Paulo: Edusp.
- Santos, B. S. (2006). Introdução. In: Santos, B. S. (org.). *Conhecimento prudente para uma vida descente: um discurso sobre as ciências revisitado*. (pp. 17-58). São Paulo: Cortez.
- Santos, M. (2005) O retorno do território. *Observatório social da América Latina*. Ano 6 n 16 jun.
- Santos, B. S. (2003a). Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: Santos, B. S. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Civilização brasileira: Rio de Janeiro.
- Santos, B. S. (1999). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal.
- Scarcelli, I. R. e Junqueira, V. (2011) O SUS como desafio para a formação em psicologia. *Psicologia Ciência e profissão*. 31 (2), p. 340-357.
- Schucman, L. V.; Costa, E. e Cardoso, L. (2012). Quando a identidade racial do pesquisador deve ser considerada: paridade e assimetria racial. *Revista da ABPN*, v. 4, n. 8, jun-out, p.15-29.
- Schucman, L. V. (2010). Racismo e antirracismo: a categoria raça em questão. *Psicologia política*, 10 (19), p. 41-55.
- Scott, J. 92005). O enigma da igualdade. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(1): 11-30, jan/abr.
- Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). (2014). Quilombos no Brasil. Recuperado em 03 de novembro, 2014 http://www.portaldaigualdade.gov.br/copy_of_acoes
- Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). (2013). *Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas*. Brasília: SEPPIR.
- Seffner, F., Pulpo, L. R. & Paiva, V. (2012) Educação em saúde e emancipação: explorando possibilidades da prevenção no quadro dos direitos humanos. In: Paiva, V. *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: pluralidade de vozes e inovação de práticas*. (p. 09-26). Curitiba, Juruá Editora.
- Silva, N. E. K.; Sancho, L. G. & Figueiredo, W. S. (2015) Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha de cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Em prelo *Revista Ciência e Saúde Coletiva*.
- Silva, C. H. F.; Domingos, L. T.; Leite, A. C. R. M. & Sousa D. F. (2015). Relato sobre as políticas de saúde da população negra e indígena no Brasil. *Revista da ABPN*. v.7, n.16, mar-jun,

p.16-27.

- Silva, L. A. V.; Santos, M. & dourado, I. (2015). Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. *Physis Revista de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 25[3]: 951-973.
- Silva, K. M. C.; Gomes, M. P. & Gonçalves, I. A. (2014). Quilombos – Direitos Fundamentais: O Acesso à saúde, habitação e educação. *Revista Ideário*. Rio de Janeiro, ano 3, n 4, ago, p.115-121.
- Silva, S. R. (2011). A trajetória do negro no Brasil e a territorialização quilombola. *Revista NERA*, Presidente Prudente, ano 14, n 19 pp. 73-89. Jul/Dez.
- Silva, S. J. & Carvalho, E. N. (2008). Saúde das populações quilombolas no Espírito Santo: vulnerabilidade e direitos humanos. In Rosa, E. M., Souza, L. & Avellar, L. Z. (Orgs.), *Psicologia Social. Temas em debate* (pp. 88-107). Vitória: abrapso.
- Silva, J. A. N. (2007). Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba. *Rev. Saúde Soc.* São Paulo, v.16, n. 2, p. 11-124.
- Silva, I. M. & Santos, L. B. (2006). *Comunidade remanescentes quilombolas*. Trabalho de conclusão de curso. Arapiraca-Alagoas. Curso de Geo-História Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL).
- Silva, L. C. (2004). A participação das rezadeiras nos projetos de saúde comunitária no Estado da Paraíba. *Revista Instit. de Folkcomunicação*. v. 2, nº 4.
- Silveira, C. L. et al. (2011). Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescentes de quilombo. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Jul/Set; 10 (03); 585-592.
- Siqueira, K. M.; Barbosa, M. A.; Brasil, V. V. ; Oliveira, L. C. & Andrans, L. M. (2006). Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis; 15(1): 68-73.
- Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB). (2015). Prefeitura Municipal de Arapiraca: Secretaria Municipal de Arapiraca, cedido em outubro de 2015.
- Souza, I. M.; Araújo, E. M. & Nery, F. S. (2015) Mortalidade masculina segundo a raça/cor da pele em estados do nordeste e sudeste do Brasil, 2009-2011. *Revista da ABPN*, v.7, n 16 jun, p.154-167.
- Souza, P. B. & Araújo, K. A. (2014). A mulher quilombola: da invisibilidade à necessidade por novas perspectivas sociais e econômicas. (p. 163-182). In: ESTEVES, Juliana Teixeira; BARBOSA, José Luciano Albino & FALCÃO, Pablo Ricardo de Lima. *Direitos, gênero e movimentos sociais II*. Florianópolis: CONPEDI.
- Souzas, R. (2015). Liberdade, violência, racismo e discriminação: narrativas de mulheres negras e

quilombolas da mesorregião centro-sul da Bahia/Brasil. *Revista da ABPN*, v.7, n 16 jun, p.89-102.

- Tassara, E. T. O. & Ardans-Bonifácio, H. O. (2008). Psicologia socioambiental, identidades urbanas e intervenção social. Reflexões sobre as mudanças socioambientais no sistema-mundo (pp. 123-154). In: Tassara, E. T. O. & Rutkowski, E. W. (orgs.). *Mudanças climáticas e mudanças socioambientais globais: reflexões sobre alternativas de futuro*. São Paulo: UNESCO e IBECC.
- Tornquist, C. S. & Franzoni, T.M. (2008) Saberes de cura: relatos sobre uma tensa interação entre saberes locais, saberes oficiais e pesquisa antropológica. Anais da 26ª reunião brasileira de antropologia. Recuperado em 25 de setembro de 2015: http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/foruns_de_pesquisa/trabalhos/FP%2010/carmen%20susana%20tonrquist.pdf
- Trad, L. A. B.; Castellanos, M. E. P & Guimarães, M. C. S. (2012). Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev. Saúde Pública*;46(6):1007-13.
- Valentim, R. P. F. & Trindade, Z. (2011) Modernidade e comunidades tradicionais: memória, identidade e transmissão em território quilombola. *Psicologia Política*, vol. 11 n 22 Jul-Dez.
- Veiga, J. E. da, (2003). Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula. Campinas: Autores Associados.
- Vieira, A. B. D. & Monteiro, P. S. (2013). Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v.37, n.99 out/dez, p. 610-618.
- Wane, N. (2013). Uncovering the Well: Black Feminism in Canada (p. 3-22). In: Wane, N.i; Jagire, J. & Murad Z.. *Ruptures: Anti-colonial & Anti-racist Feminist Theorizing*. Toronto: sense publishers.
- Weeks, J. (2000). O corpo e a sexualidade. In: Louro, G. L. (org.) *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: 2000. (p.35-82).
- Weller, W. (2010). A atualidade do conceito de gerações de Karl Mannheim. *Revista Sociedade e Estado*. v.25, n. 2, mai/ago.
- Werneck, J. (2005) Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In Brasil (org.) *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde (FUNASA).

ANEXOS

ANEXO I - Pré-roteiro de entrevista

1. O que é saúde para você? (A)
2. O que é doença para você? (B)
3. O que você faz para lidar com a doença? (B)
4. Aonde você vai quando não consegue lidar sozinho com a doença? (C)
5. Quais lugares da comunidade você foi em busca por cuidados? (C)
6. Já fez uso de ervas medicinais, receita de vizinhos, ou prática religiosa para lidar com a doença? Conte-me como foi? (C)
7. O que faz para manter a saúde? (A)
8. Você já foi ao postinho de saúde ? (C)
9. Pode me contar como foi? (D)
10. Como foi o contato com os médicos, enfermeira e profissionais de saúde? (D)
11. Descreva duas situações: uma que você viveu, ouviu falar ou viu de gente que foi bem tratado/tratado legal no postinho. E outra que você viveu, ouviu falar ou viu de gente que não foi bem tratado/ não foi tratado legal no postinho. Porque você acha que isso aconteceu (o tratamento bom e ruim). (D)

Legenda:

A: Tema saúde;

B: Tema doença;

C: Itinerários terapêuticos;

D: Narrativas de contato com os profissionais.

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado/a para participar de uma pesquisa para conhecer o cotidiano e os modos de vida de uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas no que se refere aos cuidados com a saúde. Sua participação implica na concessão de uma entrevista, que pode durar em torno de uma hora e será gravada em áudio para posterior transcrição. Durante a entrevista você pode solicitar ao entrevistador que desligue o gravador ou até que sejam apagadas partes da entrevista. Além disso, poderá interromper sua participação na entrevista em qualquer momento. Somente o pesquisador poderá escutar ou ler as transcrições.

A participação na pesquisa envolve risco mínimo. Para manter a confidencialidade sobre as informações que você fornecerá, todas as formas de registro, gravação e transcrição serão identificadas apenas com um número. O nome do participante somente poderá ser associado aos números de identificação pelo pesquisador envolvido no estudo. Na divulgação dos resultados da pesquisa seu nome não será revelado. Todas as informações obtidas durante o estudo serão armazenadas de forma a proteger a identidade pessoal do participante. Essas informações serão mantidas em armário trancado à chave na sala dos pesquisadores durante e após o término da pesquisa.

A pesquisa não oferecerá nenhuma vantagem financeira. Sua participação neste estudo é completamente voluntária e não haverá custos decorrentes de sua participação. Você pode recusar-se a participar, ou decidir se desligar em qualquer momento. Sinta-se a vontade para perguntar, caso tenha qualquer dúvida, agora ou depois. Caso haja alguma dúvida posteriormente, por favor, entre em contato com o investigador principal da pesquisa Saulo Luders Fernandes ou com seu orientador Alessandro de Oliveira dos Santos no Instituto de Psicologia. Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721, São Paulo – fones: (11) 3091-184 e 3091-4362. Você também pode fazer contato direto com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) do Instituto de Psicologia da USP no endereço Av. Professor Mello Moraes, 1721, Bloco G, 2o andar, sala 27, CEP 05508-030 – Cidade Universitária - São Paulo. E-mail: ceph.ip@usp.br. Telefone: (11) 3091-4182. Horário de atendimento: 8h30min às 12h e 14h às 16h.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado em duas vias de igual teor, sendo que uma ficará com o(a) participante da pesquisa e uma será arquivada pelo pesquisador.

Consentimento: Eu, abaixo assinado, afirmo que li e compreendi o conteúdo deste termo e concordo em participar do estudo e com as colocações apresentadas,

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Arapiraca, de de 20