

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

WANESSA DA SILVA GOMES

**TERRA É SAÚDE: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NA COMUNIDADE
QUILOMBOLA DO CASTAINHO, GARANHUNS/ PERNAMBUCO**

RECIFE

2019

WANESSA DA SILVA GOMES

**TERRA É SAÚDE: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NA COMUNIDADE
QUILOMBOLA DO CASTAINHO, GARANHUNS/ PERNAMBUCO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Idê Gomes Dantas Gurgel

Coorientador: Prof^o Dr. Saulo Luders Fernandes

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- G633t Gomes, Wanessa da Silva.
Terra é saúde: a determinação social da saúde na comunidade quilombola do Castainho, Garanhuns - Pernambuco / Wanessa da Silva Gomes. - Recife: [s.n.], 2019.
178 p. : ilus., tab. ; 30 cm.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.
- Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel;
coorientador: Saulo Luders Fernandes.
1. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. 2. Epidemiologia Social. 3. Saúde Ambiental. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Fernandes, Saulo Luders. III. Título.

CDU 614.39

WANEISSA DA SILVA GOMES

TERRA É SAÚDE: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NA COMUNIDADE
QUILOMBOLA DO CASTAINHO, GARANHUNS/ PERNAMBUCO

Tese apresentada ao Curso de
Doutorado em Saúde Pública, do
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito para
obtenção do título de Doutora em
Ciências.

Aprovada em 11/12/2019

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. José Bento Rosa da Silva
Departamento de História – UFPE

Profº.Dr. Luis Allan Kunzle
Departamento de Informática, UFPR

Profº.Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz

Profº.Dra. Camila Pimentel Lopes de Melo
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Profº.Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

À minha mãe, ao meu pai, aos meus avós e a todos os meus ascendentes que não tiveram a oportunidade de uma formatura, mas que me permitiram chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

À comunidade quilombola do Castainho pela confiança e colaboração com a pesquisa, em especial as lideranças José Carlos Lopes da Silva, Cíntia Mendes Barbosa e Joseane Silva Lopes (Aninha), bem como a todas/os sujeitos participantes que foram fundamentais para a realização do estudo e para minha formação humana;

À minha mãe e ao meu pai pela força e compreensão que vêm me dando a cada dia e a todos da minha família, como meus avós e irmão, que vem me acompanhado na construção desse trabalho. Agradeço também a minha tia Vanize Gomes a todo o apoio que me deu durante toda minha vida.

A minha pequena Flora, o maior e melhor presente que tive nesses quase 5 anos, em que cursei o doutorado. Gratidão por me fazer mãe, por me fortalecer ainda mais como mulher e por colaborar com minha tese, ficando ao meu lado ou mesmo no meu colo, escrevendo comigo.

Ao meu esposo e companheiro André Monteiro, com quem compartilhei as alegrias e dificuldades desse períodos e do nosso dia a dia, pelo amor, apoio e incentivo constante.

Agradeço também as minhas amigas Régia, Ana Priscila, Michelle Ribeiro, Edvânia Kerly, Suely Emília, Rosangela Falcão, entre muitas outras amigas e amigos, que tiveram paciência em me ouvir falando sobre a tese e que colaboraram com essa construção, seja discutindo o estudo comigo, me ouvindo, ou apenas estando ao meu lado passando uma energia positiva.

Ao meu amigo Paulo Souza pela disponibilidade e construção conjunta de um documentário que contribui para os processos sociais no território do Castainho;

A minha querida orientadora Prof^a Dr^a Idê Gurgel que caminhou comigo durante essa construção, indo além de uma orientação acadêmica, me escutando e aconselhando a cada desafio imposto pela vida, sempre com leveza e sabedoria.

Ao meu co-orientador Prof^o Dr^o Saulo Luders que discutiu comigo cada ponto dessa tese, grata por sua orientação e amizade;

Aos colegas de doutorado, das turmas 2015 e 2016, pela oportunidade de compartilhar novas experiências.

Aos pesquisadores da área de saúde da Universidade Andina Simón Bolívar que me acolheram e contribuíram com meus conhecimentos, em especial ao Prof^o

Drº Jaime Breilh ao qual tenho grande admiração, por seus ensinamentos, e pela alegria e entusiasmo com o qual me acolheu;

Ao Profº Drº Luis Allan Kunzle, que tive a honra de conhecer durante a estadia em Quito e que se disponibilizou a debater esse estudo comigo a cada cafezinho;

Ao Drº Adolfo Maldonado a quem possuo também enorme admiração, por sua prática desenvolvida na Clínica Ambiental e na Acción Ecológica, nas quais tive o prazer de conhecer suas contribuições socioambientais e científicas;

Agradeço, ainda, a Profª Drª Raquel Rigoto, que me fez refletir sobre relevantes questões do meu estudo, que foram fundamentais para a qualidade das discussões;

Às/aos colegas da Universidade de Pernambuco que me acompanharam e apoiaram nesse processo;

Aos funcionários do CPqAM, em especial à equipe da SEAC, por todo apoio e paciência;

Aos membros da banca examinadora, pela atenção concedida a este trabalho e pelas valiosas contribuições;

As/os professoras/es, pesquisadoras/es e colegas do Laboratório Saúde, ambiente e trabalho – LASAT, que me inspiram;

Aos membros do Programa de extensão “Um pé de saúde” que me acompanharam nessa jornada e com os quais divido os momentos de aprendizado em território quilombola;

Aos professores do programa pelos ensinamentos que contribuíram imensamente com esse estudo e com minha formação acadêmica, pessoal e política;

Seria impossível mencionar todos e todas que de alguma forma colaboraram com esse processo, pois não se restringe ao curso do doutorado e sim a toda uma vida de encontro com pessoas queridas que deram sua contribuição para a consolidação desse momento. Dessa forma meus agradecimentos são insuficientes e sempre inacabados.

Gratidão!

*“O que importa não é conhecer o mundo,
mas mudá-lo “.*

Frantz Fanon

GOMES, W. S. **Terra é saúde**: a determinação social da saúde na comunidade quilombola do Castainho, Garanhuns/ Pernambuco. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa-ação e encontra-se no paradigma da determinação social da saúde. Teve como objetivo analisar os processos de determinação social da saúde na comunidade quilombola do Castainho, localizada no município de Garanhuns, Pernambuco. O Círculo de Cultura foi utilizado como uma das técnicas de coleta e intervenção, onde foram realizados seis encontros com uma média de 8 participantes. Buscamos ainda os escritos no diário de campo e documentos de interesse ao estudo. Todos estes foram analisados por meio da Análise de Conteúdo. Foram entrevistados 10 sujeitos/participantes, os dados obtidos por esta técnica foram analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados estão divididos em quatro blocos, onde discutem: 1. A percepção de saúde dos sujeitos/participantes que se assemelha ao conceito ampliado de saúde; 2. As necessidades em saúde relatadas, referentes a um atendimento integral nos serviços de saúde e que tenha uma postura anti-racista, além de uma alimentação saudável e a garantia de acesso a água; 3. As relações da saúde com a natureza, com a cultura, as práticas em saúde desenvolvidas na comunidade e as questões referentes ao racismo, sendo estes os processos relacionados a determinação social da saúde na comunidade; 4. Os processos protetores e destrutivos da saúde com o olhar para os 4 'S' da vida propostos por Breilh, onde observamos que a Sustentabilidade no Castainho só é possível por meio do direito ao território; a Soberania se dá por meio do fortalecimento da cultura; a Solidariedade é construída na luta contra o racismo e na identidade quilombola; e a (bio)segurança é o conjunto desses elementos que apontam para um viver digno. Concluímos esse estudo, afirmando a importância em se trilhar um caminho de fortalecimento da autonomia do povo quilombola, para que possam construir suas vidas de forma sustentável, soberana, solidária e biossegura.

Palavras-Chave: Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Epidemiologia Social. Saúde Ambiental.

Gomes, W. S. **Earth is health**: the social determination of health in the quilombola community of Castainho, Garanhuns / Pernambuco. 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The study is characterized as an action research intervention according to the paradigm of social determination of health. It aimed to analyze the health social determination processes about the quilombola community of Castainho, located in Garanhuns city, Pernambuco. The Culture Circle was used as one of the collection and intervention techniques, where we had six meetings that were held with an average of 8 participants. We also look for the writings in the field diary and documents of interest to the study. All of these were analyzed through Analysis Content. 10 subjects / participants were interviewed, the data obtained by this technique were analyzed through the Collective Subject Discourse. The results are divided into four blocks, where they discuss: 1. The health perception of the subjects / participants that resembles the expanded concept of health; 2. The health needs reported related to comprehensive care about health services with an anti-racist posture, healthy, eating and guaranteed access to water; 3. The health relationships with nature, culture and health practices developed at the community and issues related to racism in the health of the subjects, these being the elements of social health determination for the community; 4. The protective and destructive health processes with a look at life's 4 S proposed by Breilh, where we observe that environmental sustainability in Castainho is only possible through the access to the territory's right; The statehood occurs through the culture's strengthening; Solidarity is built on the fight against racism and recognized quilombola identity; and (bio) safety is the set of these elements that point to a decent lifestyle. We conclude this study by affirming the importance of following a way to strengthen the autonomy of the quilombola people, so that they can build their lives in a sustainable, sovereign, solidary and biosecure manner.

Keywords: African Continental Ancestry Group . Social Epidemiology . Environmental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Necessidade de saúde e os níveis de análise	24
Figura 1 - Destruição do metabolismo S-N pelo capital.....	32
Figura 2 - Espaços de construção dos 4S's	37
Quadro 2 - Sexo e Faixa etária dos Sujeitos participantes do estudo	53
Quadro 3 - Esquema do caminho metodológico percorrido para cada objetivo da pesquisa.....	60
Quadro 4 - Matriz de Processos Críticos	61
Quadro 5 - Plantas e ervas medicinais utilizadas no Castainho	104
Figura 3: Imagem desenhada por Dandara.....	115
Figura 4: Imagem desenhada por Oxalá	118
Figura 5: Imagem desenhado por Acotirene.....	122
Figura 6 - Matriz de processos críticos: sustentabilidade no Castainho	125
Figura 7 - Rede de drenagem de Garanhuns - PE.....	126
Figura 8 - Nascente Pau Pombo.	127
Figura 9 - Matriz de processos críticos: Soberania no Castainho.....	131
Figura 9 - Matriz de processos críticos: Soberania no Castainho.....	132
Figura 11 - Matriz de processos críticos: Solidariedade no Castainho	144
Figura 12 - Esquema teórico para a construção da saúde.	151

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

USF	Unidade de Saúde da Família
Metabolismo S-N	Metabolismo sociedade – natureza
DSS	Determinação social da saúde
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde
FCP	Fundação Cultural Palmares
CAPSs	Centros de Apoio Psico Social
CEO	Centro Especializado em Odontologia
NASG	Núcleo de Assistência à Saúde de Garanhuns
ACSs	Agentes Comunitários de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CC	Círculo de cultura
DSC	Discurso do sujeito coletivo
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
IPES-Food	International Panel of Experts on Sustainable Food Systems
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
ESF	Equipes de Saúde da Família
CPT	Comissão Pastoral da Terra
ETA	Estação de Tratamento de Água
CPRH	Agência Estadual de Meio Ambiente
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PPQ	Plano Pernambuco Quilombola
DPA	Departamento de Proteção ao Patrimônio Afro-Brasileiro

UPE	Universidade de Pernambuco
IFPE	Instituto Federal de Pernambuco
UAG-UFRPE	Unidade Acadêmica de Garanhuns da Universidade Federal Rural de Pernambuco
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
PICs	Práticas integrativas e complementares
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	NECESSIDADES EM SAÚDE	20
3.2	A DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA: BASES PARA COMPREENSÃO DA COMPLEXIDADE EM SAÚDE .	27
3.2.1	Reprodução social	28
3.2.2	Metabolismo social ou metabolismo sociedade-natureza (metabolism S-N)	30
3.2.3	Interculturalidade	33
3.2.4	Determinação Social da Saúde	34
3.3	QUILOMBOLAS E MODO DE VIDA	40
4	METODOLOGIA	49
4.1	ÁREA E PERÍODO DE ESTUDO	50
4.1.1	Quilombo do Castainho	50
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA	52
4.3	COLETA DOS DADOS	54
4.3.1	Círculos de Cultura	54
4.3.2	Entrevistas em profundidade	58
4.3.3	Observação participante e Diário de Campo	58
4.3.4	Pesquisas documentais/ Dados secundários	59
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	59
4.4.1	Matriz de Processos Críticos	60
4.4.2	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	61
4.4.3	Análise de conteúdo	62
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	65
5.1	SAÚDE QUILOMBOLA: CONCEPÇÕES EM SAÚDE	65
5.1.1	Saúde é ter uma alimentação segura e de qualidade	67
5.1.2	Saúde tem a ver com trabalho	69
5.1.3	A terra é a nossa saúde	71
5.1.4	Práticas populares do cuidado em saúde	73
5.2	NECESSIDADES EM SAÚDE PARA OS QUILOMBOLAS	79
5.3	ELEMENTOS DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NO CASTAINHO	83
5.3.1	Mãe terra e saúde	84

5.3.2	Modo de vida tradicional: cultura e práticas em saúde.....	93
5.3.3	Racismo, Resistência e Saúde.....	111
5.4	MATRIZ DE PROCESSOS CRÍTICOS: OS 4 'S' PARA A VIDA	124
5.4.1	Sustentabilidade	124
5.4.2	Soberania.....	131
5.4.3	Solidariedade	138
5.4.4	(Bio)Segurança – Ser saudável.....	144
5.4.5	Promover processos críticos protetores à saúde	147
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
6.1	PROMOVER A SUSTENTABILIDADE PASSA PELA LUTA POR TERRITÓRIO.....	151
6.2	PROMOVER A SOBERANIA É A DEFESA DA CULTURA QUILOMBOLA.....	152
6.3	PROMOVER A SOLIDARIEDADE É COMBATER O RACISMO.....	153
	REFERÊNCIAS	155
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	169
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	170
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA (PREFEITURA DE GARANHUNS)	172
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO QUILOMBOLA DE CASTAINHO.....	173
	ANEXO C –PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	174
	ANEXO D – CONFIRMAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO	178

1 APRESENTAÇÃO

Ingressei como docente na Universidade de Pernambuco em 2013, na área de saúde coletiva, para lecionar para o curso de medicina do campus Garanhuns. Trata-se de um município no agreste de Pernambuco com uma população de aproximadamente 130 mil habitantes e que possui em seu território 6 comunidades quilombolas reconhecidas pela Fundação Palmares.

Busquei nesse mesmo ano conhecer as comunidades quilombolas e realizei o primeiro acolhimento dos estudantes (calouros) de medicina em uma das comunidades (ocorre até a presente data), com a presença das lideranças quilombolas das demais comunidades. Daí iniciou uma parceria, onde construímos juntos projetos de extensão, hoje programa de extensão chamado “Um pé de saúde: UPE quilombola”, o qual coordeno.

Conseguimos, também, aprovar 10 vagas para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo para os Territórios Quilombolas, com a primeira turma em 2015 na Unidade de Saúde da Família (USF) de Estivas, que cobria as comunidades quilombolas de Estivas, Castainho e Tigre. No ano seguinte, mais 10 residentes na USF de Iratama, cobrindo as comunidades quilombolas de Timbó e Estrelas. Coordenei essa residência por 2 anos.

Esses projetos me proporcionaram uma maior aproximação com o movimento quilombola, sendo reconhecida pelas lideranças, passando a realizar intervenções locais em algumas comunidades.

Esta tese de doutorado é originária de minha inquietação frente ao resultado obtido por meio do diagrama de Venn, uma das técnicas do DRP (Diagnóstico Rural Participativo) que permite que as comunidades façam o seu próprio diagnóstico, realizado na comunidade em estudo no ano de 2015. A técnica foi aplicada pelos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo, na Comunidade Quilombola do Castainho. Eu estava presente nesse momento e o que mais me chamou atenção foi os representantes da comunidade terem colocado a Unidade de Saúde da Família que atende ao território como algo de pouca importância e distante da comunidade.

Esse fato foi definidor em minha decisão de pesquisar sobre a saúde da comunidade quilombola, pois me fez refletir sobre o atendimento e acesso que estava

sendo prestado à população quilombola daquele local, que possivelmente não atendia as suas reais necessidades em saúde. Com essa reflexão inicio a construção desta tese, buscando compreender as especificidades e necessidades em saúde dos quilombolas do Castainho, com o objetivo de analisar os processos de determinação social da saúde nessa comunidade.

2 INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais em saúde são ainda uma realidade bastante presente na sociedade brasileira. Elas provocam injustiças e colocam alguns grupos em desvantagens em relação a se manterem saudáveis. As desigualdades sociais em saúde, segundo Barata (2009, p.11), “são diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia e trabalho”.

De acordo com Almeida-Filho (2010), as desigualdades estão relacionadas às principais diferenças dimensionais entre os membros de uma população, sendo elas sistêmicas e evitáveis. Porém, quando essas diferenças, além de desnecessárias e evitáveis, são também desleais e injustas, chamamos de inequidade. Ou seja, refere-se à “ausência de justiça no que diz respeito a políticas distributivas sociais e de saúde” (ALMEIDA-FILHO, 2010, p.30). Nesta tese, utilizaremos o termo “Iniquidade”, pois ao trabalharmos com uma comunidade quilombola, estamos trabalhando com um povo que historicamente foi perseguido e marginalizado e até hoje sofre com o racismo e a exclusão social em vivências de iniquidade:

[...] corresponde a inequidades que, além de evitáveis e injustas, são indignas, vergonhosas, resultante de opressão social (segregação, discriminação, perseguição) na presença de diversidade, desigualdade, diferença ou distinção. Trata-se de ausência extrema de equidade, decorrente do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradores de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis (ALMEIDA-FILHO, 2010, p.30).

Em uma sociedade estruturalmente desigual, as diferenças presentes em grupos minoritários se expressam no cotidiano como vivências de exclusão. A sociedade capitalista é nutrida pelas iniquidades que produzem diferenças nas condições de vida e se expressam nos diferentes perfis de saúde, doença e de atenção à saúde. Elas são geradas, primordialmente, pela apropriação do poder, ou seja, pela apropriação privada das riquezas que originam uma divisão de classes sociais, pela apropriação patriarcal do poder - expressas nas diversas formas de discriminação de gênero; e pela apropriação por parte de grupos étnicos situados em posição de vantagem aos demais (como no caso do eurocentrismo) - expresso nas diversas relações coloniais produzidas pelo racismo (BREILH, 2008).

Esta discussão é a base para a compreensão da determinação social, que não se interessa apenas por estilos de vida insalubres e sim por compreender os modos

de vida em iniquidade, vivenciados em uma sociedade injusta e assimétrica em suas distribuições de recursos e poder (BREILH, 2010).

O presente estudo encontra-se no paradigma da Determinação Social da Saúde. Este faz interface com o Materialismo Crítico, a Economia Política e a Ecologia Política, buscando acompanhar o histórico esforço dos povos por “derrotar e desmontar” o atual sistema de acumulação de capital, que promove a destruição da natureza, a exclusão social e o adoecimento. Esse paradigma é formulado a partir da perspectiva da emancipação social, buscando a transformação integral da sociedade capitalista e o vigor pleno dos quatro itens da vida: sustentabilidade, soberania, solidariedade e saúde/biossegurança integral (BREILH, 2014).

A determinação social da saúde é um aspecto da determinação social dos indivíduos e da vida humana. As relações peculiares, os meios materiais e espirituais a que os indivíduos acessam durante suas vidas são definidores das possibilidades de vida de cada um e formadores das características das existências individuais e coletivas, inclusive relacionadas à saúde. Assim, definem a exposição a agentes e circunstâncias que também determinam nossa saúde (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

As relações econômicas e macrossociais são macrodeterminantes que se fazem presentes na vida de cada indivíduo a partir de mediações, e caracterizam condições comuns de existência dos distintos grupos sociais. As características sociais gerais, as condições materiais de produção, bem como a posição de cada indivíduo na sociedade são a base para o padrão sanitário de um povo e de cada indivíduo especificamente. A vulnerabilidade em populações carentes é ampliada pela dificuldade no acesso à políticas públicas, como, por exemplo, educação e saúde (FLEURY- TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Dessa forma, para compreendermos as necessidades de saúde de uma determinada população, no nosso caso, a quilombola, e sua relação com a saúde, devemos analisar a partir do olhar da determinação social da saúde. O processo de formação desses povos, a história de vida das pessoas individualmente e como parte integrante de um coletivo dizem muito do significado da saúde para essa população. Faz-se necessário entender os diferentes contextos, em que o global, o particular e o singular estão integrados, conformando uma relação dialética de uma realidade unitária, onde a determinação social da saúde se produz (ARREAZA, 2012).

Dessa forma, o cuidado em saúde dessas populações aponta para o acolhimento dos diferentes saberes, para o respeito às individualidades e para o olhar sistêmico, trazendo a determinação social da saúde como foco.

As comunidades quilombolas são frutos de um processo histórico de resistência contra a ideologia racista que escravizou, desumanizou e objetificou o negro, tendo início com a colonização das terras brasileiras e estende-se até os dias de hoje, com a busca pelo reconhecimento e titulação de suas terras (FERNANDES, 2016).

Essas populações carregam uma história de privação, injustiça e invisibilidade perante a sociedade e o poder público. Dessa forma, os quilombolas possuem processos determinantes de sua saúde relacionados com a história do seu povo, suas histórias de vida e seu território. Estão, assim, subsumidos a um sistema excludente, que não respeita sua cultura e modo de vida e que ainda os impõe uma outra forma de viver.

Mesmo diante deste cenário de injustiça, os quilombolas continuam resistentes, buscam manter suas redes de solidariedade, suas tradições e a relação com a natureza, que a partir da teoria da Determinação Social da Saúde, pode se denominar como autonomia relativa. E é nessa relação dialética que vão se construindo processos protetores e destrutivos à saúde que é determinada no espaço singular (referente aos indivíduos e famílias), no particular (no nosso caso na comunidade) e no geral (por meio das políticas de Estado).

Nesse sentido, este estudo será conduzido a partir da seguinte pergunta orientadora: **como se expressa o processo de determinação social da saúde na comunidade quilombola do Castainho no agreste pernambucano?** Tendo como objetivo geral: **Analisar os processos de determinação social da saúde na comunidade quilombola do Castainho, Garanhuns/PE.**

Assim, para responder a esse objetivo, buscamos: caracterizar as concepções em saúde dos quilombolas; identificar suas necessidades em saúde; identificar os elementos de determinação social da saúde percebidos por eles e; analisar os processos protetores e destrutivos, nas dimensões singular, particular e geral em relação aos 4 'S'¹ da vida.

¹ Os 4 'S' são a Sustentabilidade, Soberania, Solidariedade e Ser saudável, referentes aos elementos essenciais a vida e à saúde, discutidos por Breilh (2014), que serão apresentados mais a frente, no referencial teórico.

Este estudo se faz importante no reconhecimento das necessidades e práticas em saúde nos quilombos, contribuindo para discussões sobre saúde entre os quilombolas, fortalecendo sua participação nas decisões referentes à saúde e vida desses povos.

Como vem sendo discutido através dos ideais da promoção da saúde, apenas o consumo de serviços sanitários não produz saúde, o que não tira a importância desses serviços. Porém, os mesmos são insuficientes para responder às inúmeras e complexas causas de sofrimento da população, que estão para além do paradigma biomédico. Portanto, nesse estudo, tomaremos como referencial teórico e metodológico a Determinação Social da Saúde, buscando compreender as relações socioambientais dos agravos e problemas de saúde da comunidade quilombola enquanto um campo de luta e garantia de direitos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Como base para as discussões desse estudo, temos como base teórica o debate sobre as Necessidades em saúde, no tópico 3.1. No tópico 3.2 aprofundaremos o debate sobre a Determinação Social em Saúde no contexto da Epidemiologia Crítica: bases para compreensão da complexidade em saúde. E no terceiro e último tópico desse capítulo aprofundaremos o debate sobre quilombolas e modo de vida.

3.1 NECESSIDADES EM SAÚDE

A saúde é resultante do conjunto de experiência social, seja ela relacionada a organização da vida cotidiana, a sociabilidade, a afetividade, a subjetividade, cultura e ao lazer, assim como está relacionada, também, às relações com a natureza. Dessa forma, a saúde pode ser singularizada em cada sentir e vivenciada num corpo (SILVA JUNIOR, 2006), porém não pode ser separada das condições de vida, estando relacionada ao controle sobre os processos de reprodução da vida social (SAMAJA, 2000).

A situação de saúde de uma determinada população está relacionada ao conjunto de problemas de saúde assumidos como relevantes e traduzidos a partir da perspectiva de um ator social (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Compreende-se problemas de saúde como o estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, profissional de saúde ou coletividade, sendo as necessidades de saúde sua tradução em termos operacionais (SILVA et al., 2007). De acordo com Egry e Oliveira (2008), são considerados problemas de saúde apenas aquelas necessidades que atingiram um alto grau de “legitimação, normatização e consenso”.

As visões dos diferentes atores (gestores e trabalhadores de saúde, pesquisadores, movimentos sociais e população em geral) nem sempre serão coincidentes em relação ao que são problemas (SILVA et al., 2007). Portanto, a visão que se tem de um determinado problema de saúde, varia de acordo com a posição dos diferentes sujeitos na estrutura das relações sociais (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011). Dessa forma, a descrição e explicação de uma situação de saúde

depende do sujeito e da posição social em que este se encontra (CASTELLANOS, 1990).

Pensar o processo saúde no âmbito da determinação de classe significa torná-lo indeterminado, pois é no nível singular que ele se expressa, sendo um processo relacionado ao indivíduo. A partir da luta de classes, o perfil de morbi-mortalidade, bem como das causas, fatores ou forças destrutivas para a vida de certos grupos e estratos sociais se manifestam, ou seja, certas patologias incidem com maior ou menor frequência em determinados estratos ou grupos da população (STOTZ, 1991).

O olhar, do ponto de vista histórico, é central para a luta social, pois todo indivíduo é um ser social, e ele o é por pertencer a um determinado grupo, seja familiar, de amigos, grupo religioso, de gênero, sexualidade, classe, raça/etnia, etc. Os “sujeitos coletivos” são constituídos a partir de demandas sociais, sendo estas expressões de carências ou “necessidades” de uma determinada população ou grupo, geradas pela organização e modo de produção da sociedade (STOTZ, 1991).

Nesse sentido, as necessidades referem-se a sujeitos coletivos, não havendo, assim, necessidades individuais descoladas da luta de classe, de gênero e étnico-raciais.

[...] São mais do que a ‘falta de algo’ para se ter saúde. Limitadas a esta dimensão, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo (e mente) ‘disfuncional’ ou ‘inadaptado’. Pelo contrário, as necessidades de saúde, enquanto necessidades sociais dos indivíduos, como expressão histórica de movimento que assumem como iníquas certas condições sociais, são potencialidades. E são potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas (STOTZ, 1991, p. 450).

Elas se relacionam a aspectos históricos e sociais que envolvem dimensões do direito à saúde, da garantia de sobrevivência do sujeito, e a elementos relacionados à determinação social da saúde. Segundo Agnes Heller (1986), necessidade é definida como um “*deseo consciente, aspiración, intención dirigida en todo momento hacia un cierto objeto y que motiva la acción como tal*”. O objeto citado pela autora é um produto social, podendo se tratar de mercadorias, de um modo de vida ou de outro ser humano (HELLER, 1986, p. 170).

Para melhor compreensão das necessidades em saúde, a autora apresenta três categorias: As necessidades naturais, as necessidades socialmente determinadas e as alienadas (HELLER, 1986). A primeira encontra-se no campo biológico, ou seja, das necessidades físicas, sendo conhecidas também por

necessidades necessárias (HELLER, 1986). Estas são de grande importância, pois são responsáveis por manter os seres humanos vivos. Estão relacionadas ao instinto de autoconservação e preservação da espécie, portanto, são ontologicamente primárias, abrangendo as necessidades sexuais, de alimentação, abrigo e segurança, de contato social, cooperação e a necessidade de atividades (HELLER, 1996). Porém, “não podem ser consideradas estritamente naturais, pois estão sujeitas a interpretações em um contexto social determinado” (OLIVEIRA, 2012, p. 403).

O ser humano, para sua existência, relaciona-se com a natureza por meio do trabalho, portanto, as necessidades humanas são ao mesmo tempo naturais e sociais. As necessidades humanas, mesmo as necessidades relacionadas a sobrevivência, não podem ser chamadas puramente de naturais, pois para serem satisfeitas exigem capacidades que fazem do ser humano um ser sócio-histórico. Assim, Heller passou a chamá-las de necessidades “necessárias” (HELLER, 1996).

A segunda categoria, das necessidades socialmente determinadas, ou seja, as necessidades propriamente humanas, estão relacionadas à liberdade, atividade cultural, a reflexão, a autonomia, a autorealização e a autodeterminação, a amizade, a atividade moral, as aspirações, entre outros. Não se limitam a garantia da sobrevivência, sendo ao mesmo tempo pessoais e sociais. Por exemplo, o desejo de possuir algo, porém este objeto desejado corresponde a certa objetivação social (HELLER, 1996). Dessa forma, as necessidades sociais podem ser analisadas a partir do olhar das necessidades ou da vida em sociedade (EGRY; OLIVEIRA, 2008).

As necessidades, sejam elas necessárias ou propriamente humanas, não são fixas, pois, ao serem satisfeitas, transformam-se e expandem-se, carregando consigo características das primeiras necessidades satisfeitas, sendo, portanto, produtos históricos, pois permitem que o ser humano se reproduza como tal (OLIVEIRA, 2012). No entanto, segundo Heller (1986), mesmo as necessidades naturais são necessidades sociais, pois, apesar de se referirem à conservação e à reprodução da vida, suas formas de satisfação dependem de costumes, cultura e valores, variando histórica e socialmente.

A terceira categoria de necessidades, aludidas por Agnes Heller, são as necessidades alienadas, referentes às necessidades criadas pelo capitalismo, relacionadas à acumulação de riquezas, ou seja, à busca por poder, dinheiro e posse de objetos. São parte integrante da construção dos sentidos e das motivações das pessoas (HELLER, 1996).

A busca por sua satisfação é inesgotável, pois no capitalismo há uma criação infinita de necessidades, reforçando a insatisfação que se expressa como carecimento, geralmente de algo material. Portanto, segundo a autora, é a satisfação das necessidades necessárias e das propriamente humanas que levam a melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas (HELLER, 1996).

Para Breilh (2006), as necessidades básicas, sejam elas de ordem biológica ou psíquica, mudam de acordo com as relações históricas vividas pelos indivíduos. Essas modificam seu fenótipo e seu psiquismo, se mantendo como padrões de reprodução social. Dessa forma, as necessidades necessárias e as socialmente determinadas também sofrem influência do sistema capitalista, que determina os modos de vida dos grupos e estilos de vida dos indivíduos e famílias.

Ainda segundo o autor, podemos subdividir os processos básicos em fisiológicos e da consciência:

Entre os primeiros surgem necessidades como o consumo alimentar adequado à atividade e ao meio ambiente, por exemplo, que se incluem entre as atividades humanas universais ou básicas [...]. O mesmo se pode dizer de uma necessidade básica como a de trabalhar num local sem estressores físicos e sem processos destrutivos. No primeiro caso, o da necessidade de alimento, embora esse processo seja realizado por indivíduos, em uma última instância, não obedece unicamente a uma Liberdade ou uma opção individual [...] mas é profundamente determinado pelo contexto social; do mesmo modo, pode-se dizer que no segundo caso, o do trabalho livre de estressores e processos destrutivos, é evidente que também isso não é produto de uma restrição ou uma agressão que condicione a necessidade de uma pessoa isolada, mas faz parte de um modo de vida que pertence a um conjunto social (BREILH, 2006, p. 174)

Os modos de criação e reprodução das necessidades possuem estreita ligação com as formas de produção e circulação dos bens produzidos. Dessa forma, estão ligados as maneiras de satisfazer as necessidades, ou seja, são determinados pelo poder hegemônico de mercado. Portanto, a ligação e realização da necessidade com sua forma de resposta social não pode ser explicada apenas no âmbito individual (BREILH, 2006). No entanto, também é importante saber que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas, ou seja, cada indivíduo tem uma necessidade de saúde que foi construída a partir de suas vivências e experiências coletivas ao longo da vida (CECÍLIO, 2001).

É na ordem individual ou micro (gênese) que as necessidades em saúde são geradas, porém se reproduzem na ordem social ou macro (reprodução social) (SAMAJA, 1993). O padrão de consumo é determinado no âmbito individual e da

família, por meio de seus estilos possíveis e desejáveis de vida, ou seja, por meio de suas preferências e limitações. Estes se manifestam em espaços sociais, sendo condicionados pela economia, política e cultura, que influenciam de formas diferentes cada classe social e suas relações étnicas e de gênero (BREILH, 2006).

Dessa forma, o individual e o coletivo mantêm uma relação dialética, na qual o indivíduo é um ser social, pertencente a um determinado grupo que o influencia. Portanto, as necessidades de saúde são necessidades ao mesmo tempo individuais e coletivas dos sujeitos. Assim, entendemos que as necessidades de saúde do sujeito individual estão fortemente integradas as suas relações sociais e coletividades (STOTZ, 1991).

Cecílio e Matsumoto (2006, p.38) concluem, a partir da compreensão trazida por Stotz, que “[...] necessidade de saúde não é conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado ‘livre’, abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela ‘estrutura’ social colocada de forma genérica”.

Podemos afirmar, assim, a partir de Stotz (1991), que necessidades de saúde são necessidades individuais humanas, sendo também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, sendo justas e injustas, pois são reflexo de uma sociedade historicamente dada. Este conceito situa-se “[...] no contexto das relações sociais de produção e das lutas econômicas, políticas e ideológicas de classe” (STOTZ, 1991, p. 120).

Buscando apreender a mediação fundamental que leva o conceito de necessidades de saúde ao da prática social da saúde, é necessário traçar o caminho do pensamento que vai do abstrato, ou seja, da totalidade da sociedade, para o concreto. As determinações concretas do conceito podem ser alcançadas quando pensamos a interação dos níveis A e B, do quadro 1 (STOTZ, 1991).

Quadro 1 – Necessidade de saúde e os níveis de análise

Nível do fenômeno/Nível da análise	Micro social (A)	Macro social (B)
Sociedade	Ação	Estrutura
Grupos sociais	Demandas Sociais	Ofertas do sistema institucional administrativo
Indivíduos	Necessidades	Normas

Fonte: Stotz (1991, p. 153).

São evidenciados problemas na interação entre A e B, pois muitas vezes não há correspondência entre os elementos presentes no mesmo nível de análise, ou seja, no micro social, entre necessidade-demanda-ação, e no macro social, entre norma-oferta-estrutura (STOTZ, 1991).

Como dito anteriormente, as necessidades em saúde são individuais, biológicas, social e historicamente determinadas. São também dinâmicas e cambiantes (SILVA et al., 2007; STOTZ, 1991), “são, essencialmente, um produto do movimento das opções individuais em meio ao movimento determinante do coletivo” (BREILH, 2006, p. 177).

Elas não se referem apenas às necessidades médicas ou problemas de saúde como doenças; nem se remetem somente à conservação da vida, mas englobam também as vulnerabilidades, estas aqui compreendidas como determinantes nas escolhas e percursos de cuidado, bem como, na determinação das necessidades em saúde, que expressam modos de vida e identidades.

Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, as necessidades devem estar articuladas às necessidades sociais, que são heterogêneas e originam-se da reprodução da vida em sociedade. Embora sejam determinadas e construídas socialmente, podem ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011, p. 20).

Nesse sentido, é importante identificar qual a posição dos diferentes sujeitos na estrutura de poder em saúde, assumindo, assim, uma visão policêntrica de suas necessidades em saúde (TEIXEIRA, 2002). Esta, expressa a cultura, os valores, os projetos e desejos dos sujeitos individuais e coletivos.

As desigualdades sociais, ainda bastante presentes em nosso país, implicam uma diferenciação no padrão epidemiológico e de necessidades sociais de saúde. Estas não se limitam aos aspectos fisiopatológicos; são entendidas enquanto necessidades sociais mais gerais dos indivíduos (STOTZ, 1991).

Assim, as necessidades de saúde, bem como as demais necessidades humanas, situam-se entre natureza e cultura, referindo-se à realização de um projeto de vida, que leva progressivamente a humanização do indivíduo, portanto não dizem respeito apenas à conservação da vida (EGRY; OLIVEIRA, 2008).

De acordo com Oliveira (2012), as necessidades abrangem as dimensões física, psíquica, afetiva, social, cultural e política. São reconhecidas como problemas de saúde ou demandas, quando validadas socialmente, sendo assim expressas por

meio de “leis, normas, políticas, instituições e reivindicações de grupos sociais”. Porém, muitas vezes, as necessidades de saúde são transformadas em doenças pelo saber que orienta o cuidado em saúde, ou seja, são os profissionais de saúde, formados dentro de um modelo biomédico ainda hegemônico em nossa sociedade, que transformam as necessidades de saúde das pessoas em doenças, simplificando algo que é complexo (STOTZ, 1991). O sistema de saúde, por sua vez, reconhece e legitima algumas necessidades sociais em detrimento de outras e cria novas necessidades (EGRY; OLIVEIRA, 2008), desenvolvendo uma prática de normatização das vidas e das formas de cuidado, reproduzindo, assim, a lógica do capital.

Embora as necessidades de saúde sejam sentidas individualmente, o sistema social as considera de forma abstrata, como por exemplo, por meio de indicadores em saúde (demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, entre outros). Ao priorizar alguns indicadores, está privilegiando determinadas condições de saúde em detrimento de outras, descontextualizando as pessoas da determinação do seu processo de vida e saúde (STOTZ, 1991).

Assim, a satisfação das necessidades sociais ou coletivas são determinadas pelas instituições, que selecionam o que pode ou não ser reconhecido como necessidade. Geralmente, usam como argumento para justificar as escolhas “uma necessidade social ‘mais geral’, como totalidade, média ou tendência de desenvolvimento de necessidades consideradas iguais” (STOTZ, 1991, p.134), sendo esta uma forma de colonização das vidas e submissão aos preceitos modernos de tratamento.

Essa seleção das necessidades pelas instituições reflete-se em programas verticais que não atendem as diferentes necessidades dos diversos grupos sociais, reduzindo, assim, as necessidades de saúde a perspectiva biológica da doença (EGRY; OLIVEIRA, 2008). Essa redução, bem como “a implicação econômica dos programas e a exclusão da qualidade de vida como critério de avaliação, constituem expressões institucionais da consciência social alienada da saúde enquanto necessidade social” (STOTZ, 1991, p. 135).

Essa redução das necessidades como um problema individual, ou seja, ligado ao consumo e vontade pessoal, adquire uma importância para o capital, pois assim “os cidadãos e cidadãs deixam de ser ‘detentores de direitos’ e se transformam em ‘clientes’ [...], a necessidade substitui o direito e a distribuição insuficiente de serviços” (BREILH, 2006, p. 176). Dessa forma, as necessidades são reduzidas aos interesses

do Sistema hegemônico e os indivíduos ficam subordinados ao padrão dominante imposto pelo cuidado médico estabelecido institucionalmente e que não leva em consideração suas experiências concretas de vida. Assim, suas necessidades, em sua grande maioria, não se traduzem em demanda aos serviços de saúde (SILVA et al., 2007; STOTZ, 1991).

Entendemos, assim, que se pode apreender o conceito de necessidades de saúde a partir da problemática da constituição e da identidade social dos sujeitos na relação com o Estado (STOTZ, 1991), bem como na sua relação no espaço individual, comunitário e social (singular, particular e geral). Nesse estudo trabalhamos com uma comunidade quilombola que apresenta valores, crenças e desenvolve práticas que refletem sua história e determinam sua saúde, portanto, possuem necessidades de saúde específicas que precisam ser conhecidas e respeitadas pelas equipes de saúde e gestores, bem como incorporadas as políticas públicas. Conhecer suas necessidades de saúde é também compreender a determinação social da saúde dessa população.

3.2 A DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA: BASES PARA COMPREENSÃO DA COMPLEXIDADE EM SAÚDE

A Determinação Social da Saúde (DSS), é uma das categorias centrais da Epidemiologia Crítica. Desta forma, para compreender a DSS, é necessário compreender os princípios e caminhos trilhados pela Epidemiologia Crítica. O paradigma da Epidemiologia Crítica busca, por meio da integração popular-acadêmica, a estruturação de uma sociedade centrada na vida, na equidade e na plena biossegurança, denunciando a lógica econômica que escraviza e mata e procurando resgatar o profundo valor de uso das coisas, com respeito ao valor de troca. Dessa forma, sustenta que somente nesse quadro é possível libertar

la política de su papel de dominación y hegemonía para construir una auténtica y autárquica conducción público-social; liberar la cultura de su papel alienante que distorsiona, no solo la educación y las expresiones espirituales como el arte, sino aún recursos de la espiritualidad popular como la religión; y finalmente, liberar al ser humano de ese destructivo antropocentrismo que le hizo colocar a la madre naturaleza como instrumento poseído en lugar de ser la matriz de la vida (BREILH, 2014, p. 52).

A epidemiologia crítica reúne, assim, um conjunto de “condições, ideias e práticas” que compõem um movimento social e historicamente determinado nas dimensões individual, familiar e social (singular, partícula e geral), a fim de desvendar as raízes socioambientais dos problemas de saúde, que geram e reproduzem a acumulação do capital (BREILH, 2014).

Os componentes centrais da epidemiologia crítica são a Reprodução Social, o Metabolismo Sociedade-Natureza (S-N), a Interculturalidade e a Determinação Social da Saúde (BREILH, 2014).

3.2.1 Reprodução social

Quando falamos de reprodução social estamos falando da vida, dos bens necessários para a sobrevivência humana e da produção desses bens. Trata-se, tanto no sentido individual/grupal, quanto no sentido da sociedade em geral, da procriação e da reprodução da força de trabalho, estando, sociedade e indivíduo/grupo, inseparáveis, ou seja, a reprodução social total é inseparável da reprodução social grupal ou individual.

A divisão por classes sociais, gênero, etnia ou raça geram modos de vida e de reprodução social diferentes. Isto é fundamental na compreensão da produção social da saúde. As relações de trabalho do indivíduo, bem como o seu modo de vida, tipo de habitação, cultura, valores, forma de se alimentar (tipo e quantidade), estilo de vida e acesso aos meios de consumo estão relacionados com a forma de reprodução social da classe à qual esse indivíduo pertence, interferindo em sua saúde.

O modo de vida de um indivíduo tem sua formação inicial no interior de uma família, que é sempre de classe. O modo de vida é constituído pelas relações de trabalho e pelas características de consumo, sendo que o primeiro permite o segundo. A exceção está para as classes privilegiadas que não necessitam do trabalho e para as classes inferiores que não o acessam (VIANA et al., 2013, p. 134).

A reprodução social ocorre por meio de ciclos reprodutivos. Cada ciclo inclui mudanças em suas condições prévias e tende a conservar o mesmo tipo de existência, mas nunca repete o ciclo que acaba de cursar. Ou seja um ciclo reprodutivo conserva e supera seu ciclo anterior. “Esta é a simples razão pela qual toda reprodução é uma nova produção” (SAMAJA, 2000, p. 73).

Samaja (2000) apresenta quatro dimensões que são conteúdos fundamentais para a reprodução social. São elas: a reprodução biológica ou bio-comunal; a reprodução da autoconsciência e da conduta ou comunal-cultural; da reprodução econômica ou societal; e da reprodução ecológica-política ou estatal. Cada uma dessas dimensões, ou processos reprodutivos, contém os demais como condição para sua realização. Esta maneira de analisar o processo de reprodução nos permite descrever um sistema complexo, sem correr o risco de realizar uma descrição reducionista da complexidade (SAMAJA, 2000).

Na reprodução bio-comunal os membros de uma sociedade reproduzem diariamente suas condições de vida como organismos vivos sociais, ou seja, reproduzem seus corpos (biologicamente) e reproduzem suas redes de inter-relações construindo o meio comunal, onde encontram-se como indivíduos e produzem os novos membros da biocomunidade. É nesta dimensão que se forma a “comunidade de conviventes”, sendo este essencial para a vida humana, porém, existe de forma rudimentar em algumas formações animais sociais (SAMAJA, 2000).

Já a reprodução da autoconsciência e da conduta humana refere-se ao ser humano como produtor de cultura, ou seja,

de redes simbólicas de elaboração e transmissão de experiências e aprendizagem, supõe o desenvolvimento de um Sistema bastante complexo de admissão de crenças transmitidas e, portanto, a capacidade de interiorizar os outros em função da autoridade (*Outro*) e de discriminar-se dos demais como uma singularidade pessoal (SAMAJA, 2000, p. 77).

Esta dimensão, reprodução da autoconsciência e da conduta, é comumente caracterizada por dois conceitos que se relacionam ao seu conteúdo: a socialização primária, que está relacionada ao processo formativo desenvolvido no âmbito familiar; e a socialização secundária, que é a educação que está a cargo das estruturas sociais ou estatais, por exemplo, a escola (SAMAJA, 2000).

A reprodução econômica ou societal tem como objetivo a produção e permuta dos bens em “[...] todas as suas escalas de mediação que, posteriormente, incorporam-se à reprodução biológica e à reprodução da autoconsciência e da conduta” (SAMAJA, 2000, p. 79). Esta dimensão engloba o trabalho humano e os momentos de produção, distribuição e intercâmbio.

A última dimensão da reprodução social, a reprodução ecológico-política, aponta para o reestabelecimento das relações de interdependência dos indivíduos e

grupos humanos entre as condições ambientais, as relações sociais, as comunais-culturais e entre as relações bio-comunais (SAMAJA, 2000).

Na esfera communal-cultural podemos observar os quatro processos reprodutivos. Esta esfera tem a importante tarefa de preservar a reprodução bio-comunal da qual origina-se, porém, está regulada pela reprodução da autoconsciência e da conduta.

3.2.2 Metabolismo social ou metabolismo sociedade-natureza (metabolism S-N)

Um segundo importante componente da Epidemiologia Crítica é o metabolismo social ou metabolismo sociedade-natureza (metabolismo S-N). Trata da relação entre a natureza externa e a sociedade humana. Foi um conceito desenvolvido por Karl Marx e trabalhado por muitos outros autores como, exemplo, Foladori (2001). Para este autor, Marx qualifica o termo metabolismo social como sendo o processo de transformação da natureza externa pela sociedade humana e ao fazê-lo, transforma também sua natureza interna. Assim, a atividade de transformação da natureza externa refere-se ao processo de trabalho, enquanto seu efeito sobre a natureza interna se revela de acordo com a maneira que se conformam as relações sociais de produção (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2017; FOLADORI, 2001).

O metabolismo S-N possui duas dimensões, sendo uma material e outra imaterial. A esfera material, ou visível, é aquela em que se inicia o metabolismo, ou seja, quando os seres humanos, organizados em sociedade, apropriam-se dos materiais e energias naturais, e quando o mesmo é finalizado, quando são depositados os dejetos ou resíduos nos espaços naturais. Porém, entre estes dois fenômenos (input e output), ocorrem diversos outros processos nos quais as energias e matérias apropriadas circulam, transformam-se e são consumidas, sendo esta a dimensão imaterial (TOLEDO, 2013).

Assim, podemos representar o metabolismo S-N por meio de cinco fenômenos que são teoricamente e praticamente distintos: “la apropiación (A), la transformación (T), la circulación (C), el consumo (Co) y la excreción (E)” (TOLEDO, 2013, p. 47).

A apropriação (A) constitui a forma primária de assimilação de bens naturais para as necessidades biológicas da vida humana, ou seja, de água, materiais, energias e serviços que os seres humanos e seus artefatos requerem (energia

endossomática) e para a necessidade do conjunto social para manter-se e reproduzir-se (energía exosomática). Este processo pode ser realizado por um indivíduo, uma família, uma cooperativa, uma comunidade, ou mesmo por uma empresa, estatal ou privada, ao qual chamamos de unidade de apropriação (TOLEDO, 2013).

O processo de transformação (T) refere-se as mudanças produzida nos produtos extraídos da natureza, os quais não são consumidos em sua forma natural. Com o passar do tempo, T vem se tornando uma atividade cada vez mais complexa, passando do artesanal a manufatura e fabricação de produtos cada vez mais elaborados. Já o processo C, de circulação, surge quando as unidades de apropriação produzem mais do que consomem. A partir disso se inicia o intercâmbio econômico, ou seja, os elementos extraídos da natureza, transformados ou não, começam a circular (TOLEDO, 2013).

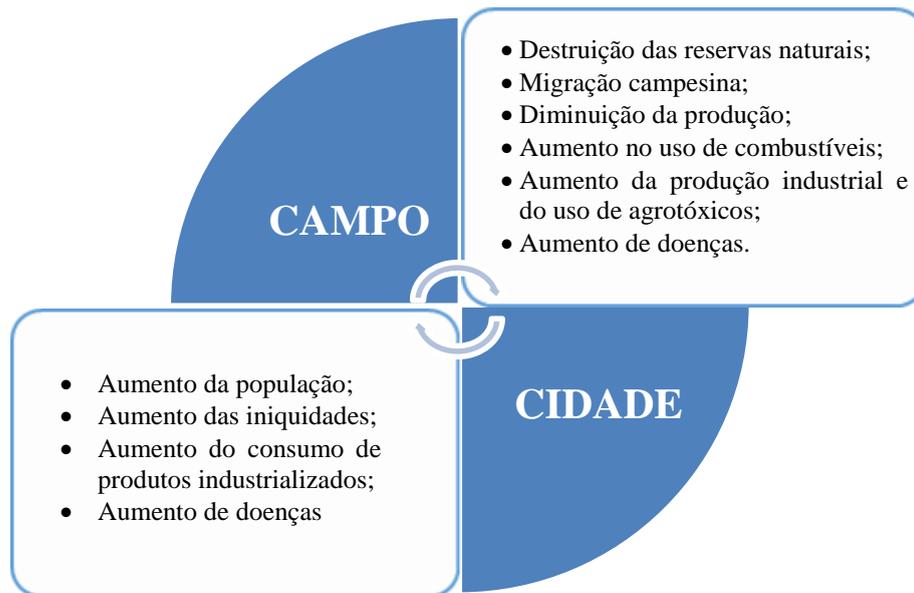
O fenômeno de consumo (Co) encontra-se presente em toda sociedade, independente de posição de classe. Este processo é entendido a partir da relação entre as necessidades do ser humano, social e historicamente determinadas, e os fatores de satisfação proporcionados pelos três primeiros processos (A+T+C). Entretanto, em muitas sociedades, como, por exemplo, a nossa, o consumo constitui um poderoso fator de demanda que incentiva e, em alguma medida, subordina os demais processos metabólicos. Por fim, o processo de excreção, que também encontra-se presente em toda sociedade e em todos os processos metabólicos, refere-se ao despejo de materiais e energia na natureza. É importante, ao estudar esse fenômeno, considerar a qualidade dos resíduos, ou seja, se são ou não recicláveis pela natureza, e sua quantidade, se excede ou não a capacidade natural de reciclagem (TOLEDO, 2013).

No século XXI, com a expansão e consolidação do capital, os espaços de vida se encolhem, surgindo de forma globalizada “novas e perigosas formas de ruralidade e vida urbana”. Ou seja,

o campo da agricultura deixa de ser uma atividade para a vida e alimentação dos sujeitos sociais, a natureza deixa de ser reserva dinâmica para o metabolismo da vida e passa a ser um meio gerador de mercadorias-agrícolas, comerciáveis (...). Por outro lado, os espaços urbanos, como dissemos, são multiplicados segundo a lógica dos grandes imóveis e outros capitais, suportando ademais uma conveniente segregação de espaços, (...) reafirmando a desigualdade e implicando um desperdício de energia e maior consumo de combustível (BREILH, 2019, p. 5).

O esquema abaixo (Figura 1), baseado em Breilh (2019), mostra a forma como o capital vem destruindo o metabolismo S-N, transformando a natureza em mero recurso de acumulação de capital, conformando, assim, um ciclo da morte, que destrói a natureza e a vida.

Figura 1 - Destruição do metabolismo S-N pelo capital



Fonte: A autora baseado em Breilh (2019).

A figura 1 representa, por meio das alterações nos espaços do campo e da cidade, um pequeno resumo do ciclo destrutivo que o capital gera para a sociedade e para a natureza, ciclo este que se realimenta de elementos nocivos. Com a apropriação irresponsável dos recursos naturais, o homem destrói as reservas naturais, impossibilitando a vida naquele ambiente, o que provoca a migração campesina para a periferia das cidades. Isso diminui a produção de alimentos de produção orgânica e da agricultura familiar, aumentando a produção industrial, o uso de agrotóxicos e o consumo de produtos industrializados, levando, conseqüentemente, ao aumento de doenças na população. Essa migração para a cidade tem como consequência o aumento da população e de pessoas vivendo em situação de pobreza, o que aumenta as iniquidades, que por sua vez levam também a elevação do número de doentes.

A apropriação privada da natureza, sendo esta vista apenas como produtora de bens comercializáveis, leva a comportamentos que são incompatíveis com a vida, destruindo o equilíbrio gerado pelo metabolismo S-N, necessário à vida.

3.2.3 Interculturalidade

Outro componente da Epidemiologia Crítica, que trabalharemos aqui, é a Interculturalidade, que significa

una lógica, pensamiento y práctica que trasciende las limitaciones e imaginarios tanto del pensamiento occidental como del multiculturalismo (...), señala y significa la construcción de conocimientos 'otros', de una práctica política, poder social y sociedad 'otros', y una forma 'otra', de pensar sobre y actuar con relación a y en contra de la modernidad/colonialidad (WALSH, 2012, p. 85).

De forma contextualizada e contemporânea, o uso e sentido do conceito de Interculturalidade pode ser explicado a partir de três perspectivas: a relacional, a funcional e a crítica (WALSH, 2012).

A perspectiva relacional refere-se, de forma geral e superficial, ao contato e intercâmbio entre diferentes culturas. Ela limita a Interculturalidade ao contato e às relações, não olhando para as estruturas sociais, econômicas, políticas, bem como as epistêmicas, que colocam as diferenças culturais em diferentes níveis hierárquicos.

A Interculturalidade funcional, segunda perspectiva, está baseada no reconhecimento da diversidade e diferença cultural, buscando incluí-las na estrutura social estabelecida, promovendo “el diálogo, la convivencia y la tolerância” (WALSH, 2012, p. 50), sendo esta Interculturalidade “funcional” ao sistema hegemônico, não questionando as causas que estão na base das desigualdades sociais e culturais. Essa perspectiva da Interculturalidade é compatível com a lógica do modelo neoliberal existente, pois apresenta-se como uma nova estratégia de dominação, controlando o conflito étnico e a conservação da estabilidade social (WALSH, 2012; 2009).

A perspectiva que adotamos nesse estudo é a da Interculturalidade crítica, que parte do problema estrutural-colonial-racial, e não apenas do problema da diversidade ou da diferença cultural em si, sendo questionadora do modelo social vigente. Significa, assim, o reconhecimento que a diferença é construída dentro de um sistema de matriz colonial, onde o poder é hierarquizado e racializado a partir dos brancos e

branqueados, que estão acima da pirâmide social, e os povos afrodescendentes e indígenas em patamares inferiores (WALSH, 2009; 2012).

Nessa perspectiva, a Interculturalidade é compreendida como “una herramienta y como proceso un proyecto que se construye desde la gente – y como demanda de la subalternidade” (WALSH, 2012, p. 92). Porém, de acordo com Catherine Walsh (2012), a Interculturalidade entendida de forma crítica ainda não existe, é algo a ser construído.

3.2.4 Determinação Social da Saúde

Por último, o quarto componente da Epidemiologia Crítica é a DSS. Esta é um aspecto da determinação social dos indivíduos, da vida humana. Não é completa uma ação para a saúde humana sem integrá-la à luta pela defesa da vida em geral, ou seja, a saúde coletiva precisa atuar no sentido mais amplo, expandindo a promoção e proteção da reprodução da vida na natureza (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

A DSS tem a política como componente essencial, podendo ter impacto real e significativo uma sobre a outra, sendo elas dimensões indissociáveis da prática e do saber humanos (FLEURY-TEIXEIRA e BRONZO, 2010). A saúde dos indivíduos e populações está diretamente vinculada ao ordenamento social, ou seja, a interatividade própria da existência de cada indivíduo origina-se a partir das características dos grupos sociais em que se inserem e que são determinadas pela sua inserção no ordenamento social.

Consideramos, então, a determinação social desde o seu nível mais amplo, das relações econômicas e macrossociais (definidas no plano mundial), até o nível mais particular, o de cada comunidade e indivíduo. As escolhas e atividades de cada pessoa constituem a última mediação na determinação social.

Isto quer dizer que a sequência de determinações sociais, desde as características mais gerais da sociedade, dos macrodeterminantes socioeconômicos globais, até as mais particulares, dos pequenos grupos e das relações interpessoais conformam as individualidades, mas essas são ativas na escolha de si, manifestam-se ativamente em suas escolhas e atos (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p.38).

Dessa forma, podemos afirmar que existe uma relação bidirecional entre os indivíduos e a totalidade social, pois os indivíduos, a vida individual humana, se constituem a partir das relações sociais em que eles se encontram, assim como ocorre

a constituição da sociedade, da totalidade das relações sociais a partir das escolhas e ações dos indivíduos (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

Nesse estudo tomaremos como referencial teórico e metodológico a Determinação Social da Saúde a partir dos estudos de Jaime Breilh (2010, 2011, 2013, 2014, 2017). Este autor trás os quatro “S” da determinação da vida - Civilização Sustentável, Soberana, Solidária e Saudável/Biosecura (BREILH, 2013). Esses devem ser compreendidos como princípios para uma sociedade da vida e sua relação com a saúde (BREILH, 2017).

Ao falarmos de **sustentabilidade** falamos de um conceito multidimensional, que acarreta um conjunto de premissas que permitem aos sócioecossistemas a sustentação de “una vida plena, digna, feliz y saludable” (BREILH, 2017, p. 306). Por outro lado, este conceito refere-se

a la productividad integral, que mide la fertilidad, la biomasa y nutrición; la capacidad de trabajo. y vivir dignificante; la recreación cultural e identitaria.; la organización solidaria y los soportes colectivos y relaciones armoniosas con la madre naturaleza (BREILH, 2017, p. 307).

Ainda segundo Breilh (2010), alguns elementos compõe a sustentabilidade, como a integralidade (entendida como algo que busca a conexão entre todas as dimensões do desenvolvimento), o intercultural (rompendo com às visões unilaterais e eurocêtricas); o “equilíbrio entre o passado-presente-futuro” (com proposito de avançar para a reconstrução do próprio sistema de necessidades); e a “adaptação do desenvolvimento às condições espaço e meio ambiente”.

O segundo “S”, o da **soberania**, tem como principal foco o alcance de um governo soberano, e que o seja também na agricultura, que seja autárquico e autossuficiente e que nos permita gerenciar nossas próprias políticas e decisões, inclusive as alimentares (BREILH, 2014). O Estado deve ser autonomo no desenho de suas políticas, normas e gestão, sendo ainda autossuficiente nos bens básicos, ou seja, basta-se a si mesmo. “Y todo lo anterior implica poseer el poder democrático, de un pueblo empoderado para tomar sus propias decisiones, decidir sobre los principios y normas que lo regirán y disponer de su territorio en convenciencia del bien común” (BREILH, 2017, p. 308)

Segundo o autor, a sustentabilidade em soberania é um conceito multidimensional que implica um conjunto de condições para que os

sócioecossistemas possam sustentar uma vida plena, digna, feliz e saudável (BREILH, 2013).

O terceiro "S" da vida é a **solidariedade**. Refere-se a justiça cultural, de gênero, étnica e racial (BREILH, 2014). Para a construção de uma sociedade solidária é necessário que a estrutura produtiva esteja organizada em torno da vida e do bem comum, onde haja distribuição de bens por meio de uma cota que proporcione o bem viver. Outro aspecto fundamental a uma sociedade de solidariedade é a idealização consciente e equitativa da necessidade de modo a não haver desperdícios e a realização plena das identidades e potencialidades de suas culturas, onde todos possam desfrutar do bem protetor da organização social, trabalhando juntos na construção de um sistema de direitos e responsabilidades que seja equitativo e justo (BREILH, 2010).

A citação seguinte apresenta alguns aspectos da solidariedade:

- Preeminência de direitos (humanos e naturais);
- Acesso a cota vida sustentável, justa, dignificada e segura;
- Consumo consciente e definição consensuada da necessidade;
- Manejo responsável do metabolismo S-N;
- Balanço dos recursos presente e futuro;
- Justiça cultural e identidade plena;
- Direito e capacidade para participar da condução público-social de políticas, gestão e movimento social;
- Direito a suportes e proteção social e comunitária;
- Direito a participar na expansão da justicialidade (BREILH, 2017, p. 308).

O último "S" da vida diz respeito a característica de ser **saudável/biosegu**ro. Para que uma sociedade seja considerada saudável é necessário que conte com a possibilidade de se ter modos de vida consolidados e aperfeiçoados em diferentes espaços sócio-culturais, priorizando processos protetores e suportes (coletivos, familiares e individuais) que conformem uma boa qualidade da vida biológica e psíquica. Não é possível uma sociedade saudável se não for também sustentável, soberana e solidária. Estas são condições prévias para aquela (BREILH, 2010; 2013). Assim, só poderemos falar sobre vida saudável e saúde pública, legitimamente reconhecida como saúde coletiva, quando os três primeiros "S" estiverem consolidados (BREILH, 2014).

Figura 2 - Espaços de construção dos 4S's



Fonte: Breilh (2013, p. 24)

Os 4S's para a vida devem ser construídos cotidianamente em todas as esferas da vida, ou seja, nos espaços de produção, de consumo, de organização, de construção da cultura, bem como nos espaços de relação com a natureza, conforme apresenta a figura 2. São nesses espaços que a saúde se produz e estes se reproduzem nas dimensões geral, particular e singular ou individual/familiar. Segundo Breilh (2010), a complexidade do objeto da saúde possuiu um movimento entre unidade e diversidade e em certos momentos e espaços atua como um sistema dinâmico aberto. Essa complexidade é reconhecida a partir de suas diferentes dimensões, conforme apresentado pelo autor:

Aspectos da determinação complexa da saúde

- Multidimensionalidade: a saúde engloba espaço "macro" e "micro"; as dimensões "geral" (G) / "particular" (P) / "singular" (S).
- Natureza contraditória do seu movimento: estruturas de reprodução e processos de geração; bem como a oposição de processos protetores e não saudáveis em todas as dimensões.
- Hierarquia e conexão: "subsunção" e "autonomia relativa".
- Identidade: comunhão (unidade) e diversidade.
- Sistema: aberto-irregular e fechado-regular (BREILH, 2010, p.109, grifo nosso).

Entender a saúde a partir de sua complexidade e de uma perspectiva integral é romper com a hegemonia biomédica e a lógica liberal da saúde. Assim, a saúde se

desenvolve como um processo concatenado entre as dimensões espaciais geral, particular e singular (BREILH, 2010).

O domínio do geral corresponde às políticas do Estado, à determinação do sistema de acumulação e de produção e aos processos gerais de cultura e determinantes epistêmicos. Já o domínio do particular está relacionado aos modos de vida dos grupos, com seus modelos de exposição a processos lesivos à saúde coletiva, e as vulnerabilidades grupais. Por último, o domínio singular refere-se aos fenotípicos e genotípicos de cada indivíduo, bem como a determinação do estilo de vida de cada um (BREILH, 2011).

Os processos de cada uma dessas dimensões tendem a reproduzir e conservar suas condições. Isto ocorre de maneira hierárquia, pois, apesar de terem suas margens de autonomia que lhes permitam gerar mudanças, os processos mais específicos e locais se encontram subsumidos nos processos mais gerais, ou seja, o biológico e o social estão conectados não apenas por um vínculo externo mas, também, por um essencial vínculo interno, dado pelo movimento de subsunção. Assim, “o biológico se desenvolve sob subsunção ao social” (BREILH, 2010).

No movimento de subsunção a dimensão mais simples se desenvolvem sob subsunção em relação aos mais complexos, porém, aquela (dimensão mais simples) possui autonomia relativa sobre esta (dimensão mais complexa) (BREILH, 2014).

Este mesmo processo acontece com a relação entre classes sociais, gênero ou grupos étnico-culturais, como no caso dos quilombolas, e os domínios gerais da reprodução social. Assim, tomando como exemplo a economia política, “o processo de acumulação de capital (domínio G) subsume os modos de vida das classes (domínio P) e estes subsumem os estilos de vida e condições de saúde individuais (domínio S)” (BREILH, 2010, p.110).

Para melhor compreensão da saúde de diferentes grupos sociais, com suas diferenças de classes sociais, com diferentes características e relações étnicas, de poder e de gênero, é necessário estudar, nos espaços sociais concretos (domínio P), seus modos de vida, e no espaço individual e familiar (domínio S), os estilos de vida. Nesse sentido, Breilh (2010) apresenta alguns elementos fundamentais para a compreensão do modo de vida e do estilo de vida dos sujeitos.

Modo de vida (grupal ou coletivo) - (condições e espaços estruturados, mudanças a longo prazo)

- a) Condições de trabalho grupais: posição na estrutura produtiva; padrões de trabalho.
- b) Qualidade e desfrute dos bens de consumo do grupo: tipo de contingente; construções de necessidade; sistemas de acesso; padrões de consumo.
- c) Capacidade objetiva do grupo de criar e reproduzir valores culturais e identidade (classe para si próprio).
- d) Capacidade objetiva do grupo para empoderamento, organização e apoio de ações em benefício do grupo.
- e) Qualidade das relações ecológicas do grupo: relação com a natureza.

Estilo de vida (livre arbítrio individual, variabilidade diária, autonomia relativa)

- a) Itinerário típico pessoal na jornada de trabalho.
- b) Padrão familiar e pessoal de consumo: alimentação; descanso; villa; acesso e qualidade dos serviços; recreação.
- c) Concepções e valores pessoais.
- d) Capacidade pessoal de organizar ações em defesa da saúde.
- e) Itinerário ecológico pessoal (BREILH, 2010, p. 103, grifo nosso).

No âmbito dos modos de vida grupal e dos estilos de vida individuais são construídas formas de vida insalubres, bem como processos saudáveis e protetores. As relações de poder estão diretamente ligadas ao modo de vidas das pessoas, levando, assim, a diferentes formas de adoecimento nas diferentes classes sociais (BREILH, 2011).

Nesse sentido, os problemas de saúde não podem ser limitados apenas a fenômenos individuais, pois os fatores que levam as pessoas a adoecerem afetam potencialmente toda a comunidade e se produzem e se estendem por toda uma sociedade. Dessa forma, a saúde precisa ser compreendida em sua complexidade.

A determinação social nos ajudará a compreender os modos de vida e a forma de organização das populações quilombolas em estudo, permitindo uma visão detalhada das questões presentes nos espaços “macro” e “micro”, e como a saúde é reproduzida nos espaços geral, particular e singular, bem como se dá a relação entre eles.

Ao trabalharmos na perspectiva da determinação social da saúde, trabalhamos com o foco na matriz de tripla inequidade, ou seja, a inequidade referente as questões de classe, gênero e etnia. Dessa forma, esse estudo, ao trabalhar com uma comunidade quilombola, considera no mínimo dois elementos da inequidade, classe e etnia. Porém, se falarmos de mulher quilombola, estamos trabalhando com os três pilares da matriz de inequidade, pois esta carrega consigo todos os elementos da

inequidade social. Além disso, é uma comunidade que acumula a dificuldade de ser rural, agricultores, negros.

3.3 QUILOMBOLAS E MODO DE VIDA

A palavra quilombo, em sua etimologia bantu (Kilombo), significa acampamento guerreiro na floresta. No período colonial, quilombo era reconhecido como uma comunidade de negros escravizados que utilizavam da “fuga” como forma de resistência. A forma de organização quilombola já se fazia presente em grupos nos territórios de Angola e Zaire (grupos lunda, ovimbundu, mbundu, kongo, imbangala, etc.) (COMISSÃO PASTORAL DA TERRA, 2013; MUNANGA, 1996). Em terras coloniais tornou-se espaços de apoio mútuo entre os negros, de organizações e lutas pelo fim da escravidão no país e de resistência ao sistema escravista (MUNANGA, 2006).

Os escravizados revoltados ocuparam territórios brasileiros não povoados e geralmente de difícil acesso, os transformando em campos de iniciação à resistência, que eram abertos aos oprimidos da sociedade, sejam eles negros, índios ou mesmo brancos pobres, o que configurava os quilombos como um modelo de democracia plurirracial, o que o Brasil até hoje não conseguiu implantar (MUNANGA, 1996). Nestas comunidades, eles viviam de acordo com sua cultura africana, plantando e produzindo em comunidade (PERNAMBUCO, 2016).

Hoje, no Brasil, todas as regiões apresentam áreas remanescentes de quilombos. Entre os estados, só não se encontram comunidades quilombolas no Acre, Roraima e DF. Estima-se a existência de 3.900 comunidades quilombolas em todo o país, apresentando características regionais diversas. Destas, foram reconhecidas 2.474 comunidades, que passaram pelo processo jurídico de certificação e reconhecimento enquanto quilombo. A região nordeste é a que apresenta o maior número de comunidades quilombolas, conta com 1672 registros. Só em Pernambuco existe cerca de 200 comunidades espalhadas por 52 municípios, possuindo 160 comunidades certificadas pela fundação Palmares (BRASIL, 2017).

Pernambuco foi território do mais importante quilombo do século XVII, o Quilombo dos Palmares, localizado em Alagoas, que na época fazia parte da capitania de Pernambuco. Com a invasão holandesa, muitos dos escravocratas tiveram que abandonar suas terras, levando a fuga de um grande número de escravos. Estes,

buscaram abrigo no Quilombo dos Palmares, que em 1670 já abrigava em torno de 50 mil escravos (PERNAMBUCO, 2016).

Palmares era formado por pequenos mocambos, situados a uma distância de 120 quilômetros do litoral de Pernambuco, onde ocupavam uma grande extensão territorial localizada nas serras da região, com destaque a Serra da Barriga. Nessa área haviam muitas palmeiras pindoba, o que levou a região a ser conhecida como “região palmarina”. Não havia um quilombo chamado de “Palmares” e sim uma região composta por vários quilombos (LOBÃO, 2014).

Os mocambos foram construídos ao longo da serra, “em uma região extensa que ia do Rio São Francisco até o Cabo de Santo Agostinho” (GOMES, 2013, p. 50). Por meio dos anos de 1710, a extensão territorial de Palmares era de cerca de 260 por 130 quilômetros. Era um autêntico “estado africano livre” (LOBÃO, 2014, p. 30). Abrangiam praticamente todo meridional do agreste da então capitania de Pernambuco, o que faz com que a historicidade das Comunidades Quilombolas do agreste de Pernambuco esteja ligada a Palmares (PERNAMBUCO, 2016).

Em 1694, o Quilombo do Macaco, capital palmarina, foi cruelmente destruído e seu povo massacrado. Em 20 de novembro de 1695, Zumbi, seu principal líder, foi morto. Sem liderança, os demais quilombos foram caindo, quando em 1710 o último quilombo de Palmares foi destruído. Porém, o massacre ocorrido não conseguiu apagar o maior movimento de resistência contra o sistema escravagista. Resistência política, militar, cultural, econômica e social (LOBÃO, 2014). A força e luta de Palmares se faz presente até os dias atuais, por meio das comunidades quilombolas que continuam resistindo e buscando seus direitos e acesso a políticas públicas.

De acordo com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, essas comunidades são grupo étnicos que se autodefinem a partir de determinadas relações. Conforme o artigo 2º do Decreto 4887/2003 (BRASIL, 2003), consideram-se comunidades quilombolas 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 à opressão histórica sofrida”.

Raça e etnia são categorias sociais que não podem ser analisadas apenas pelo âmbito biológico, pois referem-se a grupos que têm em comum uma herança cultural, sendo considerado pelas ciências sociais um conceito nativo (GUIMARÃES, 2003).

As “raças” são decorrentes de discursos construídos pelas sociedades humanas. No Brasil, as raças constituíram por muito tempo uma categoria de posição social, por sermos uma nação que se formou com um forte histórico de escravidão, que não era generalizada (de todos os povos), mas localizada em uma parte específica do continente africano. Portanto, as pessoas escravizadas foram chamadas de “africanas” e “negros”, tornando essas as suas identidades, criadas durante o regime escravocrata brasileiro. Dessa forma, o discurso social construído foi que o negro tinha um lugar nessa sociedade e esse lugar era a escravidão. Este fato colaborou na conformação das diferentes posições sociais presentes na sociedade brasileira, originando as chamadas classes sociais (GUIMARÃES, 2003).

Para entendermos a construção do preconceito de raça e cor, precisamos voltar um pouco mais na história e compreender como se deu a construção da modernidade por meio do racismo estrutural que vai determinar de forma assimétrica a relação entre grupos sociais ditos distintos pelos seus fenótipos. O contato dos europeus com negros africanos se deu depois das invasões do século XVI. Segundo Guimarães (2008), os relatos desses encontros indicam que a cor da pele dos africanos subsaarianos foi o que mais chamou a atenção dos conquistadores da época, brotando daí uma primeira forma de preconceito, pois para o cristianismo ocidental o “negro significava a derrota, a morte, o pecado, enquanto o branco significava o sucesso, a pureza e a sabedoria” (GUIMARÃES, 2008, p. 12). Porém, ainda segundo o autor, a Europa, antes mesmo do contato com os negros africanos, praticava há séculos a escravidão dos povos conquistados, bem como já acreditavam numa inferioridade natural dos povos por eles escravizados.

No Brasil, no período colonial, os portugueses chamavam de negros não apenas os africanos, mas todos aqueles escravizados por eles, como os indígenas, que eram conhecidos como “negros da terra” para os diferenciar dos africanos (GUIMARÃES, 2003).

As populações negras, historicamente, foram e continuam sofrendo com a discriminação e o racismo, que os colocam a margem da sociedade. As desigualdades raciais permanecem sendo um grande problema de saúde pública, refletindo as disparidades sociais e discriminação étnica ainda bastante presente em nosso país (FREITAS et al., 2011).

Adotaremos o conceito de racismo defendido por Munanga (2004, p. 08) que diz que

[...] o racismo é uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural. O racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, lingüísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferiores ao grupo a qual ele pertence. De outro modo, o racismo é essa tendência que consiste em considerar que as características intelectuais e morais de um dado grupo são conseqüências diretas de suas características físicas ou biológicas.

O racismo se manifesta de diferentes formas em nossa sociedade. Para melhor compreendê-lo, adotaremos a classificação de Almeida (2019; 2018) que apresenta três concepções de racismo. A primeira refere-se ao racismo individual (que relaciona racismo com subjetividade). É compreendido como um fenômeno ético ou psicológico de cunho individual ou mesmo coletivo, é um ato visível que pode ser observado no momento que ocorre.

A segunda concepção apresentada pelo autor é o racismo institucional (relacionando racismo com o Estado). Sendo muito mais sutil e silencioso que o individual, se origina das construções estabelecidas nas sociedades que proporcionam privilégios a determinados grupos sociais e desvantagens a outros em detrimento de sua raça. Estes atos são normalizados socialmente por meio da dominação e do poder, sendo assim, esta forma de racismo é menos condenada que o racismo individual (ALMEIDA, 2018; 2019).

O racismo estrutural (relação do racismo com a economia), terceira concepção, nos faz refletir sobre “normalidade” da presença do racismo na constituição das relações econômicas, políticas, sociais e mesmo jurídicas, que levam a reprodução da desigualdade racial. Dessa forma, o racismo é parte da ordem social, sendo reproduzido pelas instituições e não criado por elas. “Não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção” (ALMEIDA, 2018, p.38). Porém, temos que ter a compreensão de que as instituições podem e devem atuar de forma combativa ao racismo, tomando posição em meio aos numerosos conflitos presentes na composição da estrutura social.

Em uma sociedade em que o racismo está presente na vida cotidiana, as instituições que não tratarem de maneira ativa e como um problema a desigualdade racial irão facilmente reproduzir as práticas racistas já tidas como “normais” em toda sociedade (ALMEIDA, 2018, p. 37).

Uma outra concepção de racismo importante nesse estudo é o racismo ambiental. Segundo Selene Herculano (2017), em “Racismo ambiental, o que é isso?”, esse tema surge a partir das denúncias e reivindicação do movimento negro estadunidense no campo de debates sobre justiça ambiental, na década de 1980. Segundo a autora, o conceito de racismo ambiental refere-se “às injustiças sociais e ambientais que recaem de forma desproporcional sobre etnias vulnerabilizadas” (HERCULANO, 2017, p.1).

Essa concepção se fundamenta no debate sobre injustiça racial, evidenciando que os negros e outros grupos “racializados” arcam de maneira desigual com os custos sociais, se comparados aos brancos (RANGEL, 2016). Na grande maioria das vezes, esses grupos não são os beneficiados pelas políticas de Estado que acabam os vulnerabilizando, levando ainda ao acesso desigual no uso dos recursos naturais (ROCHA; VASCONCELOS, 2018).

O racismo, em suas diferentes concepções, atinge a vida das populações quilombolas, que foram historicamente invisibilizadas pelo poder público, tendo o acesso a serviços básicos dificultado e mesmo negado, como no exemplo da saúde, que em sua maioria encontra-se aquém de atender à necessidade dessa população, que possui especificidades determinadas historicamente.

Os quilombolas vivem em constante luta por inclusão social, pelo livre exercício de suas práticas, crenças e valores, bem como pelo direito à permanência e ao reconhecimento legal de posse de suas terras, que são ocupadas e cultivadas, sendo seus locais de moradia e sustento (VIERIA; MONTEIRO, 2013).

Apesar das dificuldades de acesso à maioria das comunidades quilombolas, o isolamento geográfico não é uma característica específica dessas populações, nem tampouco a homogeneidade dos seus habitantes. A ligação com o passado reside na manutenção de práticas de resistência e reprodução do seu modo de vida num determinado local onde prevalece a coletivização dos bens materiais e imateriais (REZENDE, 2015).

Essas comunidades são formadas por forte vínculo de parentesco e conservam espaços coletivos e familiares, mantendo vivas tradições culturais de seus antepassados, como as práticas agrícolas, religiosas e de cuidado com a saúde que são repassadas de geração para geração (GOMES; BANDEIRA, 2012; REZENDE, 2015).

A fitoterapia representa parte importante da cultura do povo quilombola, sendo um saber utilizado e difundido ao longo de várias gerações (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006). Esse saber não é apenas em relação a atividade terapêutica das plantas, ele incorpora um conjunto de valores e crenças que formam uma filosofia de vida. Tudo isso interfere no processo saúde-doença dessa população.

Segundo Fernandes (2016, p. 35) as comunidades quilombolas “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 sua forma de viver”. Estes pilares são fundamentais para a compreensão da determinação da saúde dessas populações, pois representam a conformação histórica e social desses povos.

Para um grupo camponês tradicional, como são os quilombolas, o território é o principal elemento de construção da identidade grupal. Este não pode ser entendido apenas como uma porção de terra, pois nesta está acrescida toda configuração sociológica, geográfica e histórica construída ao longo do tempo pela vivência de seus membros. É a partir desse território, físico e simbólico, que seus membros se reproduzem física e socialmente, sendo eles uma parte desse todo que é o território (INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA, 2017).

[...] no contexto de um grupo étnico são as pessoas que pertencem ao grupo social e ao território, e não o contrário, como ocorre em nossa sociedade, onde a terra pertence aos seus donos. Ser membro de um grupo étnico é se submeter a uma série de regras sociais estabelecidas pela tradição e perpetuadas geração após geração. E isso ocorre, a despeito das pessoas manterem sua autonomia enquanto indivíduo e dessas regras tradicionais se alterarem ao longo do tempo. Ou seja, tradição não é submissão e nem estagnação absoluta (INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA, 2017, p.7).

As comunidades quilombolas são reconhecidas como populações tradicionais por apresentarem um histórico de luta e resistência, com específica forma de organização social, política e de expressão cultural, que as distinguem dos demais seguimentos da sociedade brasileira. Assim, possuem saberes específicos que são passados de geração a geração. Porém, é importante questionar o conceito de tradição, que aqui não é entendido como algo estanque. Segundo Fernandes (2016, P. 65),

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.

Dessa forma, e corroborando com Santos (2008), o termo *tradicional* foi criado no meio acadêmico e não pelos grupos a que se refere. Assim, o sentido do termo nessa tese se dissocia do imutável, conservador e absoluto.

O direito dos quilombolas se estabelecerem em sua terra com sua identidade, mantendo cultura e valores, foi garantido oficialmente pelo Estado brasileiro na Constituição Federal de 1988, principalmente com a afirmação de seus direitos territoriais por meio do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição, devendo o Estado emitir a titulação dessas terras a esses grupos (BRASIL, 1988).

A regulamentação, a partir do decreto nº 4.887 de 2003 (BRASIL, 2003), possibilitou a identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes de quilombos. Buscando agilizar o processo de reconhecimento das terras quilombolas, o governo federal publica a portaria nº 98 de 26 de novembro de 2007 da Fundação Cultural Palmares, que instituiu o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares (BRASIL, 2007).

No âmbito da saúde voltada para populações negras, no contexto da política brasileira, o governo federal criou em 1995 o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização da População Negra, com o papel de elaborar, propor e promover políticas governamentais relacionadas à cidadania da população negra (BRASIL, 2013).

Em 2001, realizou-se a III Conferência Mundial em Durban, que contribuiu para o fortalecimento do Movimento Social Negro perante governos e organismos internacionais, levando a inclusão da temática racial nas ações de promoção da equidade em saúde nos debates políticos, incluindo a situação dos negros no Brasil na agenda nacional do país. Desse modo, o documento que criou a Política Nacional de Saúde da População Negra foi discutido em reuniões realizadas durante a conferência (REZENDE, 2015).

A partir das mobilizações ocorridas em Durban e a pressão dos movimentos sociais sobre o governo brasileiro, foram criados, em 2003, a Secretaria Especial de

Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), e em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que é redefinido em 27 de novembro de 2014 pela Portaria nº 2.629. Ainda no ano de 2004 ocorreu o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, no qual foram discutidas a equidade e integralidade dos serviços de saúde, entre outros temas pertinentes para a saúde da população negra (REZENDE, 2015).

Em 2005 e 2006 ocorreram diversos espaços para discussão e construção de uma política que atendesse as especificidades em saúde da população negra, levando a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 10 de novembro de 2006, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), sendo instituída pela Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. Esta política tem por objetivo “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2013, p. 19).

Outra política bastante importante para as populações quilombolas é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, publicada a partir da portaria nº 2.866 de 2 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), pois são populações que além de negras, enfrentam todas as dificuldades de serem rurais.

Em 12 de março de 2004 o governo federal cria o Programa Brasil Quilombola, sendo esta uma política de Estado para as áreas remanescentes de quilombos, tendo como finalidade a coordenação das ações governamentais para essas comunidades. O programa é coordenado pela SEPPIR junto à Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais e conta com 21 órgãos da administração pública federal (BRASIL, 2004).

Estas políticas foram criadas como uma tentativa de minimizar as iniquidades em saúde nas populações que vivem em condições de vulnerabilidades. A aprovação dessas políticas foi um grande passo em direção a uma atenção integral à saúde dessas populações, mas ainda existe um longo caminho a percorrer em busca de sua efetivação na prática.

É necessário que os serviços de saúde ofertem uma atenção integral as populações específicas, respeitando suas crenças, cultura e costumes. Além disso, a rede de serviços de saúde precisa ser ampliada e fortalecida, garantindo, assim, o acesso verdadeiramente universal a população.

É importante o reconhecimento das práticas de integralidade tecidas nas comunidades quilombolas, “considerando a complexidade histórica, social, cultural, étnica e política da construção de seus modos de viver” (REZENDE, 2015, p. 33). Dessa forma, é necessário a compreensão dessas comunidades a partir da luta política e social, inseridas no contexto de um país que ainda precisa reconhecê-las como história viva e valiosa, criando políticas e práticas de saúde que atendam às necessidades de saúde dessas comunidades, com base no atendimento integral.

Para debater saúde em comunidades quilombolas é necessário pautar os conflitos étnico-raciais e a luta pela terra. Estes são marcadores de base para as desigualdades históricas vividas pelos quilombolas no Brasil. Assim, é necessário conhecer o cotidiano e apreender as particularidades de sua cultura e do seu modo de viver em sociedade (REZENDE, 2015). Dessa forma, as políticas de saúde, para que efetivamente tenham ações afirmativas para as condições de saúde da população negra, precisam incorporar em sua formulação as particularidades vividas em cada contexto, tendo a participação dos que mais conhecem essas especificidades: os quilombolas.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, de caráter analítico, com abordagem qualitativa na coleta e análise dos dados. Esta abordagem é apropriada para explicar realidades complexas que, segundo Minayo (2014), se aplica ao estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A pesquisa-ação é uma modalidade da pesquisa participativa. Esta tem como perspectiva epistemológica “[...] não conceber a verdade como preexistente nos fatos (dados) sociais, a verdade se constrói a partir de aproximações sucessivas ao objeto investigado. Nessa perspectiva o que se busca é a compreensão dos fatos sociais” (DUQUE-ARRAZOLA; THIOLENT, 2014, p. 132).

A participação pode ser compreendida como algo desejado, tendo seu significado referente a luta das classes dominadas por seus direitos e que as outras classes lhes tomam. Porém, ela pode ser pensada também como método ou prática. Ou seja, em uma sociedade em que vê o Estado numa conformação de interesses em disputa, sendo controlado hegemonicamente por uma classe social (ou fração de classe), a participação pode se tornar um meio fundamental para a ruptura desse controle e construção do poder hegemônico da própria classe dominada (DUQUE-ARRAZOLA; THIOLENT, 2014).

Dessa forma, a pesquisa participante busca compreender a dominação de classe e a percepção da classe dominada sobre essa relação e, assim, construir junto com os dominados os conhecimentos necessários para estabelecer ações para mudanças dessa realidade. Assim, a pesquisa-ação se constitui numa opção epistemológica e metodológica que se opõe às ideias do Positivismo e ao Empirismo. Exige dos que a praticam um compromisso com as classes dominadas (DUQUE-ARRAZOLA; THIOLENT, 2014).

A pesquisa-ação atua por três diferentes e complementares práticas: científica, pedagógica e política. Segundo Duque-Arrazola e Thiollent (2014, p. 144),

[...] enquanto prática científica busca a produção coletiva de conhecimentos para uso coletivo. [...] Enquanto prática pedagógica [...] busca integrar o potencial conhecimento e criatividade da cultura popular com conhecimento científico [...]. Mais do que uma troca entre estes saberes, supõe a confrontação deles e a sua superação num saber novo de caráter transformador. [...] Enquanto prática política, a estratégia central é a

participação da produção de conhecimentos, na organização e articulação de grupos, na ação coletiva, consciente consertada.

Para o sociólogo colombiano Orlando Fals Borda, uma das principais referências no assunto, “[...] se trata de uma investigação-ação que é participativa e uma investigação que se funde com a ação (para transformar a realidade)” (RAHMAN; FALS BORDA, 1989, p. 207 apud BORJAS; ORTIZ, 2008, p. 617-618). O autor defende uma concepção metodológica pautada na participação dos sujeitos, nomeados comumente pela antropologia de pesquisados, como base numa perspectiva emancipadora e transformadora da realidade.

Ainda segundo este autor (FALS BORDA, 1978), a pesquisa-ação permite a compreensão da situação histórica da classe oprimida, fortalecendo grupos políticos por meio dos resultados das pesquisas desenvolvidas, de maneira independente de partidos políticos, mesmo tendo uma abertura para interlocução com os mesmos.

A realização desse estudo se deu por meio do aprofundamento no entendimento da saúde no território de uma comunidade tradicional, trazendo esses sujeitos-participantes como protagonistas dos encontros desenvolvidos para as discussões dos temas inicialmente levantados por eles como importantes ao entendimento da determinação social da saúde no território.

4.1 ÁREA E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no período de março a dezembro de 2018, na comunidade quilombola do Castainho, localizada na zona rural de Garanhuns, município do agreste pernambucano, sede da V Regional de Saúde.

4.1.1 Quilombo do Castainho

No município de Garanhuns existem seis comunidades remanescentes de quilombos. O Castainho é uma delas e está entre as seis do país que teve seu processo de reconhecimento iniciado no ano de 1996, sendo uma das primeiras comunidades a receber a titulação de remanescente de quilombo pela Fundação Cultural Palmares (FCP) no estado de Pernambuco, o que aconteceu em 2000. Atualmente, apenas esta comunidade e a comunidade de Conceição das

Creoulas, no município de Salgueiro, tiveram suas terras demarcadas no estado de Pernambuco.

Residem no Castainho em torno de 250 famílias, cuja origem está relacionada à presença centenária dos descendentes de escravos fugidos de Palmares, símbolo de resistência e organização dos escravos fugidos na época do império. Palmares foi o grande reduto quilombola da região situada ao sul do estado de Pernambuco e ao norte do estado de Alagoas. Os moradores do Castainho identificam suas origens a partir da destruição do Quilombo de Palmares, onde alegam que os negros fugidos do massacre de Palmares subiram o Rio Mundaú e chegaram a região que hoje é o município de Garanhuns.

As famílias dessa comunidade vivem predominantemente da agricultura, onde cultivam, principalmente, mandioca, milho, feijão e hortaliças. A mandioca é utilizada na produção de farinha, massa, beiju e goma, produtos que são comercializados na cidade de Garanhuns.

Os quilombolas do Castainho se organizam por meio de sua Associação Quilombola, que realiza reuniões periódicas uma vez por mês, além de outros eventos e atividades que são construídas ao longo do ano, como exemplo a famosa festa da Mãe Preta, que ocorre todo mês de maio na comunidade. A festa da Mãe Preta foi oficializada em 1986, mas já acontecia na Serra da Barriga (sítio histórico onde se localizava o Quilombo dos Palmares, hoje estado de Alagoas), com o nome de Festa do Quilombo, em homenagem a mulher mais velha do grupo, que era chamada de Mãe Preta.

Encontramos ainda nessa comunidade grupos culturais como o de dança “Quilombo Axé”, em que, dançam músicas afro, mulheres e meninas. No momento está se retomando o grupo de percussão. Há ainda na comunidade o grupo “Guerreiras Quilombolas”, organização de mulheres do Castainho que discutem pautas importantes e também montaram a coleta seletiva e grupo de reciclagem na comunidade, onde a renda obtida vem sendo destinada a ampliação do salão paroquial da igreja católica, presente no território do Castainho. No território, temos a presença também de uma igreja evangélica.

Localizada neste território temos a Escola Municipal Virgília Garcia Bessa, que oferece aos moradores da região ensino infantil e fundamental. A ampliação e as melhorias nessa escola se deram por meio das reivindicações e lutas travadas pela Associação Quilombola junto com os moradores do Castainho. A creche municipal

também encontra-se como um equipamento público presente na comunidade. Existe ainda nesse território um CRAS quilombola – Centro de Referência de Assistência Social, que presta atenção a essa comunidade e outras comunidades quilombolas vizinhas.

A comunidade do Castainho tem acesso a rede de atenção à saúde do município de Garanhuns, contando com serviços municipais, como Centros de Apoio Psico Social – CAPSs, Centro Especializado em Odontologia – CEO, Núcleo de Assistência à Saúde de Garanhuns – NASG e o Hospital Regional Dom Moura, serviço estadual que atende a região. A atenção básica é garantida por meio da Unidade de Saúde da Família do Estivas, localizada fora dos territórios das comunidades em questão.

A Equipe de saúde dessa USF é composta por 5 agentes comunitários de saúde - ACSs, um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica em enfermagem e uma recepcionista. As comunidades são cobertas também por uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, composto por psicólogo, terapeuta ocupacional, educador físico, nutricionista e fisioterapeuta. Além dos serviços ofertados pelo Sistema de Saúde, a comunidade também recorre às benzedeadas² (rezadeiras/oradeiras) e às plantas medicinais como práticas para o cuidado de sua saúde.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

A composição dos participantes do estudo foi estabelecida por amostra intencional, sendo necessária a colaboração de dois grupos de sujeitos: lideranças comunitárias e moradores da comunidade quilombola em estudo.

As categorias e os critérios que se aplicaram para selecionar os informantes de cada perfil foram:

- a) **Lideranças comunitárias:** foram escolhidas em função do reconhecimento pelos seus pares como representantes nas discussões que envolvem os seus interesses e suas necessidades, apresentando uma maior liberdade de

² Mulheres que realizam benzeduras, acionando conhecimentos do catolicismo popular, suplicas e rezas com o objetivo de restabelecer o equilíbrio material ou físico e espiritual das pessoas que buscam sua ajuda (SANTOS, 2007).

expressão, bem como pela relevância que apresentam em relação as questões que envolvem a promoção da saúde em sua comunidade;

- b) **Moradores da comunidade quilombola:** com idade acima de 18 anos, de qualquer sexo, que se disponibilizaram a participar dos encontros. Buscamos na comunidade pessoas influentes direta ou indiretamente na saúde dessa população. Buscamos prezar pela heterogeneidade do grupo em relação a sexo, faixa etária, atividade que desenvolve e religião.

A partir das indicações das lideranças, buscamos sujeitos com os seguintes perfis:

- a) Membros da Associação dos moradores;
- b) Representante do grupo Guerreiras Quilombolas – coletivo de mulheres;
- c) Representantes dos grupos culturais existentes;
- d) Sujeitos ligados as religiões presentes no território;
- e) Sujeito que manuseie e faça uso de plantas medicinais;
- f) Sujeito ligado a reza;
- g) Sujeito ligado ao partejar.

Participaram do estudo 14 sujeitos participantes, onde 6 partiiparam das entrevistas em profundidade e do Círculo de Cultura, 4 participaram apenas das entrevistas e 4 participaram apenas do Círculo de Cultura, fechando assim 10 participantes em cada método de coleta. O quadro abaixo apresenta algumas características dos sujeitos participantes.

Quadro 2 - Sexo e Faixa etária dos Sujeitos participantes do estudo

SEXO	FAIXA ETÁRIA	SUJEITOS
FEMININO	De 30 a 59 anos	4
	De 60 anos ou mais	3
MASCULINO	De 30 a 59 anos	1
	De 60 anos ou mais	6

Fonte: A autora (2019)

Para garantir o anonimato dos participantes, adotamos codinomes que remetem a guerreiras e guerreiros quilombolas, orixás e divindade africanas.

4.3 COLETA DOS DADOS

Para alcançar os nossos objetivos foram utilizados como recurso os gravadores de áudio, que foram consentidos pelos sujeitos participante. Utilizamos como técnicas de coleta de dados:

4.3.1 Círculos de Cultura

Pedagogia Freireana Dialógica, como percurso metodológico. O círculo de cultura, ferramenta metodológica de Paulo Freire, que “visa ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória” (MONTEIRO; VIEIRA, 2010, p. 2).

A metodologia proposta por Freire (2006) se coloca como contraponto da educação tradicional, onde apenas um sujeito se coloca como educador e os demais se tornam expectadores. Dentro do círculo de cultura todos são colaboradores na construção do conhecimento. A proposta é favorecer um espaço a troca de experiência e de aprendizado.

A intervenção do pesquisador leva a construção de caminhos e contribui para a pesquisa da realidade, não sendo simplesmente uma maneira de coleta de dados para sua pesquisa. Durante o processo ele pesquisa e intervêm na realidade, permitindo o conhecimento, reflexão, análise e construção de novas possibilidades.

Para a realização dos Círculos de Cultura (CC) foram realizadas algumas conversas com lideranças da comunidade, onde decidimos que faríamos os encontros na sede da Associação Quilombola. Juntos, pensamos em alguns nomes de moradores da comunidade que seriam interessantes para participarem do grupo. Dentre estes, foram convidados 7 dos 10 entrevistados, sendo excluídos os outros 3 pela dificuldade que teriam para se locomoverem até a Associação. Dos 7 convidados, 1 não participou de nenhum espaço, pois estava trabalhando no horário que os CC ocorreram. Além destes, convidamos mais 7 moradores da comunidade. Destes, tivemos a participação de 4.

Inicialmente foi perguntado a cada um dos convidados o melhor dia e hora para ocorrerem os encontros, onde definimos o dia e horário que conseguiu agregar o maior número de participantes. Os encontros foram agendados com antecedência mínima

de 15 dias. Um dia antes a pesquisadora telefonava para lideranças que faziam contato com os demais para lembrá-los do encontro no dia seguinte.

Esta metodologia conta com um facilitador do grupo, no caso, a pesquisadora, e foi composta por seis encontros, nomeados como diálogos. Estes tiveram uma duração média de duas horas.

O primeiro encontro se deu para investigação temática, que é a ação do facilitador e os membros do Círculo de Cultura elencarem as palavras e temas centrais a serem trabalhados. Estas temáticas partem da realidade e universo dos participantes; estas palavras e temas centrais são denominadas de *temas dobradiça* ou *palavras geradoras*, que são fundamentais para compreensão do contexto da temática escolhida (FREIRE, 2006).

Estas palavras significam o contexto real no qual os participantes vivem, sendo essenciais para a condução do Círculo de Cultura e realização dos encontros posteriores. De acordo com Ferraz et al. (2014, p. 206): “na medida em que os participantes do processo educativo apontam o tema a ser trabalhado – o que realmente interessa no momento, tornam-se corresponsáveis pela mudança e melhorias das condições de vida e trabalho”.

Nos segundo, terceiro, quarto e quinto encontros foram discutidos os temas levantados pelos participantes no primeiro momento, sempre com o referencial na saúde. No quinto encontro foi realizada a devolutiva e validação das análises gerais e a avaliação do processo.

Antes de iniciarmos os diálogos, fazíamos a ambientação do espaço, sempre com um centro onde colocávamos objetos simbólicos e aromáticos, conformando nossa mandala central. Também, em cada encontro, iniciávamos os debates por meio de algum recurso associativo e lúdico, que colaborava com a espontaneidade e participação de todos os envolvidos. A seguir detalharemos a dinâmica desenvolvida em cada encontro.

O **primeiro diálogo do CC** foi realizado no turno da tarde do dia 01 de novembro e contou com a participação de 9 pessoas. Iniciamos com um alongamento e em seguida a pesquisadora, no papel de facilitadora do Círculo, explicou o objetivo do encontro e sua metodologia. Em seguida, escreveu no quadro branco a palavra SAÚDE e solicitou que todos olhassem as imagens que estavam espalhadas no chão ao centro da roda (posição em que estavam as cadeiras) e escolhessem uma ou mais

que fizesse sentido para eles, levando em consideração o tema do nosso encontro, Saúde.

Após a escolha das imagens, cada participante mostrava para os demais a(s) imagen(s) escolhida(s) e comentava o porquê da escolha. Nesse momento muitas lembranças e reflexões vieram à tona, onde os participantes trouxeram assuntos relacionados: a importância do respeito com os mais idosos e com a natureza, questões referentes a importância e a luta pela água, pela saúde e pela educação. Memórias relacionadas a como eram construídas as casas na comunidade, sempre com a presença do samba de coco.

Num segundo momento desse encontro, a facilitadora solicitou que cada participante falasse o que seria saúde, sendo este um momento bastante rico, que trouxe uma profundidade do entendimento de cada participante sobre o tema.

A análise das falas trazidas nesse primeiro encontro foi definidora dos temas trabalhados nos demais encontros. Dessa forma, realizamos a transcrição do áudio desse encontro e analisamos o material, inicialmente buscando organizar as falas e encontrando os núcleos de sentido, construindo assim as seguintes temáticas: 1. Racismo e Saúde; 2. Mãe terra e Saúde; 3. Práticas tradicionais e culturais e Saúde.

O **segundo diálogo do CC** foi realizado no turno da tarde do dia 15 de novembro de 2018, com 8 participantes. Iniciamos com um dos participantes cantando e dançando samba de coco, o que aqueceu o grupo para iniciar as discussões. Em seguida, apresentamos o resultado da organização das falas do primeiro encontro, que nos levou aos 4 temas para serem trabalhados, que foram aprovados pelo grupo e reafirmados como temas presentes no cotidiano e importantes na determinação da saúde na comunidade.

Nesse segundo encontro debatemos o tema “Racismo e Saúde”, e começamos entregando a cada um uma folha de papel A4 em branco e pincéis, para que cada um escrevesse ou desenhasse o que viesse à mente sobre a temática. Em seguida, cada participante explicou seu desenho e foram relatando acontecimentos, situações vividas que os marcaram. Foram relatos bem fortes, principalmente aqueles trazidos pelos mais jovens, relacionados ao racismo vivido em ambiente escolar e universitário. O grupo foi contando as histórias vividas e relacionando-as com a saúde e como afetou e/ou afeta a vida de cada um.

Neste encontro, **terceiro diálogo do CC**, debatemos o tema cultura e saúde, no qual iniciamos com a chuva de ideias, onde os sujeitos-participantes foram falando

palavras que para eles faziam sentido ao falarmos de cultura na comunidade. Em seguida, realizamos o debate sobre cada uma dessas palavras que foram colocadas e fomos relacionando cada ação cultural elencada com a saúde.

O **quarto diálogo** foi para discutirmos a Mãe terra e a Saúde. Para esse encontro levamos diversos materiais como isopor, tintas, pinceis, papéis diversos, cola, tesoura, entre outros, e realizamos a construção, num primeiro momento, de uma maquete do território. Cada sujeito-participante foi desenhando as estradas, as casas, os equipamentos sociais, árvores que tinham como importante, entre outros elementos pertencentes deste território. Ao final, tínhamos uma representação do território, não apenas de forma estática, mas um território vivo, onde apareciam também elementos transitórios que foram importantes para o debate, como o lixo, animais, etc.

No segundo momento desse diálogo discutimos esse território olhando para a representação dele e discutimos quais os processos protetores e destrutivos da saúde que eles encontravam.

Antes de iniciarmos o **quinto diálogo**, colocamos em nossa mandala central diversas plantas medicinais que encontramos pela própria comunidade. Ao iniciarmos, solicitamos que cada um olhasse para as plantas e pegasse aquela que mais gostava ou que mais fazia uso. Cada um pegou uma daquelas plantas e falou do seu significado, do seu uso, e iam falando sobre outras plantas que faziam uso na saúde. Além das plantas, discutimos outros tipos de práticas em saúde realizadas por eles e presentes no território.

O **sexto e último diálogo** ocorreu com 30 dias após o 5º diálogo, onde levamos uma fotografia num porta-retratos de cada um dos sujeitos-participantes e colocamos na mandala, bem como trechos de falas tiradas dos encontros. Iniciamos entregando essas falas para cada um deles, que liam e, em seguida, o grupo identificava o autor da fala. Fizemos uma avaliação geral de cada encontro a partir das falas lidas e fomos validando as análises preliminares de cada diálogo com o grupo. Em seguida, a pesquisadora leu o conceito de saúde construído a partir das falas do primeiro encontro e analisadas por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Fizemos uma discussão sobre o conceito trazido por eles e validamos também esse resultado. Ao final, levantamos possíveis ações a serem realizadas para resolução de problemas encontrados e para o fortalecimento de práticas protetoras já desenvolvidas na comunidade. A pesquisadora entregou as fotos a cada sujeito-participante e

agradeceu o protagonismo de cada um que foi essencial no processo e no sucesso do método utilizado.

De acordo com Ferraz et al. (2014, p. 195), o Círculo de Cultura é uma estratégia, no âmbito da educação em saúde, “que possibilita a ampliação do conhecimento popular e científico, propiciando avanços na promoção da saúde, na perspectiva de mobilizações individuais, coletivas e sociais”.

4.3.2 Entrevistas em profundidade

Também chamada de entrevista aberta, é aquela em que o pesquisador convida o informante a falar livremente sobre determinado assunto, fazendo perguntas apenas em busca de aprofundar as reflexões do entrevistado (MINAYO; ROMEU GOMES, 2011).

O guia usado pela pesquisadora para a realização das entrevistas foi composto por temáticas ligadas ao nosso referencial teórico, onde dialogávamos sobre o dia a dia do sujeito-entrevistado e abordávamos assuntos referentes ao modo de vida e estilo de vida, tomando como referência os estudos de Jaime Breilh, bem como categorias relacionadas as necessidades de saúde baseadas em Eduardo Stotz e Agnes Heller.

Foram feitas 10 entrevistas em profundidade, escolhidas de forma intencional e realizadas até a saturação das respostas.

4.3.3 Observação participante e Diário de Campo

Realizamos a observação participante em diversas idas a comunidade ao longo dos anos em que estivemos realizando a pesquisa, seja em reuniões, participando de eventos e celebrações na comunidade, em atividades do programa de extensão, entre outros. Em uma dessas idas, a pesquisadora caminhou por todo território junto com o presidente da Associação Quilombola, observando processos protetores e destrutivos presentes na comunidade.

Segundo Minayo (2014), essa técnica é um processo no qual existe a presença do pesquisador numa situação social, estando ele face a face com os observados. Os dados são coletados a partir da participação do pesquisador na vida dos observados, em seu cenário cultural (MINAYO, 2014). Essa técnica é recomendada para estudos

realizados com grupos e comunidades. Este tipo de observação permite a compreensão dos hábitos, atitudes e características da vida diária da comunidade (RICHARDSON et al., 2014).

Foram realizados os registros das observações realizadas dia a dia pela pesquisadora, suas impressões pessoais, conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, dentre outras.

4.3.4 Pesquisas documentais/ Dados secundários

Realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos considerados cientificamente autênticos. Caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam tratamento científico (OLIVEIRA, 2007). Os documentos usados nesse estudo, foram:

- a) Laudo antropológico da comunidade (1997);
- b) Dados do censo quilombola (2018);
- c) Castainho: contando a história (Comissão Pastoral da Terra, 2013);
- d) Dados dos sistemas de informação da saúde (e-SUS, 2017-2018).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para interpretação e análise dos dados realizamos a transcrição literal de cada entrevista e de cada diálogo dos Círculos de Cultura. Em seguida, fizemos as análises utilizando de técnicas específicas para cada objetivo, como mostra o quadro abaixo (Quadro 3).

Quadro 3 - Esquema do caminho metodológico percorrido para cada objetivo da pesquisa

OBJETIVO	TÉCNICAS (Coleta e análise)	FONTES
1. Caracterizar as concepções de saúde da população quilombola.	Coleta: Entrevistas em profundidade e Círculo de cultura Análise: Discurso do Sujeito Coletivo	Transcrições das entrevistas em profundidade e do primeiro diálogo do CC.
2. Identificar as necessidades em saúde dos quilombolas.	Coleta: Entrevistas em profundidade e diário de campo Análise: Discurso do Sujeito Coletivo e Análise de conteúdo.	Transcrições das entrevistas em profundidade e Diário de campo
3. Identificar os elementos de determinação social da saúde percebidos pelos quilombolas.	Coleta: Círculo de cultura Análise: Análise de conteúdo	Transcrições dos círculos de cultura
4. Analisar os processos protetores e destrutivos, nas dimensões singular, particular e geral em relação aos 4 'S' da vida.	Coleta: Entrevistas em profundidade, Círculos de cultura e diário de campo. Análise: Matriz de processos críticos	Transcrições das entrevistas em profundidade, dos Círculos de cultura e Diário de campo

Fonte: a autora (2019)

4.4.1 Matriz de Processos Críticos

Como visto no quadro 2, uma das técnicas de análise que utilizaremos será a Matriz de Processos Críticos. Essa metodologia⁴ surge como forma de repensar as formas de comparação e avaliação dos modos de vida e dos ecossistemas. A aplicação da Matriz destina-se ao monitoramento e investigação para a transformação dos processos críticos, sejam eles destrutivos ou de proteção à vida (BREILH, 2017).

A Matriz possui base teórica fundamentada na Epidemiologia Crítica, na Teoria de Espaço e na Teoria Crítica Social (matriz de relações de poder) que, segundo Breilh (2017, p. 13),

El fundamento en la Epidemiología crítica, ontológicamente muestra un mundo concatenado, interrelacionado entre la reproducción de la totalidad y

el movimiento de las partes. Epistemológicamente, se enfoca en procesos y no en factores.

O uso da Matriz, tem por objetivo a redefinição e integração do espaço social, dos sujeitos e dos objetos críticos de transformação, a fim de promover mudanças nestes e conseqüentemente no modo de reprodução da vida, no sistema capitalista. Portanto, toda descrição deve ser crítica e contribuir na construção de uma consciência crítica da sociedade (BREILH, 2017).

Quadro 4 - Matriz de Processos Críticos

DIMENSÕES	PROCESSOS PROTETORES			PROCESSOS DESTRUTIVOS		
	GERAL	PARTICULAR	SINGULAR	GERAL	PARTICULAR	SINGULAR
SUSTENTABILIDADE						
SOBERANIA						
SOLIDARIEDADE						
BIOSEGURANÇA						

Fonte: adaptado de Breilh (2014, p.48)

Por meio dessa matriz poderemos analisar nas dimensões geral (no âmbito da política pública), particular (no âmbito da comunidade) e singular (no âmbito individual e familiar) os processos protetores e destrutivos à saúde. Com o olhar para os elementos constitutivos para a vida que, segundo o autor, são os 4 “S”: Sustentabilidade; Soberania; Solidariedade; e Biosegurança ou Ser saudável.

4.4.2 Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Para análise das entrevistas, o método utilizado foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme Lefèvre e Lefèvre (2005), pelo qual fizemos a organização e tabulação dos dados de natureza verbal.

O DSC consiste na análise do material verbal coletado, extraindo-se de cada uma das ideias centrais e/ou ancoragens as suas expressões-chave. “Com as

expressões-chave das ideias centrais ou ancoragens semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 16). Este método é eficaz para a expressão e processamento de opiniões coletivas e nos permite conhecer os valores, crenças, opiniões, representações e pensamentos de uma coletividade sobre o tema abordado. Dessa forma, faz um resgate da Representação Social (RS), buscando sua reconstrução e preservando a dimensão individual de maneira articulada com a coletiva (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

As análises dos dados, realizadas por meio do DSC, foram realizadas em cinco etapas: 1. Organização das respostas de cada pergunta na primeira coluna; 2. Identificação das expressões chave, ideias centrais e ancoragem, na segunda, terceira e quarta colunas, respectivamente; 3. Buscar as ideias centrais e/ou ancoragem que possuem semelhanças; 4. Criar as categorias referentes aos blocos de ideias centrais e/ou ancoragem que possuem semelhanças na quinta coluna e 5. Compor os discursos-síntese (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

As expressões chave são os trechos essenciais de cada resposta que representam o conteúdo das representações ou das “teorias” presentes nas respostas. Já a ideia central refere-se a locução que descreve de forma sintética o sentido presente em cada expressão chave. A ancoragem é formulada quando a expressão chave do discurso nos revela uma dada “teoria, ideologia, valor ou crença” partilhada pelo autor do discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

Por fim, as categorias são símbolos, nesse caso, letras usadas para agrupar as ideias centrais ou ancoragens semelhantes, construindo, assim, os discursos-síntese. Ou seja, o DSC de cada pergunta sendo composto pelo conjunto de expressões chave das respostas que possuem as mesmas categorias, podendo ser uma ou mais expressões chave por DSC e um ou mais DSC por pergunta.

4.4.3 Análise de conteúdo

Para análise dos documentos foram utilizados elementos da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2000), em que:

O objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenagem; o da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 2000, p. 45).

De acordo com o método da análise de conteúdo, realizamos uma pré-análise dos documentos a serem incorporados ao estudo através de uma leitura flutuante, com o intuito de estabelecer contato e conhecer os textos a analisar, permitindo, assim, o surgimento de impressões sobre seu conteúdo (BARDIN, 2000). Em seguida, foram escolhidos os documentos que tinham relação com os objetivos e assim realizada a construção de um corpus³, através da regra de pertinência⁴.

Foi realizada uma análise por categorias, uma das técnicas da análise de conteúdo que “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (BARDIN, 2000, p. 153). Essa técnica ocorre através do agrupamento de elementos que possuem características comuns ou que tenham relação entre si, sendo, assim, relacionados a cada categoria de análise.

As categorias de análise utilizadas no estudo foram emergentes das falas dos entrevistados, bem como baseadas no conceito de necessidades em saúde de Stotz (1991) e referentes aos modos de vida e estilos de vida apresentados por Breilh (2010), conforme tópicos citados abaixo.

Modo de vida (grupal ou coletivo) - (condições e espaços estruturados, mudanças a longo prazo).

- a) Condições de trabalho grupais: posição na estrutura produtiva; padrões de trabalho.
- b) Qualidade e disfrute dos bens de consumo do grupo: tipo de contingente; construções de necessidade; sistemas de acesso; padrões de consumo.
- c) Capacidade objetiva do grupo de criar e reproduzir valores culturais e identidade (classe para si próprio).
- d) Capacidade objetiva do grupo para empoderamento, organização e apoio de ações em benefício do grupo.
- e) Qualidade das relações ecológicas do grupo: relação com a natureza.

Estilo de vida (livre arbítrio individual, variabilidade diária, autonomia relativa).

- a) Itinerário típico pessoal na jornada de trabalho.
- b) Padrão familiar e pessoal de consumo: alimentação; descanso; villa; acesso e qualidade dos serviços; recreação.
- c) Concepções e valores pessoais.

³ O corpus é o conjunto dos documentos levados em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2000).

⁴ A regra de pertinência aponta para a escolha dos documentos que respondam ao objetivo que suscita a análise (BARDIN, 2000).

- d) Capacidade pessoal de organizar ações em defesa da saúde.
- e) Itinerário ecológico pessoal (BREILH, 2010, p. 103, grifo nosso).

Após a fase de categorização, ordenação e classificação dos dados, foi realizada sua análise, sendo estabelecida as articulações entre os dados obtidos e o referencial teórico adotado pelo estudo, de maneira a contemplar os objetivos. Dessa forma, “promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática” (BARDIN, 2000, p. 77).

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os parâmetros bioéticos da Resolução nº 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Sendo assim, foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães, sendo aprovada com a CAAE: 83178018.0.0000.5190. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo a garantia da pesquisadora que a sua identidade foi mantida em absoluto sigilo e os dados obtidos foram utilizados apenas para fins de pesquisa científica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa, divididos em quatro tópicos, organizados de forma a responder os objetivos do estudo. O primeiro capítulo intitulado “Saúde quilombola: concepções em saúde”, trata da compreensão das concepções em saúde debatidas pelos sujeitos participantes, sendo possível o mergulho no conceito da saúde e na compreensão da complexidade desta no âmbito da comunidade quilombola.

O segundo capítulo “Necessidades em saúde no Quilombo do Castainho” identifica e discute as necessidades em saúde levantadas pelos sujeitos participantes do estudo, de modo a entendermos as dificuldades enfrentadas por estes para se ter uma saúde desejada.

O terceiro capítulo “Elementos da Determinação Social da Saúde no Castainho” refere-se a discussão dos temas debatidos nos encontros do Círculo de Cultura, entendidos como elementos fundamentais da Determinação social da saúde nessa comunidade. E por último, o quarto capítulo “Matriz de processos críticos: os 4 ‘S’ para a vida” que analisa os processos protetores e destrutivos da saúde e da vida no Quilombo do Castainho, nas dimensões singular, particular e geral em relação aos 4 ‘S’.

5.1 SAÚDE QUILOMBOLA: CONCEPÇÕES EM SAÚDE

Com o propósito de compreender a percepção e as necessidades em saúde da população em estudo, iniciaremos delimitando o entendimento do que é saúde para os quilombolas, buscando o entendimento sobre elementos indispensáveis nessa discussão e na construção do cuidado em saúde local.

Durante o estudo, tivemos dois momentos nos quais solicitamos aos sujeitos participantes da pesquisa que falassem o que era saúde para eles; durante o primeiro diálogo do círculo de cultura e nas entrevistas individuais. No primeiro diálogo, cada um falou o que entende por saúde de forma coletiva: as falas foram se complementando, e em seguida fizemos a análise dessas falas por meio do DSC e apresentamos o resultado no último diálogo do círculo de cultura, em que validamos coletivamente o que seria saúde para os quilombolas da comunidade em estudo. Dessa forma, a concepção de saúde construída foi a seguinte:

(DSC 1) Saúde é você estar bem fisicamente, psicologicamente e socialmente. É conviver com a natureza, fazer exercício físico, ter uma boa alimentação, ter uma água de qualidade, ter educação, saúde. Tudo isso faz parte de uma saúde.

Saúde é... a gente se alimentar.

Bem, é a gente ter saneamento, é... e viver em paz com a sua família e com a sua comunidade. É você ter o ar de boa qualidade, ter uma boa convivência com as pessoas. Na parte de saúde mental também que é importante, você convivendo, você conversar com o pessoal, ter um relacionamento ali entre amigos é uma série de fatores né que leva né a saúde.

Não usar agrotóxico no que se planta para não prejudicar a saúde da própria terra e ela não trazer um alimento de má qualidade pra nossa saúde. Tudo que se tem dentro do meio ambiente de mal, prejudica nossa saúde. E as vezes um simples ar sadio, já ajuda muita gente.

A concepção apresentada remete ao entendimento amplo da saúde, ou seja, ao conceito ampliado de saúde, presente no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, que trata a saúde como resultante das condições de vida relacionadas a “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4). Ainda, segundo o relatório, o conceito de saúde é determinado no contexto histórico de cada sociedade. Dessa forma, a concepção acima apresentada refere-se a um conjunto de atributos compartilhados pelos sujeitos/participantes da pesquisa em seus contextos de vida.

A concepção de saúde construída durante o Círculo de Cultura leva em consideração não apenas questões referentes a dimensão biológica, mas agrega a ela questões sociais, psíquicas, políticas e contextuais. Saúde se relaciona com o modo de vida, estilos de vida, com o acesso a políticas públicas e com o convívio com a natureza. Além disso, se relaciona também com a qualidade e desfrute da alimentação, como o não uso de agrotóxicos que afetam a saúde das pessoas e da natureza. Dessa forma, a saúde está ligada diretamente as condições de vida e ao controle dos processos destrutivos presentes na reprodução da vida social (SAMAJA, 2000).

Essa percepção de saúde encontrada nas discussões do Círculo de Cultura é ratificada nas entrevistas, como vemos no DSC 2, que corrobora com esse entendimento de saúde.

(DSC 2) Saúde pra mim é você ter uma vida boa, é você ter uma alimentação boa, você ter um suporte médico na hora que preciso for.

Saúde é você viver bem, se alimentar bem, é você ter uma diversão, é você ter um lazer, você poder sair... a educação, então saúde tá ligada também a várias áreas.

A compreensão de saúde dos quilombolas está relacionada com o conceito de saúde integral, considerando a totalidade dos elementos que se relacionam e modificam o estado de saúde das pessoas, como mostra o DSC abaixo.

(DSC 3) Saúde tem a ver com o seu bem estar interior, sua paz espiritual. Saúde é assim, é um conjunto, vêm muitas coisas envolvidas na questão da saúde. Não é só a saúde do meu corpo em si, é a saúde do que está em volta de mim também, faz parte da minha saúde.

Essa vontade de viver do quilombola se reflete na percepção que tem de sua saúde, pois mesmo tendo consciência de ter alguma doença, esta é menor que sua saúde. Ou seja, a doença é apenas um desequilíbrio em um dos aspectos da saúde, o biológico/fisiológico, e não no todo, pois como falamos anteriormente, a saúde aqui foi conceituada em sua complexidade. Portanto, não é o oposto de doença. Ela é sem dúvidas muito maior. Exemplo disso é o DSC 4 que trazemos a seguir.

(DSC 4) Eu me considero, com toda doença que eu tenho, eu me considero que sou sadio. Eu tomo remédio controlado e graças a Deus eu sou sadio. Eu não posso dizer que sou doente.

A saúde resulta da experiência vivida pela sociedade e pelos sujeitos, relacionando-se com o modo de vida, a organização social, a afetividade e subjetividade, bem como a cultura, lazer e as relações com a natureza (SILVA JUNIOR, 2006). Assim, a saúde é vista como uma série de elementos articulados que são necessários para viver bem. Na concepção dos entrevistados, em meio a complexidade que é a saúde, destacamos alguns elementos que aparecem fortemente nos discursos e que estão ligados ao se sentir bem, como é o caso: da alimentação segura e de qualidade; a relação da saúde com o trabalho; a relação do território e a saúde; e as práticas populares em saúde.

5.1.1 Saúde é ter uma alimentação segura e de qualidade

Para os quilombolas, bem como para outros povos que possuem modos de vida tradicionais, a alimentação é um elemento bastante presente ao tratarmos da temática da saúde. Para compreender o sentido da alimentação na cultura e tradição

quilombola é necessário considerar que essas comunidades têm suas vidas construídas em um território étnico-cultural, e nele não apenas residem, mas trabalham, se socializam. Também é onde, na maioria das vezes, têm seus momentos de lazer, ou seja, é nessa terra ancestral que eles reproduzem sua cultura e modo de vida, bem como produzem novas formas de conhecimentos e existência. São nessas terras que os quilombolas cultivam, criam e produzem grande parte de seus alimentos (SILVA; BAPTISTA, 2016).

O cuidado com a alimentação aparece com frequência nos discursos dos sujeitos/participantes ao tratarmos da saúde, como no DSC 5.

(DSC 5) Saúde, pra mim, é a pessoa se tratar bem, né? Ter as suas comidas nas horas certas, né? Não exagerar com as coisas, porque comer pouco é ruim e comer demais também prejudica a saúde. Saber o que é que vai comer para não comer qualquer tipo de coisa. A saúde que eu acho é até a comida mesmo, se você come uma comida saudável, já tá tratando da saúde. Plantar sempre uns pézinhos de frutas né? Pra gente não só comer os da feira, quando quiser uma laranja vai, chega ali e é só tirar e come. Quer uma jaca, é só ali ó, e tirar uma jaca aí come, quer dizer, aquela fruta é saudável, porque é fruto da natureza, ele é saudável, ele não faz mal.

Esse DCS mostra a importância de uma alimentação regrada para a saúde, seja referente a quantidade do alimento ingerido, como na procedência do alimento, prezando pela qualidade da alimentação e sua consequência direta na saúde. O cuidado com a alimentação é também um cuidado com a saúde, como mostra o próximo DSC.

(DSC 6) O que eu faço? Num cumer tudo que é de pocaria, tem as coisinha deu cumer, tem as frutinha deu chupar, ai pronto é o que eu faço. Eu faço de tudo para cuidar da minha alimentação, pra mim não comer tudo e qualquer tipo de comida pra não prejudicar a minha saúde. Eu não como carne gorda, não como óleo, não como carne de galinha de granja, não como ovos de granja, pra mim é um forte pra não tá adoecendo tanto, que tem gente que come todo tipo de comida e se alimenta com todo tipo de comida e acha que se alimenta bem e não é. Você tem que fazer uma escolha, que é a qualidade de alimentação para ter o melhor para sua saúde. Você pode colocar pra mim uma comida, a melhor do mundo, e eu não uso ela pra eu comer pra ficar cheio não. Eu não posso comer em excesso, eu tenho que comer aquele tanto que eu como.

O DSC 6 mostra o cuidado com a procedência do alimento, para que não sejam consumidos alimentos inseguros, e o cuidado com uma dieta regular e moderada.

De acordo com o relatório do International Panel of Experts on Sustainable Food Systems (2017), os sistemas alimentares atuais têm acometido a saúde de diferentes formas, causando prejuízos a população e a natureza. Esses prejuízos e

riscos à saúde estão presentes quando as pessoas comem alimentos inseguros ou contaminados, que contêm vários agentes patogênicos, ou mesmo alterados em sua composição, como exemplo os transgênicos. Outra forma de afetar negativamente a saúde é a partir de padrões alimentares não saudáveis, que ocorrem por meio do consumo de alimentos específicos ou grupos de alimentos prejudiciais à saúde.

5.1.2 Saúde tem a ver com trabalho

Outro elemento importante presente nos discursos dos sujeitos-participantes da pesquisa é a saúde relacionada com o trabalho. O trabalho está presente na vida dos quilombolas desde muito cedo. O trabalho na agricultura, na casa de farinha, com a venda de seus produtos na feira da cidade... Ele é estruturador do modo de vida quilombola e poder trabalhar é sinônimo de saúde, como observamos no DSC abaixo:

(DSC 7) Quanto mais nós trabalha, melhor é. Saúde tem a ver com trabalho, porque uma pessoa também que não está trabalhando fica muito preocupada, aí já começa adoecer. Eu só tive saúde até quando eu podia trabalhar, mas depois que eu perdi a saúde, não deu mais pra eu, nada. Eu não queria a aposentadoria, eu queria trabalhar, porque eu tinha prazer de trabalhar.

O trabalho, para Marx (2013, p. 255), “é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza. [...] Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza”. De acordo com o autor, podemos afirmar que o quilombola, por meio do trabalho, transforma a natureza e, ao fazê-lo, transforma a si mesmo, sendo este parte importante para sua reprodução física, social, econômica e cultural. Assim, o trabalho é promotor da condição de existência quilombola conectando seu corpo e sua mente, bem como a natureza com sua cultura (SOUSA; SANTOS, 2019).

Ainda de acordo com Marx (2013), o trabalho é uma condição de existência do homem. Ele possibilita ao ser humano se construir como tal, uma vez que é necessário reflexão sobre a ação executada que leva a reflexão sobre si.

Desse modo, o trabalho para o quilombola é parte essencial da vida. Além do sustento da família, o trabalho é visto como algo prazeroso, algo que os faz esquecerem os problemas e sentir-se bem, relacionando-se, assim, com a sensação de saúde. Ou seja, mesmo compreendendo a saúde de maneira mais ampla, como vimos nas falas, ao perguntarmos aos sujeitos-participantes se eles se consideravam

saudáveis, obtivemos quase por unanimidade que sim, se consideravam saudáveis. Apenas dois entrevistados responderam que não se sentiam saudáveis, pois não podiam mais trabalhar, o que nos remete novamente a forte relação da saúde com o trabalho para essa comunidade. Dessa forma, poder trabalhar traz a sensação de saúde, como podemos ver no DSC seguinte.

(DSC 8) Eu me considero [saudável], pelo trabalho que a gente tem realizado [na Associação Quilombola]. Eu me sinto muito feliz.

Eu me considero saudável porque, graças a Deus, eu vou completar setenta anos e eu ainda tenho uma disposição para trabalhar. Tenho coragem, graças a Deus, e pra mim eu me considero sadio. Porque enquanto eu tenho um problemzinho, mas eu trabalho, pego no pesado e trabalho que a pessoa pensa que eu sou ainda novo e eu estou velho já, mas eu ainda tenho aquela vontade de trabalhar. Eu não sou esmurecido. Se botar eu pra limpar mato eu limpo, se botar eu pra cortar pau eu corto, o que mandar eu faço. Eu tenho que agradecer a Deus por isso, né? Pela minha idade e pela disposição que eu tenho.

Oh minha fia eu mim sentia saudáve, mas agora eu não mim sinto mais muito boa não, né. De vez inquando eu tô mim dando tontiça, de vez inquando mim dá aquelas dor nos espinhaço que num posso andar. Eu vindia goma na feira, eu vindia massa, vindia tapioca, tudo eu vindia na feira, mas hoje num posso mais, parei. Fazia farinha, fazia quinhentos, seiscentos quilos de mandioca, comprava ao pessuá, agora num posso mais. Vivia cum saúde [quando trabalhava] mais agora não... eu era uma nêga com saúde, andava por todo canto, andava com os balai de coisa, andava com cinquenta quilo na cabeça. Hoje num posso mais fazer isso. Fiz um fêche de lenha tá cum duas semana quase que morro do fêche (risos baixinho), num posso mais butá nada não.

Não é apenas o trabalho para o sustento familiar que traz a percepção de saúde e bem estar, é também o trabalho desenvolvido em prol da comunidade, seja na Associação ou em pequenas ações desenvolvidas para melhorias na comunidade. O trabalho, compreendido aqui, não é o alienado para a ordem do capital ou para a produção de mais valia, e sim o trabalho como produtor de uma humanidade frente a atividade de transformar o mundo e a natureza, este faz parte do modo de vida quilombola, e estar em atividade, em movimento leva ao sentimento de ser saudável, como mostra o DSC 9.

(DSC 9) Eu me considero saudável porque eu tenho uma vontade de viver danada, eu gosto de viver... eu sou uma pessoa muito ativa.

É importante relatar que o trabalho não está restrito ao âmbito econômico, apesar de ser indispensável para sua compreensão, ele refere-se ao modo de ser da sociedade e dos sujeitos (PAULO NETTO; BRAZ, 2012), ou seja, é a partir do trabalho

que o ser humano se constrói e se apresenta em uma sociedade. Assim, para o quilombola, o trabalho - geralmente desenvolvido no cultivo, na criação de animais, no trabalho na casa de farinha – está relacionado a sua identidade quilombola, fortalecendo seus laços com a natureza, perpetuando suas práticas ancestrais e os transformando enquanto sujeitos.

O fato de não poder mais trabalhar, nos casos apresentados, devido à idade avançada, leva ao sentimento de inanição e de perda da saúde, pois como vimos, é através do trabalho que o quilombola se reproduz e reproduz seu modo de vida, além de ser um espaço prazeroso e de encontros entre eles.

5.1.3 A terra é a nossa saúde

Outro elemento fundamental para a saúde dos quilombolas refere-se a sua relação com a natureza e com a terra. Em muitas falas encontramos a importância do cuidado com a natureza e do contato direto com ela para a saúde e para a vida, como veremos no DSC abaixo.

(DSC 10) A terra é saúde, sem essa terra eu não tenho saúde, porque dentro dessa terra a gente constrói tudo de bom e melhor. Tudo de plantas medicinais vem da nossa terra, então, eu considero que a terra é a nossa saúde e sem essa terra eu não tenho saúde. A gente só vai tá bem se o meio ambiente em que vivemos está, porque se ele tiver adoecido, nós também vamos adoecer. Porque o meio ambiente pra gente hoje é saúde, quando a gente cuida do meio ambiente, tem um ambiente sadio, tem um ambiente com um certo cuidado.

A natureza tem relação com a saúde, porque esse ar puro que tá vindo pra gente, que nós tamos respirando ele, é por conta que a natureza que tem tudo de bom e melhor pra gente. Esses pezinhos de árvores que a gente tá aqui, que a gente fica embaixo desse pé de pau, recebe um ar, um ar sadio, [...] e aqueles ventos também que a gente recebe dessas árvores é bom pra nós, ele vem saudável, aquele cheirinho saudável, então é muito importante que a gente tem uns pauzinhos pra ficar embaixo, pra gente quando for numas horas de descanso ir pra debaixo de um pau e receber aquele arzinho que vem com as plantas.

A natureza está presente diariamente na vida dos sujeitos-participantes, sendo relatada a importância das árvores e do ar para a saúde, onde sentar embaixo de uma árvore, respirar o ar puro presente na comunidade e receber o vento é uma forma de cuidado com a saúde. Além disso, o cuidado com a própria natureza é o cuidado com a saúde comunitária. Nesta compreensão não há uma cisão entre vida humana e

natureza, ambos compõem a realidade vivente, no sentido de ser quilombola é ser também esta terra e esta natureza.

O DSC 10 traz ainda a importância da “terra” para o quilombola, pois é nela que eles cultivam seus alimentos e suas ervas, é dela que se nutrem as árvores, os animais e os rios. A vivência com a terra produz nas relações cotidianas o território como espaço usado e manuseado. Portanto o território é espaço de relação com a terra onde se criam os animais, local de moradia, trabalho e descanso, local de pertencimento. Como dito por Milton Santos e Maria Laura Silveira (2003), a territorialidade é compreendida no sentido de pertencer aquilo que o pertence, ou seja, o território quilombola pertence ao povo quilombola e este ao seu território. Um não existe sem o outro. Portanto, sem o território, sem a terra para plantar, para criar animais, para reproduzirem seus modos de vida, não existe saúde.

(DSC 11) Tem que a gente não agredir o meio ambiente, tudo o que nós plantar sem conseguir botar agrotóxico, porque ele agride o meio ambiente e agride a nossa saúde. Então tem que preservamos o máximo que nós pudermos preservar o meio ambiente, pra que nós tenhamos uma saúde de qualidade e também preservar as nossas ervas medicinais.

O DSC acima mostra a importância do cuidado com a natureza e a relação direta disso com a saúde. Destaca ainda a importância do não uso de agrotóxico para o cuidado com a saúde do solo e a nossa. De acordo com o dossiê da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, um terço dos alimentos consumidos cotidianamente pelos brasileiros está contaminado pelos agrotóxicos, e mesmo que estes sejam classificados como de toxicidade mediana ou baixa, de acordo com os seus efeitos agudos, é importante observar os efeitos crônicos que podem ocorrer até décadas após a exposição, “manifestando-se em várias doenças como cânceres, más-formações congênitas, distúrbios endócrinos, neurológicos e mentais” (CARNEIRO, 2015, p.58).

Outro ponto importante apresentado nesse DSC é a preservação das ervas medicinais, recurso bastante utilizado por esta comunidade para o cuidado em saúde, como veremos mais adiante.

Questões relacionadas ao estilo de vida também foram evidenciadas como importantes para a qualidade de vida e na promoção da saúde, como mostra o DSC seguinte.

(DSC 12) Não comer comidas industriais, você fazer uma boa caminhada, você beber bastante água, você não se estressar muito. É viver mais. É o que eu vejo eles fazendo, né [referindo-se aos mais velhos]. É viver mais debaixo da árvore, talvez eu acho que isso o ar puro, a natureza né, sem tá assistindo tanta televisão, que adoce até os olhos.

Assim, o modo de vida (comunitário), o estilo de vida (pessoal e familiar) interfere na saúde dos quilombolas, estando ligados as relações que estes estabelecem com a terra e produzem seu território e propostas antagônicas ao poder hegemônico que levam a diferentes formas de adoecimento, que variam a depender da classe social, gênero e etnia ou raça (BREILH, 2011).

5.1.4 Práticas populares do cuidado em saúde

A relação entre os quilombolas e a natureza é indispensável para a perpetuação e compreensão dos saberes tradicionais, pois é esta relação que constrói e fortalece esse saber. A natureza integra o corpus de saberes, o que torna natureza e sociedade indissociáveis (CLARINDO, 2014).

Como em outras comunidades tradicionais, os quilombolas dispõem de práticas de cuidado em saúde que são passadas de geração à geração, como o uso de plantas medicinais e da reza. Essas práticas de cura são lugares de produção de conhecimento para esses povos (SOUZA; ARAÚJO, 2016).

Com a facilidade do acesso aos serviços de saúde, outras práticas de cuidado foram sendo incorporadas. Dessa forma, os cuidados em saúde presentes na comunidade apresentam-se como uma combinação de saberes tradicionais, como o uso e cultivo de plantas usadas em remédios caseiros e as consultas com rezadeiras, com a incorporação e ressignificação da medicina hegemônica, com uso de remédios alopáticos receitados pelo médico que atende a comunidade.

(DSC 13) A gente também procura vários meios né? Não só é o posto de saúde não né, tem os remédios de casa também. Eu planto um bocado. Eu tava lá em cima numa casa que eu tinha muita qualidade de planta, e aqui eu trouxe um bocado, plantei lá detrás de casa. Fazia de vez em quando, quando tavam doente, quando eu não podia levar pro médico pra dá um remédio uma coisa, fazia chá do mato e criei onze fio, eu criei, eu não, Deus. Uso [as plantas medicinais], não só uso, como minha família usa, a gente tem orientado a toda a comunidade para usar e por conta disso, todas as residências tem plantas medicinais e todos os tipos de plantas que podemos, a gente tem na nossa comunidade. É uma tradição de cada um de nós praticar ela e dar continuidade para nossas futuras gerações. Nós temos trabalhado nela desde que eu nasci e me criei, já minha mãe já fazia e meu pai já fazia e é um significado de grande importância pra comunidade, porque ela só vai

nos fortalecer e fazer com que cresça a vontade de ter mais plantas medicinais, preservadas, muito mais.

O cuidado com a saúde, bem como o tratamento de determinadas doenças, era realizado principalmente por meio de conhecimentos ancestrais, com o uso de ervas medicinais e a busca por pessoas que eram referências em tratamento da saúde na comunidade, como no caso das rezadeiras e raizeiras. Atualmente, essas práticas continuam muito presentes entre os quilombolas em estudo, que mesmo imersos ao sistema de saúde vigente - realizando consulta, fazendo exames e usando medicações alopáticas - continuam preservando e praticando seus conhecimentos em saúde, que foram herdados de seus antepassados. O DSC seguinte refere-se a forma de aprendizado dessas práticas relatadas pelo sujeitos/participantes que mostra esse aprendizado geracional.

(DSC 14) Dos meus antepassados, dos meus avós, que em vez de remédio de farmácia usou os matos, era um lambedor, era um chá e qualquer coisa a gente passa e faz um chá pra fulano que tá doente e melhorava muito. Cá minha mãe, de vez em quando ela, ela fazia chá do mato, as veis serve mais de que remédio de farmaça. Quando nós nascemos, o pai da gente já vivia nativo, aquilo ali nós botamos no juízo e fomos levando a mesma vida.

Os saberes quilombolas são passados entre as gerações através da tradição oral, perpetuando o uso das plantas e suas concepções de cura que são distintas das praticadas pela medicina hegemônica. O isolamento do quilombo e o descaso do Estado em relação à saúde e qualidade de vida dessas populações, contribuíram para o fortalecimento de um sistema étnico de cuidado em saúde próprio (SOUZA; ARAÚJO, 2016).

Como podemos ver, as ervas medicinais são bastantes utilizadas entre os quilombolas, fazendo parte de seu dia-a-dia e estando presentes na grande maioria dos quintais das casas existentes na comunidade em estudo.

A variedade de plantas utilizadas é bem vasta, se destinando a tratar de diferentes problemas de saúde. O DSC abaixo apresenta um pouco dessa diversidade de ervas utilizadas com fins terapêuticos e seus usos.

(DSC 15) As plantas medicinais serve pra cozinhamento é, tanto serve pra cozinhamento pra lavar os ferimentos, como pra beber. Tem a erva cidreira, tem o capim santo, tem o eucalipto, tem sabugueira, acônico, tudo isso é planta medicinal.

A gente tem aqui, pra tomar, o capim santo, a erva cidreira, o chá da laranja, a gente toma por fora. Faço um cházinho, porque eu não tomo muito café, por mode minha pressão, né? Aí eu tomo o quê? Chá de cidreira, porque um chá só eu abuso, aí tomo outros. Chá de cidreira, chá de capim santo, chá de laranja né, chá de limão e chá de manga espada.

Adoeceu a primeira coisa que faz é um chá, antes de ir pra qualquer lugar, assim de saúde, antes de ir pro posto, antes de ir pra um médico mesmo, lá no Hospital Regional. Vai primeiro pegar em volta de casa, pegou uma ervinha fez o seu chá e pronto. Um exemplo, pra dor de barriga é, tiver com dor de barriga, com cólica, você pega umas folhinhas de goiaba branca faça um chazinho que passa. Quando eu tou doente assim tem algumas coisas que eu procuro aqui como tipo eu tou com dor de barriga tem chá de goiaba que serve pra dor de barriga aí eu vou e tomo chá de goiaba ou senão chá de pitanga aí eu vou e tomo. As vezes assim quando a gente ta muito estressado, vem chá de erva cidreira, vem chá de capim santo, eu também tomo. Assim chá eu tomo direto. Pra gripe pra quando a gente tá bem gripado, tossindo, é o limão com mel é muito bom.

Uso, planto, assim, de vez em quando, faço chá de manga, fazia chá de abacate, que serve pa rim, tudo. Eu uso é mastruz, eu uso samba caeté, eu uso a hortelã sempre. Eu uso hortelã com os meninos, quando os meninos tão com dor de barriga, aí o primeiro que eu faço é um chá de hortelã que é muito bom pra verme, que aí acalma as vermes pra poder dá o remédio da farmácia. Primeiro o hortelã e depois o da farmácia se necessário for.

Eu bebo o cidreira pelo gosto né, eu gosto do gosto, e também é bom. O capim santo, aí tem o boldo, o pessoal fala. Tem um bocado de chá aí. Eu não vou mentir não, que eu não conheço muito das ervas não, mas a maioria uns eu tomo que eu sei que é bom.

Como podemos observar, frequentemente, o primeiro recurso usado pelos quilombolas para tratar um problema de saúde é o uso de chás, feitos com as ervas colhidas dos próprios quintais das casas. Esse plantio das ervas e esse uso constante foi observado também durante os momentos presentes na comunidade, na caminhada pelo território e nos diários de campo construídos.

O uso de ervas medicinais foi relatado em todos os espaços como uma importante prática de cuidado com a saúde realizada na comunidade, principalmente pelos mais velhos. Alguns jovens vem perdendo essa tradição do reconhecimento das plantas e de seus usos, como observamos no último trecho do DSC anterior, sendo essa atualmente uma preocupação entre as lideranças, que vem atuando junto com a Universidade local, em um projeto que tem como um dos focos esse fortalecimento do uso e conhecimento medicinal das ervas entre os mais jovens.

O Sistema Único de Saúde (SUS), possui em sua legislação, políticas de incentivo a saberes e práticas populares de cuidado em saúde, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, instituída em 2006 pela Portaria nº 971 do Ministério da Saúde, com objetivo de ampliar o cuidado

ao usuário, numa perspectiva integral (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2006). Outro avanço no sistema de saúde público brasileiro foi a instituição, em 2007, do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006). Porém, mesmo com a instituição dessas práticas no sistema, essas políticas ainda não foram devidamente implantadas, existindo ainda a negação, por parte de alguns profissionais, que não compreendem essas práticas como importantes no cuidado integral ao usuários, como veremos mais adiante no DSC 22.

Além dos chás e banhos feitos com as ervas, também são feitos e ensinados, aos que recorrem a esses cuidados, remédios caseiros, como vemos no DSC seguinte.

(DSC 16) Eu faço remédio também, eu ensino o remédio ao povo também, por aqui mesmo, e muita gente se dá com o remédio que eu ensino aqui, viu. Quando eles chegam e diz assim "eu vim pra senhora me ensinar um remédio pra tal coisa que estou sentindo", aí já vem na minha mente, eu fico pensando né? Agora só que quando eles chegam, eu não vou ensinar logo não, eu mando eles entrar pra dentro, eles entram pra dentro, já fica conversando aí um pouco, né? Assim conversando um pouquinho, enquanto minha mente é quem vai dizer. Das plantas que me dá na mente, a mente me diz. Não é de qualquer uma, pra cada doença é um remédio né?

Assim como o uso de ervas medicinais, outra importante prática tradicional de saúde presente é a reza, realizada por pessoas da própria comunidade, chamadas de rezadores, benzedores ou curandeiros reconhecidos por esses dom.

(DSC 17) Dizia assim, vó: "Minha filha se você tá doente, você tem que ir pro rezador né, tipo quando você tá com olhado, tá meio cansado, parado, vá num rezador". Faz tempo que eu fui, mas assim, é, esse seria a prática, que ela dizia vá num rezador. As vezes assim eu tou doente, tou com a garganta inflamada, mesmo tomando remédio eu vou na rezadeira aí eu vou e rezo. As vezes tou com problemas de coluna, aí o povo diz que é peito aberto, eu não sei o que é aí a mulher vai e reza e realmente a reza serve né? Eu vou pra rezadeira pra me benzer, me rezar, assim de peito aberto, é de quando tem um machucão que fica vermelho, que é vermelhão, erisipela, é a oração também cura.

Vou só quando reza mermo, assim, que reza nas pessoa quando tá cum uiado [olhado], tem essa irmã minha que reza, ela reza. De vez inquando eu peço pra ela passar o ramo neu, de vez inquando ela reza.

Os rezadores atuam como agentes a serviço da cura, por meio de orações, preces ou benzenções. Em Souza e Araújo (2016), encontramos que a procura dessa prática ocorre, em geral, pela negligência do Estado, como também pela credibilidade e tradição dessa prática para seus seguidores, onde os rezadores são reconhecidos como detentores do conhecimento da cura, sendo este uma concessão divina.

Os/as rezadores/eiras relatam que a capacidade de curar por meio da reza é uma dádiva. Apenas algumas pessoas desenvolvem esse dom em determinado momento da vida. No DSC abaixo vemos um exemplo de uma rezadeira que “recebeu o dom da reza” rezando em seu primeiro filho e não parou mais.

(DSC 18) Aí quando eu tive ele [filho mais velho] aí comecei a rezar, comecei a rezar nele. [...] Não! não aprendi com ninguém não, eu rezei nele! Eu rezei nele, eu não sei nem explicar um negócio desse, que eu gostava de rezar, eu rezava minhas orações sempre, desde de eu novinha eu gostava de rezar, sabe? Eu nunca dormi sem rezar, e o catecismo [terço] eu tinha, já vivia com meu catecismo guardado, aí todo dia eu rezava, rezava, rezava, aí eu já tinha o dom de rezar desde eu nova, aí eu rezei nele ... rezei nele de olhado, rezei nele de olhado, quebrante, escuvado e depois foi aquilo, foi vindo uma coisa atrás da outra, uma coisa atrás da outra, assim uma reza na minha cabeça, uma atrás da outra, uma atrás da outra, uma atrás da outra e hoje eu rezo até de...não sei, eu só não rezo para a pessoa ficar feio [risos]. Agora só que nesse tempo, eu não sabia muita reza de muitas doenças, sabe? Foi chegando, foi chegando, foi chegando, foi chegando e eu também não sei dizer quem me ensinou, como me veio não, não sei, é uma coisa que eu vou morrer e não sei. Agora só que na minha família ... meu pai rezava, mas era só uma reza só. Mas tinha o finado Afonso um tio meu que rezava direitinho feito eu. Mas agora ninguém me ensinou não, eu rezei nos meus filhos, rezei em todo mundo e rezo até hoje.

Cada santo tem uma reza. Tem Santa Maria, tem Santa Pelonha, que eu chamo...primeiro eu peço à Deus né? E depois eu peço a ela pra interceder à Deus. Tem Santa Pelonha, tem Santa Maria Anunciada, tem Pedro Paulo, tem ... Ói cada um Santo que tem no céu, tem uma reza, mó dele fazer. Tem São Cosme e São Daminhão, cada um tem a reza, agora quando eu chamo assim, envoco esse povo! Que eu tô rezando, pra mim eu tô vendo essas pessoas ali, rezando nas pessoas e eu servindo de instrumento, sabe? Tenho, todo prazer, chega eu fico, óie... quando eu tô fazendo isso, chega em vê que é uma pessoa que tá ni mim, rindo e chega tá alegre, eu sinto! Eu sinto que eu digo “oxente! Mas eu tô com tanto prazer no mundo que chega eu tô alegre porque eu tô fazendo isso”. Mesmo assim é quando eu tô rezando uma pessoa, eu fico contente, contente e satisfeita, fazendo aquilo com todo prazer, quando eu tô rezando. Eu tenho muito, muito, assim, muita boa vontade de rezar, de rezar nas pessoas.

As rezadeiras relatam que nem todas as doenças podem ser rezadas, pois algumas são “doenças de médicos”, ou seja, aqueles que devem ser cuidadas pelo profissional médico. As doenças das quais se ocupam se caracterizam por uma série de significados simbólicos – psicológicos, sociais e morais – para os membros de grupos sociais específicos, estando ligadas não apenas a esfera física, mas também a questões sociais, psicológicas e/ou espirituais que afetam a vida cotidiana como um todo (SANTOS, 2008).

As rezadeiras são reconhecidas por muitos quilombolas como parte da cultura de seu povo, sendo importante a valorização e reconhecimento de seu trabalho histórico em prol da saúde.

(DSC 19) Curandeira também faz parte da nossa saúde e aí essas práticas, é uma prática que a gente dá continuidade no trabalho no dia-a-dia. Eu acho que se a gente não puder trabalhar isso, a gente vai perder muito.

Porém, essa não é uma compreensão unanime, pois ainda encontramos em alguns discursos a rejeição a prática da reza, pois a compreendem como uma prática relacionada a religião de matriz Africana. Esta ainda é vista de forma negativa por grande parte dos moradores, pois estes, historicamente, sofrem grande influência da Igreja Católica e mais recentemente da Evangélica. Esta influência das igrejas que, inclusive, está presentes no território em estudo, leva a negação e satanização das religiões de matriz africana, bem como de determinadas práticas tradicionais, como no caso da reza.

Assim como em outros estudos (ARAÚJO, 2011; CUNHA, 2012), é possível visualizar que o crescimento de grupos religiosos cristãos tem gerado entraves à transmissão oral familiar de conhecimentos e práticas tradicionais relacionadas ao cuidado em saúde nos quilombolas.

Ao serem perguntados se buscava uma rezadeira para cuidado com a saúde, obtivemos o seguinte DSC que mostra essa rejeição da prática da reza e sua associação com as religiões de origens africanas.

(DSC 20) Não, graças a Deus eu nunca gostei desse pessuá não. Porque se eu fosse tratar de saúde com essas coisas, eu me condenava. E eu sou do crença a Jesus Cristo. Oxe, eu já fui pra esses cantos tudo. Catimbozeiro, tudo eu andei [risos]. Mas quando eu fui pro catimbozeiro, eu ia namorar e beber cachaça, mas pro culto deles eu nunca fui não.

Agora tem gente que diz aí que eu não sei de nada não, não sei rezar, me chama de bruxa, diz que eu sou uma bruxa, mas eu não sou bruxa não, porque eu não entendo de nada de pai de santo, quem diz que é bruxa é os pai de santo, né? Assim mesmo eu não sei se é, é o povo que diz. Mas eu não entendo nada de pai de santo, não ando nesses canto, eu num sei o que é negócio de espíritos, essas coisa, eu não sei o que é ói, nada!

Por se tratar de uma comunidade declaradamente cristã, com predominância do catolicismo e com alguns evangélicos, era previsto que tal percepção apresentada no DSC 20 sobre outras manifestações religiosas estivesse presente nos discursos.

Os mesmo questionamentos foram encontrados no estudo desenvolvido por Araújo (2011) numa comunidade da Paraíba, que mostra a insatisfação de uma rezadeira por ser chamada por algumas pessoas de bruxa, onde para ela, da mesma

forma que para o relato apresentado no DSC anterior, bruxaria está ligada a religiões de matriz africana e ao mal, enquanto sua reza tem ligações com a Igreja Católica.

Desde o processo de colonização do Brasil, a perseguição e a intolerância da Igreja Católica com outras religiões persistem, demonizando-as. Ainda hoje muitas das formas do Candomblé ainda são vistas socialmente como “magia negra”, bruxaria, feitiçaria e satanismo (SILVA; SILVA, 2017). A igreja foi historicamente descaracterizando as religiões de matriz africana e unindo-as sistematicamente à cultura nacional de forma a submeter os povos a seus dogmas e preceitos de predominância branca e eurocêntrica. Apesar da junção às práticas católicas, muitos rituais e concepções religiosas negras impuseram-se na sociedade branca (GOMBERG, 2011; PRANDI, 1998), como é o caso da fitoterapia mágico-religiosa e a reza. Assim, podemos compreender a realização de práticas relacionadas a religiões de matriz africana sendo realizadas por pessoas que se declaram católicas.

5.2 NECESSIDADES EM SAÚDE PARA OS QUILOMBOLAS

A partir da percepção de saúde construída por meio dos discursos dos sujeitos/participantes e das formas de cuidado praticadas, buscamos as necessidades em saúde presentes nos discursos. Lembrando que, de acordo com Stotz (1991), as necessidades se expressam nas demandas sociais de uma determinada população ou grupo, no nosso caso, na comunidade quilombola, e são geradas por meio de sua organização e modo de vida.

Dessa forma, as necessidades em saúde se referem a sujeitos coletivos, estando ligadas as lutas étnicas-raciais, de gênero e de classe. Se relacionam a aspectos históricos e sociais que abrangem vertentes relacionadas a garantia de sobrevivência do sujeito, como os discursos que abordam: a alimentação saudável e o acesso a água (DSC 21); o direito à saúde, presentes nos discursos que buscam o acesso a uma atenção integral em saúde (DSCs 22, 23 e 24); e com a determinação social da saúde, que trabalharemos melhor no próximo capítulo (HELLER, 1986).

Dois pontos importantes levantados nessa discussão referem-se ao acesso à água e à uma alimentação saudável, corroborando com as discussões anteriores, que mostram uma forte relação desse tema com a saúde.

(DSC 21) São várias, né? [As necessidades em saúde] Mas eu vou colocar o seguinte... Primeiro, que tenha uma boa alimentação, sadia, mas também a gente tudo que fizer para o bem de nossa saúde [...] e a gente sabe que quando a gente não se alimenta bem e não tem uma água tratada a gente é prejudicado. Quando a gente não tem uma alimentação boa a gente é prejudicado, e saúde, ela tem tudo a ver com essa questão. Pra eu ter mais saúde hoje, é o que eu plantasse e eu só poder comer aquela coisa que eu mesmo plantasse, que eu mesmo fizesse de não tá na feira comprando carne [...]. Uma galinha dessa aqui tem de nove meses à um ano, você pegar uma galinha dessa pra comer, você sente o quê? Você sente a coisa melhor do mundo e é sadio, mas só que a galinha de granja é quarenta dias, quarenta e cinco, e não tem condição de uma coisa dessa ser boa pra pessoa. Aquilo ali acaba com a saúde de uma pessoa, porque ali de um ano pra quarenta dias é muita diferença, e a situação pra pessoa que come é ruim, eu parei de comer galinha faz tempo [...]. Hoje, as comunidades quilombolas, se a gente tivesse conseguido os nossos territórios pra expandir mais as plantações e ter uma boa alimentação, eu acho que a gente teria mais saúde.

Ói minha fia, se eu pudesse o que eu gostaria aqui era água, água suficiente pra gente trabalhá, fazer as coisinha da gente, que nunca faltava nada mais pra gente. Que a gente tendo água dentro de casa tem tudo.

O DSC acima mostra a necessidade em se ter uma boa alimentação, livre de agrotóxicos, hormônios e outras químicas. Traz ainda a necessidade de consumir os alimentos produzidos na própria comunidade, pois esses são cultivados sem a adição de produtos que façam mal à saúde. Outro ponto importante, relacionado a essa questão, é a luta pelo território quilombola, a necessidade de expansão das terras para garantir as áreas de cultivos e criações, pois com o aumento da população, as áreas de cultivo são reduzidas. Além disso, o DSC 21 expõe a importância do acesso à água, tanto para o consumo e uso residencial, quanto para irrigar as plantações.

O cultivo, criação e produção de alimento por comunidades quilombolas fazem parte de seus modos de vida e de sua herança ancestral. A dieta quilombola historicamente foi constituída, principalmente, por alimentos cultivados localmente, que segundo Silva e Baptista (2016), caracterizava um consumo irregular e restrito a determinados alimentos, portanto, nem sempre existia uma diversidade de alimentos disponíveis. Esta dependia da época do ano e da safra.

As demais necessidades relatadas referiram-se a qualidade da atenção à saúde prestada pela Unidade de Saúde da Família (USF) que atende ao território, onde foram relatados os problemas encontrados para que tenham uma atenção integral a saúde, que sejam respeitados como sujeito em sua cultura e modo de vida.

(DSC 22) [...] [Um profissional de saúde] quando alguém fala que tá tomando chá de plantas medicinais, ele pergunta logo: "você acham que isso resolve?" Então a gente tem que fazer muita discussão com a saúde das comunidades quilombolas em todos os aspectos. É saber o tipo da

alimentação, é saber qual a saúde que nós queremos, porque a saúde que nós queremos é a saúde diferente da saúde que está aí, é a saúde que tem um bom atendimento, é a saúde que a gente seja mais orientado, né? Com os profissionais da saúde, o que é mais importante pra gente né. Eu não acredito nesse respeito não, que vem do governo, porque se o governo tivesse mais respeito ele botava um profissional no posto de saúde pra atender os quilombolas e o povo do campo, mais adequado, escutar ele, porque ele não tem um aparelho no pescoço? Então tem que escutá-lo. Não é só chegar e baixar a cabeça aqui e tome caneta. “O que é que você tem?” “Doutor, eu tô sentindo uma dor”... Mas ele não vem olhar onde é a dor, se tem essa dor ou se não tem. Chega aqui, escreveu e tome, vá fazer o exame e pronto.

O DSC 22 mostra que alguns profissionais de saúde reduzem as necessidades em saúde dos quilombolas aos padrões hegemônicos, sem levarem em consideração suas experiências de vida e sua cultura. Dessa forma, as necessidades dos quilombolas não estão sendo traduzidas em demanda no serviço de saúde que os atendem (SILVA et al., 2007; STOTZ, 1991). A questão cultural quilombola é invisibilizada, não sendo reconhecida pelo poder institucional, aqui representado pelo profissional médico, que além de não dialogar e não conviver com as práticas tradicionais em saúde desenvolvidas, não as tolera. Dessa forma, o discurso acima reflete a necessidade de um cuidado integral, nos quais os profissionais de saúde conheçam e respeitem os fundamentos religiosos e tradicionais, o modo de vida, a cultura e especificidades em saúde da população quilombola para que possam ofertar um atendimento humanizado e pautado nas necessidades.

(DSC 23) Existe, quando eu chego no posto, que eu não encontro alguém, o próprio profissional, a forma como ele atende a gente, nem olha pra gente e acha que já atendeu, já passa um medicamento e aí não fomos atendidos. Eu acho que precisa ter um tempo mais adequado para que as pessoas se sintam em um bom atendimento, pelo o menos pra dizer: “eu vou ter saúde um pouco mais, sem precisar tomar tanto medicamento”. Queria que viesse um [profissional de saúde], que o [profissional] senta, ele olha pra você e vai logo escrevendo e toma o papel e manda eu fazer exame. Não! Me diga o que é que eu tenho? Diga como eu vou me sentir, não só meter exame, exame, exame e exame, não resolve nada! Eu acho que o atendimento [...] deveria ser... é uma questão que incomoda que as vezes o pessoal, a pessoa tá com um problema de saúde, e o [profissional de saúde] só vem em uma determinada data, e quando vem ... acaba demorando pouco tempo, e às vezes a pessoa não tem uma disponibilidade de tá naquele, naquele período, acaba incomodando.

Como podemos ver no DSC 23, uma das necessidades relatadas é a de diálogo com o profissional de saúde, onde os usuários possam ser ouvidos e que o profissional explique se há algum problema de saúde e sua conduta. O DSC mostra que não existe

vínculo entre o profissional de saúde e a população, causando uma insatisfação em relação ao cuidado ofertado, onde esse não atende as necessidades dos quilombolas.

De acordo com os estudo de Shimizu et al (2018), o aumento das equipes de saúde da família (eSF) melhorou bastante o acesso aos serviços de saúde em grande parte da população brasileira, porém ainda é bastante frágil em algumas regiões do país, como no caso da comunidade em estudo, que localiza-se no agreste pernambucano, ou seja, numa zona rural do nordeste brasileiro. Dessa forma, é frequente encontrarmos problemas referentes a falta de integração da rede de serviços, grande demanda e pouca oferta, poucos espaços de participação social, cuidado baseado no modelo médico-centrado, bem como a carência de capacitação profissional (SHIMIZU et al., 2018), que é de extrema importância quando estamos nos referindo a comunidades tradicionais, que possuem necessidades em saúde diferentes das apresentadas por outras populações as quais os profissionais de saúde tiveram mais contato durante sua formação.

No caso dos quilombolas, a capacitação profissional faz-se ainda mais urgente, pois além das questões relacionadas ao modo de vida tradicional, existem ainda elemento étnicos e culturais que pesam na relação de vínculo e confiança com os profissionais de saúde. A compreensão da cultura, religiosidade e modo de vida quilombola, além do debate sobre o racismo institucional, são questões que devem estar presentes na formação dos profissionais de saúde.

Outro elemento que aparece como importante na relação da comunidade com os profissionais da USF é a visita domiciliar que, segundo os relatos, não ocorre de forma satisfatória.

(DSC 24) Eu acho assim que se o médico mesmo pudesse vir mais vezes ou se não uma enfermeira ou se não, se a comunidade tivesse as visitas é ... dos seus agentes de saúde em suas residências pra explicar ou pra dizer ou perguntar se a família, se tem algum membro doente, se tiver algum membro doente explicar o que se tem que fazer, se vá num posto ou se num vá, o que é que se deve tomar. Às vezes receber uma simples visita de um profissional em sua casa, ou dizer sei lá! Nem que seja pra ir na sua casa pra dizer um bom dia, eu acho que já, já faria essa diferença pra essa questão da saúde. Se entrasse um médico, enfermeira, agente de saúde melhor, melhorava pra tudo. Que lutasse por isso.

A visita domiciliar é um potente instrumento para promoção da saúde e construção de vínculos entre a equipe e os usuários. Este vínculo favorece a adesão ao tratamento, melhora a comunicação e respeita a autonomia do usuário. A comunicação entre a equipe e os usuários é fulcral para o estabelecimento de uma

relação de confiança. Dessa forma, o profissional de saúde deve saber dialogar, ouvir e orientar, construindo um cuidado de forma conjunta, com base nos diferentes saberes em questão (SHIMIZU et al., 2018).

As necessidades em saúde apresentadas pelos sujeitos/participantes são referentes ao acesso aos serviços de saúde, à conformação de uma rede de serviços que dê conta da demanda, da qualidade no atendimento médico e do vínculo desse com o usuário. Tudo isso para que seja ofertada uma atenção integral.

As comunidades rurais, comparadas com populações urbanas, possuem menos acesso aos serviços de saúde, principalmente aqueles referentes a média e alta complexidade, sendo ainda um grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) a garantia da universalidade do acesso a serviços de qualidade (SHIMIZU et al., 2018).

Com base nos estudos de Stotz (1991), sabemos que as necessidades em saúde, ainda que sofram influência do contexto histórico e social, são sentidas individualmente, porém, ainda são consideradas pelo sistema social de forma abstrata, o que descontextualiza as pessoas da determinação do seu processo de vida, que também é seu processo de saúde. Dessa forma, as instituições ofertam programas verticais que não atendem as especificidades dos quilombolas, reduzindo suas necessidades a perspectiva biológica da doença e a narrativas patológicas e sintomáticas (EGRY; OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, o cuidado em saúde quilombola deve ser compreendido de forma ampla e integralizada pautado: na garantia da produção, na soberania alimentar e na reprodução da vida dessas populações, levando ao acolhimento dos diferentes saberes, ao respeito as individualidades e para o olhar sistêmico da saúde com a vida e a natureza. Assim, um grande desafio que os quilombolas têm enfrentado é a demarcação e titulação de suas terras, lutando diariamente com fazendeiros, grileiros, comerciantes do setor imobiliário, para garantirem seus territórios, seus modos de vida e, conseqüentemente, a sua saúde.

5.3 ELEMENTOS DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE NO CASTAINHO

No intuito de aprofundar o entendimento sobre saúde quilombola de forma participativa e levando em consideração a realidade vivida pelos sujeitos-participantes, realizamos encontros com base no método do Círculo de Cultura, que possibilitou desvelar elementos da determinação social da saúde dos quilombolas

investigados. Ainda no primeiro encontro, ao apresentarmos a proposta e solicitarmos que cada sujeito/participante falasse o que vinha a mente quando escutavam a palavra saúde, conseguimos elencar os temas centrais ou, segundo Paulo Freire (2006), temas dobradiças ou palavras geradoras. Esses temas surgem das falas dialogadas entre os membros participantes dos CC, sendo essenciais no entendimento dos processos protetores e destrutivos para a saúde, se conformando como elementos fundamentais na compreensão da determinação social da saúde no território quilombola em estudo.

Os temas encontrados nas falas do primeiro encontro do CC foram validados no início do segundo encontro e foram temas dos encontros posteriores (2º, 3º, 4º e 5º). Seguindo a ordem de discussão, são eles: 1. Racismo e Saúde; 2. Cultura quilombola e Saúde; 3. Mãe terra e Saúde; 4. Práticas tradicionais em Saúde.

Para melhor organização textual nesse estudo estaremos discutindo os temas 2 e 4 juntos, pois compreendemos as práticas tradicionais em saúde como parte da cultura quilombola, sendo discutida separadamente no território, por meio dos círculos de cultura, apenas por uma questão didática.

5.3.1 Mãe terra e saúde

Os povos tradicionais, como os quilombolas, desempenham um papel fundamental na proteção da natureza, tendo o território como local de moradia e sustento. Nele é construída a identidade grupal, fortalecendo sua cultura e modos de vida, reproduzindo relações ancestrais com a natureza e produzindo novas relações.

Ao debatermos a relação da saúde com a natureza, surge como indispensável a discussão do território. Dessa forma, o diálogo do Círculo de Cultura foi realizado em dois momentos: no primeiro, os sujeitos-participantes construíram um mapa da comunidade, por meio da técnica de mapa falado, colocando espaços e estruturas que identificavam como importantes para a discussão. Em seguida, olhando para o território, discutimos a relação da saúde com a natureza.

Foram desenhados espaços centrais como a Associação de Moradores, a casa de farinha, a caixa d'água, o rio em cor escura representando a poluição, as principais ruas de acesso, as plantações, a mata, a escola, além de diversas casas, árvores e outros elementos pertencentes ao território.

Existe uma forte relação entre os quilombolas e a natureza, onde podemos identificar os 5 fenômenos do metabolismo sociedade-natureza (S-N) (TOLEDO, 2013), ou seja, entre a comunidade quilombola em estudo e a natureza.

O primeiro elemento refere-se a relação com a natureza e seus elementos no território, este compreendida como algo fundamental a vida, pois como dito, é nele que os quilombolas constroem sua identidade, produzem e reproduzem seus modos de vida.

[...] porque o território ele mexe com tudo o que tiver dentro de nós, na nossa vida (Zumbi).

Porque sem a Terra ninguém existe! Não existe nada [...] tudo que se produz hoje tem que ter a terra! Não se produz nada sem a terra! (Zumbi)

Sem a terra nós não somos nada! (Nagô)

As falas ratificam a importância do território na vida dos quilombolas e na manutenção do metabolismo S-N. A luta pelo território é a luta pela vida quilombola. Dessa forma, muitos quilombolas colocam suas vidas em riscos na luta em defesa do território. A comunidade em estudo tem parte de suas terras demarcadas, porém, para conseguirem essa conquista, suas lideranças foram ameaçadas de morte por fazendeiros e donos de imobiliárias que especulavam a construção de lotes residenciais. O líder comunitário passou alguns meses sob proteção policial, morando em outro município, devido as frequentes ameaças de morte sofridas.

[...] O que a gente já passou, eu e esse caba aqui...só não morremos porque Deus é bom! [...] E nessa hora que eu tava, eu não podia virar pra trás, mas eu conheci um dum lado, outro de outro e um detrás de minhas costas, como aqui nessa mesa. Ele botou as mãos nas minhas costa assim olhe... Os três pistoleiros dando mole e eu aqui conversando com ele cara a cara, nessa hora eu pedi... meu Deus, só você e mais ninguém, no coração né... Só Deus e mais ninguém... Eu como pai de família...meus filhos tudinho, não tinha nenhum casado, era tudo solteiro, hoje tão tudo casado...tudo com fio, donos das casa deles...quer dizer, foi através de quem? Através de nossa coragem, quem quase morre foi eu e esse aqui. Nós demos a vida por essa luta...eu e ele, pegamo um na mão do outro e vamos trabalhar junto, e vamos quando ele vier [...] E não terminou não... As crianças e os jovens que tem o conhecimento tem que tá na luta (Nagô).

O relato acima traz a lembrança das ameaças sofridas para conseguirem a posse do território. De acordo com a Comissão Pastoral da Terra (2013), a terra onde está localizada a comunidade sempre foi cobiçada pela especulação imobiliária, dessa forma, muitos se aproveitaram do poder político e econômico que tinham para tirar dos quilombolas suas terras, por meio de grilagem e ameaças. Porém, mesmo sob

ameaças a comunidade e suas lideranças, resistiram e se organizaram em defesa de suas terras.

É porque na verdade o pessoal tem que entender o seguinte, o pessoal mais velho que lutou no território [...] e a gente que vem de uma geração mais nova, que a gente vê, que são poucos engajados né, mas a gente se esforça, acompanha, tenta aprender, e tá buscando melhorar o que eles conseguiram ... Eles conseguiram o território, a gente quer fazer o quê? A gente quer ampliar e melhorar, melhorar dessa parte, da agrofloresta e de algum meio de gerar meio pra o pessoal não sair daqui (Ganga Zumba).

A importância da luta pelo território é valorizada na fala de Ganga Zumba que, mesmo não tendo participado ativamente da luta pela posse do território, sabe da importância em continuar a lutar e buscar novas conquistas, pois estamos vendo a cada dia direitos conquistados sendo negados, como no caso da demarcação de terras.

[...] Nós estamos se limitando a construção de casas e acabando com o restante do pouquinho do nosso território. [...] O governo tá liberando construção de casa com o recurso Minha casa, Minha vida para população, mas ainda até agora ele não liberou meu território, minha vida que é o mais importante. Como é que eu vou construir a casa sem a terra? Como é que eu vou plantar mandioca sem a terra? Como é que eu vou criar minha galinha se eu não tenho a terra? Como é que eu vou cavar o meu poço se eu não tenho a terra? Como é que vou preservar minha fonte que tá lá, que tá do lado do fazendeiro, se eu tô sem água, se eu não tenho a terra? (Zumbi)

A fala de Zumbi reforça a importância da concretização da política de demarcação de terras quilombolas, como presente no artigo 68 da Constituição Federal de 1988 (CF 88): “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). Apesar do direito a terra quilombola ser um direito constitucional, poucas comunidades quilombolas têm suas terras tituladas e demarcadas pelo Estado.

De acordo com Fernandes e Munhoz (2013), existe uma impossibilidade de autoatribuição por parte das comunidades quilombolas que dificulta a concretização do direito à terra, pois necessitam de um atestado do Estado que as legitimem como quilombolas. Ou seja, são submetidas as suas normativas, levando ao enquadramento de seus modos de vida, sem respeitar suas construções identitárias históricas na qual cada comunidade de maneira singular construiu.

Além da terra, outro elemento importante encontrado nas falas, para a manutenção da vida no território, é a água.

[...] inclusive é a gente pensando na terra e na água, da importância dos dois né. Porque nem a terra vive sem a água, nem a água vive sem a terra. Tem que tá em conjunto né?! (Zumbi)

Fica claro aqui a dependência de água como na parte de saúde. E se... e se nós não tivermos água, se a gente não tiver uma água de boa qualidade, acho que é um pouco difícil a gente ter saúde né?! [...] A gente que é de zona rural, de comunidade quilombola, a gente não precisa de muito para viver não. A gente precisa do que é essencial. Que é uma água de boa qualidade. [...] Água é um direito né?! Não é algo que é uma mercadoria para se vender. [...] É uma luta nossa que a gente vem brigando há um tempo aí em relação a questão de água (Ganga Zumba).

A água se constitui como elemento fundamental a reprodução da vida, sendo essencial no consumo doméstico e para o plantio. Na fala acima, podemos observar a importância da água e da terra para a vida dos quilombolas e a relação dessa com a saúde. Ganga Zumba fala da água como um direito, como uma de suas bandeiras de luta.

Em 2006, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), construiu na comunidade uma caixa d'água. Também foi perfurado um poço para abastecer os moradores com água, porém, a caixa d'água continua vazia e até hoje não foram feitas as instalações para levar a água do poço à caixa d'água para abastecimento das casas.

Essa caixa d'água tem um poço que dá mais ou menos 38 mil metros foi feito pela FUNASA e aí a gente tá sem água hoje tendo esse poço, [...]. Porque é assim, o recurso do governo federal, a única responsabilidade que eles diz, é cavar o poço instalar a rede principal. Entrega pronto não. Aí a outra parte é com a gente (Zumbi).

Segundo relato, o governo deveria instalar a bomba e o encanamento para levar a água do poço até a caixa d'água e colocar pelo percurso alguns chafarizes. Já as instalações para levar água para cada casa seria de responsabilidade da comunidade.

Outro elemento presente no território é uma Estação de Tratamento de Água (ETA) da Compesa. A água de outra comunidade quilombola passa pelas terras da comunidade em estudo e abastece a cidade. Além de os moradores não terem direito a usufruir da água, tiveram algumas vezes suas plantações destruídas devido ao

transbordamento ocorrido pela falta de energia local, como veremos na fala de Zumbi abaixo.

[...] A bomba, a sede é Estrela [comunidade quilombola próxima]. Só que quando falta energia aqui, a bomba lá fica bombeando e aí a bomba daqui não tem como bombear e aí ela vai jogar toda água que tem nas roças e sai arrancando a roça. Aí a gente já fez alguma reclamação, até que melhorou um pouco mais né (Zumbi).

[...] a gente não fomos indenizados né e diz eles, o governo, que não pode ter indenização de território nem nada. Nós podia ter uma contrapartida de água, não dessa água que tá aí, porque essa água é poluída, nós queria água tratada, então pelo menos a contrapartida. Foi isso que faltou na época, nós fechar isso aí, porque os próprios técnicos do INCRA disse (Zumbi).

Apesar de a ETA estar no território da comunidade e algumas vezes causar prejuízo com a destruição das plantações, nunca tiveram nenhuma indenização por estas ocorrências e nem recebem nenhuma contrapartida pela ocupação de parte do território quilombola que abriga a estação de tratamento. Isto se caracteriza como uma forma de violência, pois a comunidade, em sua grande maioria, precisa comprar caminhão pipa para poder ter água.

Além dessa questão, outro problema referente ao acesso e qualidade da água é a poluição do Riacho do Flamengo, um dos afluentes do Rio Mundaú, que passa por suas terras. Este é a única fonte natural de água presente no território, porém o riacho encontra-se poluído, tendo sua água imprópria para consumo e irrigação.

Olhe questão do rio. Garanhuns polui o rio. É muito sério porque não só polui a água pra Castainho, como pra todas as outras comunidades. E a água pra gente, ela representa a vida da gente. Sem essa água, aqui não existiria ...
[...] Então o nosso maior mal hoje pra prejudicar nossa saúde se chama: as cidades! Que eles não cuidam, jogam tudo que tem de sujeira pra o campo e a gente vai respirar tudo isso [...] (Zumbi).

O Riacho do Flamengo, que corta o território de Castainho, é um dos afluentes do Rio Mundaú. Este tem suas nascentes localizadas a oeste da cidade de Garanhuns, em Pernambuco. Entra em Alagoas na cachoeira da Escada, que fica ao sul da cidade de Correntes - PE e noroeste da cidade de Santana do Mundaú – AL. Atravessa a área central da Mata Alagoana e desemboca na lagoa Mundaú, litoral do estado de Alagoas. Estudos, como os de Silva et al. (2007; 2009), mostram que o Alto Mundaú é a região mais poluída do rio, prejudicando também o Médio Mundaú. Ou seja, a poluição do rio, causada já em suas nascentes, além de prejudicar as populações que habitam seus entornos, como no caso do Castainho, afeta também muitas outras comunidades e municípios por onde o rio passa.

A destruição dos rios é uma paisagem frequentemente encontrada em nosso país, fazendo parte do ciclo destrutivo produzido pelo sistema capitalista, ou seja, o ciclo destrutivo do metabolismo S-N. No caso do rio Mundaú, observamos a falta de cuidado com este, não havendo nenhuma política de proteção a não poluição em seus nascedouros, o que prejudica o modo de vida camponês. No nosso caso, o modo de vida quilombola, pois suas águas já chegam poluídas em seu território, o que vem prejudicando suas plantações e comercialização na cidade dos bens produzidos, destruindo o equilíbrio gerado pelo metabolismo S-N que é essencial à vida.

Sobre a questão da água é sobre a nascente do Rio Mundaú, ele não é aqui, ele é em Garanhuns, então se a água vem poluída quem polui não é a gente. Eles poluem a água lá, já vem de lá poluída, então todo o esgoto de Garanhuns, uma parte é jogado nesse rio. Aí tem a parte do pessoal que planta na beira do riacho né, planta verdura né, e aí o pessoal não quer comprar porque é do Rio Mundaú, mas quem é que polui aqui? A gente não polui rio, ele já vem poluído. Eles poluem lá, mas não querem comer as verduras daqui (Acotirene).

A partir da poluição do rio, resultante de um modelo econômico que compreende a natureza como mera produtora de bens comercializáveis, podemos observar problemas enfrentados pelos quilombolas nas fases do Metabolismo S-N, principalmente na fase de apropriação (A) da água do rio, pois não podem utilizar de forma segura esse bem natural; e na fase de circulação (C) dos bens produzidos, ou seja, de comercialização do excedente, estando esta prejudicada devido a não aceitação dos produtos da comunidade por alguns consumidores, devido a possível utilização da água poluída do rio na irrigação das hortaliças .

E aí vem o fato das verduras daqui de Garanhuns vem de Lajedo, porque daqui ninguém quer comprar não (Nagô).

A de Lajedo é cheia de agrotóxicos que mata mais... a mesma água que passa aqui, passa em Correntes (Acotirene).

As falas acima mostram o racismo historicamente sofrido pelos quilombolas, pois as hortaliças cultivadas no Castainho não são bem vistas por muitos que residem na cidade devido a serem possivelmente irrigadas por águas poluídas do Rio Mundaú. Porém, este mesmo rio passa por outras comunidades e povoados, bem como por outros municípios, em que agricultores também usam suas águas para irrigar as hortaliças que vendem na feira. Porém, ao invés de a população fazer um movimento

de proteção da nascente do rio e reivindicar uma política de proteção e não poluição do rio, boicotam uma comunidade e a culpabilizam pela poluição da água.

Este fato nos leva ao conceito de Racismo Ambiental, pois de acordo com Rangel (2016), esse conceito está relacionado com a injustiça social sofrida por populações vulnerabilizadas, como a quilombola, impulsionado pela desigualdade na distribuição do poder e das riquezas, sendo os recursos naturais e os territórios apropriados pelas classes sociais mais abastardas. Dessa forma, a poluição do Rio Mundaú é uma expressão do racismo ambiental vivido por essa população, afetando diretamente e de forma desvantajosa seu modo de vida.

Ainda referente a contaminação do ambiente e o prejuízo causado na saúde, humana e da natureza, foi levantado o problema do uso de agrotóxicos.

Como abordado por Gurgel et al (2018), o Brasil possui um modelo de agricultura marcado por injustiças sociais e ambientais, circulando em seu território diversos agrotóxicos que são proibidos em outros países devido aos danos que causam à saúde e ao ambiente, sendo o Brasil um importante consumidor desses produtos, o que leva a sérios impactos na saúde da população, seja a curto médio ou longo prazos.

[...] Porque quando você usa o agrotóxico, aonde tiver uma fonte de água, ela fica contaminada. Aquela água não trará nada de bem pra gente né, e tudo isso tem uma coisa a ver com a outra [...]. Verdura nenhuma de feira não tô comendo mais, eu não como tomate, não como repolho, não como couve flor, não como pimentão, deixei de comer tudo, porque aquelas que não tem águas poluídas tem o veneno. Principalmente os tomates. Quanto mais bonita, mais tem veneno (Zumbi).

Existe o conhecimento, entre os participantes do estudo, do mal causado pelo uso do agrotóxico e poucos na comunidade fazem uso dessa substância. Muitos utilizam como forma de diminuir as pragas da lavoura a manipueira, que de acordo com Costa (2018), é o líquido extraído da mandioca prensada no processo de fabricação da farinha. Esse líquido contém ácido cianídrico que é nocivo à alimentação animal e humana. Porém, ao ser submetido à fermentação anaeróbica, transforma-se em um excelente complemento alimentar para animais, bem como um ótimo combatente de pragas e doenças. Entre outros usos, também serve no controle de formigas e insetos (BRSCAN, 2011).

Olha, algumas pessoas ainda estão usando agrotóxicos. Porque a gente era muito de alguns anos atrás de botar veneno na formiga e ninguém usa veneno na formiga [...]. Eu já matei formiga [...] com a manipueira, que é o visgo da

mandioca. É um veneno natural, é um veneno que você coloca na formiga e ela não prejudica a saúde de ninguém né, e alimenta... [...]. E a manipueira não só mata, a manipueira serve de adubação. Ele serve de proteção de danos. A manipueira ela serve de alimentação animal, ela passa por um processo que ela vai sair todo aquele cheiro forte que ela tem e alimenta os animais, que engorda mais do que qualquer outra coisa (Zumbi).

A gente tá tentando trabalhar com agrofloresta. [...] A gente tá pensando em fazer isso, a agrofloresta, e aí tem a questão de alimentos, de alimentação... Se a gente conseguir fazer, a gente vai ter uma alimentação de qualidade, né. Que eu digo de qualidade sem agrotóxico (Ganga Zumba).

O cuidado com a natureza e uma alimentação saudável é uma preocupação presente na comunidade. Como dito por Ganga Zumba, a produção por meio de um sistema agroflorestal é um projeto que vem sendo pensado e discutido na comunidade.

[...] desde que você vai plantar você tem que saber cuidar, você tem que saber tratar. Mas é muito cuidado com essa plantação, cuidado com a vegetação, que a vegetação quanto mais a terra sadia, ela tem um... ela solta um ar puro né, e isso aí mexe muito com a gente (Zumbi).

Elemento bastante citado e que relaciona a saúde à natureza é a qualidade do ar. O ar puro que se respira é um elemento promotor da saúde, e segundo a fala de Zumbi, o cuidado com a natureza, com a saúde do solo, produz um ar saudável que reverbera na nossa saúde. Dessa forma, um elemento importante nessa discussão é o cuidado com o lixo produzido nas residências. Esse foi ponto de discussão e reivindicação da comunidade durante anos, onde em 2006 conquistaram o direito à coleta do lixo na comunidade, sendo esta a primeira, e até o momento única comunidade rural do município que possui coleta do lixo.

Olhe, nós eu acho que a gente teve uma grande sorte maior do que qualquer comunidade porque na época em toda reunião que a gente ia discutia essa questão do lixo (Zumbi).

Inicialmente, era suficiente a coleta ser realizada uma vez por semana pelo caminhão, porém com o aumento da população, a comunidade vê a necessidade do caminhão passar mais vezes (Zumbi)

[...] O tempo passou, foi aumentando as casas e aumentando o lixo. Aí a gente tem discutido essa história do lixo, que é um prejuízo muito grande, o plástico no meio da estrada, o plástico no meio da roça [...] Mas tem uma questão principal que as meninas trabalham na reciclagem que tem ajudado bastante. Mas assim a equipe ainda é pequena pra fazer tanta coisa, porque elas vão de casa em casa... (Zumbi).

Uma forma de amenizar o impacto causado pelo lixo no território e na natureza, encontrada por um grupo de mulheres da comunidade, foi a reciclagem. A coleta

seletiva é realizada semanalmente pelo grupo de mulheres *Guerreiras Quilombolas*, que coletam o lixo de casa em casa e armazenam em uma casa cedida por um morador para esse fim. Em seguida, vendem o material e usam o dinheiro fazendo benfeitorias na comunidade. No momento, estão construindo o salão paroquial.

A equipe é pequena e além de ter essa atividade a gente também tem outras atividades. Tem nossa casa, tem a vida pessoal. Então a gente sai uma vez na semana e coleta plásticos, garrafa pet e papelão, o que serve pra reciclar, e coloca numa casinha que tem aqui que pediu emprestado ao dono. [...] A gente vende pra fazer o salão da igreja, a gente vende a um Senhor (Acotirene).

Se as pessoas tivessem consciência ia pouquíssimas coisas para o lixo. O caminhão do lixo ia passar e pegar poucas coisas porque tudo pode... Tem gente que joga as cascas das frutas mesmo junto com o lixo. Tem que ir pra natureza, aquilo vai ser decomposto e vai virar adubo pra terra e serve para as plantas e pra tudo mais. É tipo plástico, qualquer tipo de plástico verde, branco qualquer cor, isso é reciclagem também (Dandara).

Apesar do esforço do grupo de mulheres, ainda é necessário a conscientização dos moradores da comunidade em relação ao descarte do lixo e a colaboração com o projeto de reciclagem, como veremos nas próximas falas de Dandara e Zumbi.

[...] não tem a equipe, não tem pessoas pra ajudar porque é um trabalho voluntário. Ninguém quer trabalhar de graça, a verdade é essa. Aí por isso que tem pouca gente que realmente quer ajudar, porque aí o trabalho a ser feito é voluntário (Dandara).

Aí é uma coisa que é voluntária, e as pessoas precisam compreender. Ou a gente começa a pensar esse lado, o lado do social, ou as coisas não vai mudar nunca (Zumbi).

Esse trabalho de selecionar os materiais descartados nos domicílios e virar lixo apenas aqueles que não servem para adubo e nem reciclagem, colabora com a manutenção do metabolismo S-N, pois só volta para natureza os resíduos que podem ser reutilizáveis por ela, sem exceder sua capacidade natural de reciclagem (TOLEDO, 2013), proporcionando um processo de excreção responsável e seguro.

A relação com a natureza é peça fundamental na reprodução e manutenção do modo de vida quilombola, já que a sua cultura é construída e reconstruída historicamente tendo a relação com a natureza como o alicerce.

5.3.2 Modo de vida tradicional: cultura e práticas em saúde

A relação dos quilombolas com a natureza está presente em seus modos e estilos de vida. A agricultura continua sendo a principal ocupação das famílias, sendo fonte de renda e de subsistência dos quilombolas em estudo.

E a gente trabalhou né, essa questão aí da agricultura [...] ou ajudava ou passava fome. Então a gente...não era aquele negócio que era bom, que a gente gostava que era a coisa melhor do mundo, mas também não era um negócio que sacrificava a gente né, a gente ia fazendo o que podia, ajudava [...], e isso era natural (Ganga Zumba).

Toda a família ajuda de alguma forma na plantação e é por meio do trabalho realizado na agricultura que a família tira seu sustento. O principal produto cultivado é a mandioca, esta faz parte do cotidiano e da vida dos quilombolas, sendo a principal fonte de renda das famílias com a venda dos seus derivados. Em vários momentos dos encontros dos Círculos de Cultura, a mandioca surgiu nas falas como importante elemento na construção da saúde dos participantes, tanto do ponto de vista alimentar, quanto de sustento familiar.

Então porque a mandioca é saúde? porque é alimentação, porque é uma coisa que é saudável, não vai pegar e botar veneno na mandioca, porque não tem por que tá fazendo isso é. E também a mandioca é trabalho, porque você trabalha na roça e não vai fazer outra coisa, vai viver daquilo ali, vai fazer a massa, vai vender na feira (Acotirene).

Já eu quando eu comecei, eu comecei na feira com minha família. Eu plantava mandioca, tirava a goma, tirava a Massa Puba, eu fazia o beiju, eu fazia o pé de moleque e vendia Goma e massa na feira em Correntes, não era aqui em Garanhuns. [...] Sair da Feira, deixei minha menina (Nagô).

Eu criei minha família com a goma, a massa, o beiju, a tapioca, criei mesmo! Além de a mulé com minha fia saber fazer tudo, toda comida da casa de farinha, eu vendia lá na feira, quando eu vendia lá na feira, [...] era muita gente comprando as coisa a eu [...] (Nagô).

As falas acima representam a importância da mandioca e seus derivados no consumo familiar e como fonte de renda com a venda dos produtos. Os quilombolas do Castainho foram historicamente reconhecidos pela população da cidade como os “negros da tapioca”, pois saiam do quilombo para vender tapioca, beiju e outros produtos na cidade.

O trabalho com a mandioca está presente na vida dos quilombolas da comunidade em estudo desde cedo, pois como é uma produção familiar, as crianças

também acompanham os pais na plantação e na casa de farinha para transformação da mandioca.

[...] se você perguntar, se alguém perguntar algo ... se eu pegar a mandioca hoje, da plantação, da parte que planta ela até a tapioca a gente vai saber o procedimento todinho. Ai o pessoal mais novo nem tanto [...] mas o pessoal da minha idade [...] todo mundo sabe (Ganga Zumba).

É porque na época tinha dez casa de farinha, tudo manual, você imagina tudo casa de farinha manual, a dificuldade que era pra trabalhar, você rodando uma roda lá. [...] Ai tinha hora que a gente cansava, mais cansava e não parava, quando cansava vinha o outro, ai tinha o lugar da prensa, tinha o lugar de peneirar a massa, ai pra gente era bom por que tudo aquilo ali era um divertimento. [...] Eu vou fazer um beiju agora, que é pra gente tomar um café agora na casa de farinha pra não precisar ... não tá precisando de pão de padaria, de biscoito essas coisas que hoje as pessoas comem e não tem sabor né (Zumbi).

A casa de farinha é um dos espaços comunitários mais tradicionais da cultura quilombola, ainda preservados em algumas comunidades. É nela que os quilombolas se reúnem para produzir a farinha, a goma, o massa puba, entre outros derivados da mandioca. Mas ela é muito mais que um local de trabalho, é também um espaço de encontro dos moradores (LOBÃO, 2014). Como dito por Zumbi, o trabalho na casa de farinha é também um momento de diversão, de encontrar amigos, conversar, contar histórias e se organizar enquanto comunidade.

[...] A gente subia onde era o roçado de mandioca [...], onde era essas casa ai em cima. Era só plantação de mandioca, então quando você subia, você sempre encontrava os amigos, [...] sempre tava se vendo, né (Ganga Zumba).

Assim como a casa de farinha, as plantações também são locais de encontro entre as famílias. Os quilombolas possuem uma vida regada de muito trabalho. Na lavoura, na casa de farinha, na venda de seus produtos, na criação de animais, na construção de suas casas. Porém, é durante a realização do trabalho que ocorrem os encontros, os momentos de lazer e diversão.

Segundo relato em diário de campo de uma conversa informal com uma senhora da comunidade, ela fala que eles viviam do trabalho e não se tinha tempo para lazer. O lazer era trabalhar. Essa afirmação é reforçada na seguinte fala de Zumbi:

Na minha época era tudo isso, ninguém sabia o que era lazer, né...ninguém sabia...num tinha um momento pra você assim... Como hoje. Hoje muitas coisas mudaram. [...] Aí o homem hoje diz pra mim, lazer é tomar cachaça e futebol, é lazer, pode considerar. Mas pra gente...aquela época era assim, era tudo misturado (Zumbi).

[...] os homens e as mulheres também saiam muito cedo pra ir pra roça, ou tirar a mandioca, ou limpar a mandioca, ou então ir pra casa de farinha e hoje em dia, não. Digamos assim... A gente tem tempo, e o tempo, e o que a gente diz que é lazer é diferente, é ficar em casa assistindo TV [risos] no domingo, digamos assim no final de semana... Eu digo que temos assim três tipos de lazer, cada um escolhe a sua, ou fica em casa assistindo, ou vai pro campo pra ver futebol, aqui temos um campo, ou então vai pros bares quem gosta de beber (Dandara).

A fala de Dandara mostra que as questões relacionadas ao trabalho e descanso vem mudando nas diferentes gerações, pois hoje os mais jovens tem mais tempo para realizar alguma atividade de descanso e lazer, porém os mais velhos relatam que antigamente os momentos de lazer estavam ligados ao trabalho, como dançar samba de coco durante a construções das casa e as contações de histórias ao realizar o trabalho na casa de farinha. Para os mais velhos, como discutimos no capítulo anterior, o trabalho tem uma relação direta com a saúde quilombola, pois também proporcionava momentos de alegrias e prazer. A fala abaixo reforça essa relação.

Eu acho que tem a ver com saúde porque...quando a gente faz um momento de alegria desse, [...] isso ai vai dar uma sacudida na coisa que a gente espera pra saúde porque... Você imagina, a gente tava no trabalho, trabalhando lá cansado e tal, ai parava pra sambar. Ai é uma diversão que a gente estava misturando com a saúde da gente (Zumbi).

É na realização do trabalho que surgem as expressões culturais dos quilombolas, a musicalidade, contações de histórias e danças, como o samba de coco, presente na fala anterior. Esta é uma dança ancestral quilombola, que possui raízes africanas, dançada em comunidades do Nordeste brasileiro. O samba de coco é acompanhado pelo bater de pés e de mãos e por canções que seguem o ritmo da dança (LACERDA; MENDES, 2017).

No Castainho, o samba de coco nasce da necessidade de diminuir o peso e o cansaço do trabalho na construção das casas de taipa, carregando consigo valores culturais.

Eu me lembro ainda hoje que a gente construindo uma casa que a gente morava, a gente passou uma semana, buscando lenha na mata, é cipó, madeira, vara, caibro, essas coisa toda, que a coberta de telha e as parede era tudo cheio de barro. Essas paredes aqui que a gente vê tudo de tijolo, cimento, pedra num sei o quê, era tudo madeira trançada com cipó e aí a gente ia pra mata caçar o cipó. Quando estava a madeira tudo pronta e aí trançava a madeira uma assim com a outra, enrolava, tinha lugar que o cipó enrolava tanto que não dava pra butar barro, aí a gente fazia o barro bem molinho pra colocar pra encaixar. [...] Até as portas era de madeira. Eles butavam umas vara assim em pé, botavam outras atravessada assim e enchia com palha de coco e a fechadura era enfiava a mão por dentro, tinha uma madeira atravessada que eles botavam assim, aí trucia [torcia], assim,

trucia [torcia] aí amarrava lá e já era a fechadura. Naquela época era assim, né. [...] Quando eles diziam a casa tá pronta... mais ainda falta alguma coisa, pisar, botar agora pra pisar o piso, era dois dia de festa, coco! Coco pesado mermo! Era um coco que começava, começava seis da noite... Quando era meia noite tava a pueira, quando não molhava a poeira tava cobrindo por todo lugar, e aí não tinha luz, era tudo no candeeiro, que antigamente chamava lamparina. As mulher era cozinhando, carne de galinha, carne de porco, aquela panelona de comida com os... com aqueles xerém, num tinha essa história de arroz. Aí quando dava meia noite parava, fazia um intervalo... vamos tomar um café agora e o café era comer muita carne e a cachaça muito forte que era liberada. Aí quando um olhava assim e dizia, oh! “nós já demorou muito nesse jantar, vamo começar a dança”... Aí vai começar. Eu lembro que seis hora da manhã me acordaram, eu lembro tava até dormindo, lá num cantinho da parede, eu era muleque, seis hora da manhã me acordaram com a pisada dentro de casa... “tiro o minino daí pra gente num pisar nele, tira aí, tira tira ligeiro, apilou a casa”... Aí quando foi a tarde, tava todo lá cansado aí foram dormi. Aí dormiram um pouquinho por ali, agora aquele durmido rápido, é como o sono da galinha, deitava e quando pensava que não óopa vamo começar de novo pra terminar o piso da casa. Aí começaram e quando deu umas seis hora, agora nós vamos tumar um café e vamo dançar até uma meia noite pra deixar o piso pronto, depois da sambada (Zumbi).

A construção de uma casa na comunidade era um evento, onde vinham pessoas, inclusive de outras comunidades, para ajudar. Como vimos no relato acima, o samba de coco é dançado em forma de celebração, colaborando com a construção do piso das casas, mas também reunindo as pessoas de maneira solidária e cooperativa. Assim como no Castainho, o samba de coco surge em outras comunidades quilombolas ligadas ao trabalho, como na comunidade do Mocambo em Sergipe, onde era dançado à beira da lagoa para celebrar o fim da colheita do arroz (LACERDA, 2017).

Aí o coco era isso. O coco num era porque as pessoas achava que tinha que, era por que... haaa alguém chegou aqui... vamos fazer uma apresentaçõzinha em meia hora pra gente se divertir. Num tinha essa história de se divertir não, e era uma das coisas que eles adoravam fazer esse trabalho (Zumbi).

[...] Homi era seis homi e seis muler... [cantando] “pareia boa é de dois em dois, belas pareias é de dois em dois”. Nós sabia uma música atrás da outra (Nagô).

Atualmente, as casas do Castainho são de alvenaria. Não se constroem mais casas em taipa. Dessa forma, dificilmente se vê alguém dançando o samba de coco, pois, também, o *grupo de dança Castelo Branco*, que existia na comunidade, não se reúne mais e não se apresentam nas festividades. Porém, essa dança ainda é vista, tanto pelos idosos, como pelos mais jovens, como símbolo de sua cultura, estando presente na memória e nas falas dos moradores.

[...] Porque tinha nêgo aqui que sambava que o suor pingava! Quando ele terminava tava molhado de suor! Era uma física pesada [...], é uma física boa! Mas essa física do Samba de Coco, fazia uma casa! Apilava a casa pra deixar quase feito o piso assim, era tudo os nêgo que pisava (Nagô).

É... assim, era bem forte na comunidade e eu acredito que, que era que é, e não deixa de ser, ainda é uma forma de resistência, de luta mas também uma forma de saúde. [...] Também é uma forma de reunião, de você é... sair um pouco de casa para se distrair (Dandara).

É notória a importância da dança como um elemento cultural ancestral e de resistência para a promoção da interação e fortalecimento dos vínculos na comunidade, bem como, para a promoção da alegria e da saúde, conformando-se como elemento fundamental para a identidade quilombola.

Eu quero colocar também a resistência, a palavra no caso, a cultura, por que tem a ver com resistência. A gente vem resistindo desde os nosso antepassado é, em tudo, né. Na resistência em relação a dança, embora a gente não está, pelo menos o samba de coco, não está sendo executado mostrado pra todo mundo, mas ainda existe, uns ou outros conhecem, e até os mais velhos conhecem muito mais do que nós, mais os mais novo também conhecem. [...] Uma coisa que a gente busca é resgatar ou fortalecer. Fortalecer nossa cultura. Uma das coisas da dança e dos ritmos que ela tá dando é a dança afro e o samba de coco que deixa os meninos mais animados. [...] Aí aos pouquinhos a gente tá trazendo de novo, né. Não vou dizer resgate não, a gente tá fortalecendo. Como disse, tá adormecido. [...] E no próximo ano a nossa meta é isso, através do quilombo axé, dança afro sim, mas também o fortalecimento do samba de coco (Dandara).

O samba de coco é parte da cultura da comunidade e também é símbolo da resistência do povo quilombola. Outro símbolo de resistência que surge mais recentemente na comunidade é a dança afro, existindo hoje o grupo chamado *Quilombo Axé*, que se apresenta nas festas do Castainho e demais comunidades quilombolas. Formado por crianças, adolescentes e jovens moradoras do Castainho, o grupo se reúne semanalmente e ensaia danças com ritmos afro, do samba de coco e maculelê.

Na verdade, a dança afro ela, o que era forte, eu lembro de criança, era o samba de coco, era forte, ninguém falava de dança afro né. [...] O forte aqui era o samba de coco, o pessoal dançava e tudo, os mais velhos, depois os mais novos. Depois dessas oficina de festival de inverno que eu não lembro quando começou, mas, aí o pessoal começou...2001 né!? Aí o pessoal trouxe, né... [...] que era uma coisa que a gente não utilizava né, a cultura forte mermo era o samba de coco né, que já veio do pessoal mais velho. Era coisa nossa já, só que não tava na gente, porque não era costume nosso. [...] Mas foi uma coisa que foi bom pra gente, tanto é que a gente mantém o grupo. É difícil, mas elas mantém o grupo. Tem um projeto aí pra dar uma melhorada no grupo de... Tinha dado uma parada porque o incentivo é complicado. É você fazer o negócio com a cara e a coragem... mas é importante, tanto é que Castainho hoje é referência nessa parte né (Ganga Zumba).

Além da dança, o canto e as cantigas tradicionais estão bastante presentes na cultura dos moradores do Castainho.

Tem menina que canta muito música, a gente toca e faz back. [...] A gente tenta pegar as músicas que são de Castainho e que é de Zé Rumão, que também é da banda de pifanos do coco, a gente tenta pegar, músicas da raiz mesmo, aí estamos trabalhando (Dandara).

Teve um tempo aqui também que aqui tinha muito pé de café, as muié apanhava café. [...] Tinha aquelas cantiga daquelas muié, tinha o samba de coco, dos homi com as muié... [...] Tinha uma dança que dizia: Ô cobra verde enroladinho ela é bem verdinha enroladinho... Aí fazia aquela roda enrolando, enrolando, enrolando terminando aquele mói de gente ali no meio, tudo enrolado, aí começava de novo, Ô cobra verde desenrola, ele é verdinha desenroladinho... Aí começava desenrolar, entendeu? Essa era das música véia, antigamente tinha essas coisa tudinha... [...] Mas era muita gente! Nera pouquinho gente não! Quando dizia tem um samba de coco na casa de fulano, a casa enchia (Geraldo).

A musicalidade é muito presente no cotidiano dos quilombolas. Por meio dela são contadas suas histórias e falam de seu modo de vida, eternizando suas tradições. Outro importante elemento da cultura quilombola, que colabora com a propagação dos conhecimentos ancestrais, é a contação de histórias, que reunia idosos, jovens e crianças em círculo para contar histórias e estórias que eram passadas de geração em geração, onde muitas delas se referiam a histórias mal assombradas.

[...] Aí tinha a noite da contação de história. Agora é uma noite [...], eu mermo passava a noite todinha [...]. Aí que hora a gente chegava... Cinco hora da manhã morto de sono... cansado, aí pra esse cidadão que era uma pessoa mais idosa fazer a contação de história, ele gostava de tomar cachaça. Aí quando a gente chegava lá, aí ele dizia: “chegou a meninada [...]. Agora vamos começar essas histórias, que história vocês querem!?” Aí começava a contar tudo que era de história, de malassombro (histórias mal assombradas), tudo que eles sabiam, contavam (Zumbi).

Histórias mal assombradas estão muito presentes nas falas dos moradores do Castainho. Ao conversar sobre o assunto, sempre tem alguém que ou vivenciou uma dessas histórias ou conhece alguém que vivenciou. Assim como encontrado em estudo realizado por Santos (2009) na comunidade quilombola de Olaria, em Iará (BA), que relata o temor de assombrações no imaginário dos quilombolas de Olaria, onde relatam que criaturas espirituais aparecem na comunidade, principalmente em encruzilhadas e debaixo de árvores, “materializando-se em forma de: animais sem pernas, caixão de mortos, fumaça, monstros, etc.” (SANTOS, 2009, p. 5), assustando os vivos. Assim como em Castainho, na comunidade de Olaria muitas pessoas relatam

já terem visto alguma assombração, ou quando não viram, outras pessoas da família viram.

É... a gente quando chega em lugar esquisito tem muitas coisa que aparece né, por exemplo: fogo corredor... isso era muito forte [...]. Nessas roda de conversa, que hoje chama assim de conversa, mas antes era contação de história, aparecia muito isso. [...] Mudou muita coisa aqui em castainho, porque com essa chegada da energia, muitas coisas que apareciam de malassombro nós não tamo vendo hoje. [...] Aqui óh, aqui nessa estrada passava carro de boi da meia noite, é... passava caixão... pessoas com enterro a noite, [...] mula de tralha... é um monte de lata velha como se fosse cavalo bagunçando na estrada. E quem tá próximo não quer nem chegar perto, que é uma bagaceira maior do mundo. [...] Toda noite no pé de jaca, quando não caía jaca, tinha uma luz acesa. A mãe mesmo, [de uma das participantes do estudo] já viu muitas vezes a ... cair jaca e ir atrás da jaca, chegava lá não tinha nada ... Aí aparecia essa luz acesa, aí do lado era um pé de pitomba, que ele era um pé de pitomba bem grande, aparecia uma mula sem cabeça, era muitas coisas que aparecia aqui (Zumbi).

São muitas histórias mal assombradas que escutamos durante a convivência com a comunidade. A mais contada por muitos é a do fogo corredor, onde falam ver um fogo no meio da estrada que aparece em sua frente e de repente some e reaparece em outro lugar, como mostra a fala seguinte.

[...] Aí olhei pro lado de cá e não tinha casa não, só mato, aí já vinha aquela luz debaixo da rede, da rede elétrica, aquele farol bem forte. Aí quando chegava próximo, apagava e depois voltava de novo (Zumbi).

[...] Essas estradas aqui a noite era forte de aparecer esses malassombro. Então, dentro dessa questão da cultura, também tem a ver com essas histórias né, porque na casa de farinha, malassombro a noite?! era o que mais tinha! [...] Gente mexendo farinha sem trabalhar, varrendo a casa, botando lenha, é arrojando a prensa, é tanta coisa, é batendo nas peneira... um monte de coisa que aparece. Então essas questão, de primeiro se falava nas reuniões. Nas contações de histórias da noite também entrava esses assuntos né, e tinha gente que quando o cabra contava uma história de malassombro, dizia “eu num vou pra casa não”, aí já ficava, né (Zumbi).

Encontramos na literatura, como ideia de assombração, as visagens, que são as aparições de seres espirituais em alguns pontos da comunidade, que apresentam-se através de elementos estranhos essencialmente à noite, como no caso de Castainho, os sons ouvidos na casa de farinha e o fogo corredor, também encontrado no estudo de Santos (2009, p. 6) como um “fogo que não consumia”.

Outro elemento bastante presente na cultura quilombola, mas não apenas desse povo, presente também na cultura nordestina e camponesa, são as botijas⁵,

⁵ Vasilha cilíndrica, de barro ou de grés, de boca estreita, gargalo curto e uma pequena asa; Vasilhame no qual, segundo a lenda, se enterram tesouros, como moedas de ouro (Dicionário Michaelis, on line).

usadas por muito tempo para guardar dinheiro e outros bens, onde era enterrada ou escondida em locais como paredes, pisos entre outros.

[...] tem muita pessoas que já faleceram que deixa dinheiro enterrado na butija, isso aí é bronca. Depois que enterra ele lá no cemitério, ele vem procurar alguma pessoa pra entregar esse dinheiro, seja o dinheiro que tenha valor ou não, e aí quem tem coragem vai, quem não tem não vai. [...] Aí passa muito tempo e ela repete e se a pessoa não quiser, ela procura outra pessoa. [...] Tem também a questão do horário também, que não pode ser qualquer hora, mais a noite. [...] E aparece muita coisa, pois é encantada né, é encantada. Aparece muita muganga, aparece gente gritando, gente chamando você [...] (Zumbi).

Relatos semelhantes sobre tesouros enterrados em botijas também foram encontrados em estudos realizados nas comunidades remanescentes de quilombo do Rio Grande do Sul (WEIMER, 2014), assim como na comunidade de Olaria, na Bahia (SANTOS, 2009).

Além dessas histórias, há, segundo relatos, a aparição de uma cobra gigante próximo a mata. Dos que falam ter visto a cobra, dizem que ela mede cerca de 7m, e que não atacou ninguém, apenas passa por perto da pessoa e segue para a mata.

Mas rapaz, o pessoal tá dizendo que tem uma cobra criada por aqui, uma serpente. O rapaz lá embaixo mangou [zombou] do outro cara que viu a cobra. Alguém viu a cobra, contou a ele, e ele ficou rindo da cara do pessoal. Cinco dias depois, ele me disse que quando estava voltando para casa, do capim lá que ele foi tirar... ele ficou olhando para eu... ficou olhando para eu... abaixado a cabeça. Aí ele me disse que o que menino disse da cobra que é verdade, “eu vi a cobra lá na vargem e se ela tivesse para mim pegar ela tinha me pego, de vez que eu tava tirando capim com ‘estravenga’ e ela desceu com tudo eu derrubei ela da mão e travei de tudo. Não tive voz, não tive força pra sair”. Ele disse que a sorte foi que quando ela viu ele, que fez aquele reboleio dela e partiu pra perto dele, de onde ela tava olhe, partiu pra perto dele... é um exemplo ele, um exemplo pra acreditar nas coisas que se ouve. [...] Ele me disse que ela tava dessa grossura assim [gesto com a mão] e que tinha 6 a 7 metros. Ele disse que era olhando pra ela e ela descendo de lá... Oa, passou e foi embora... E ele disse que onde ela ia passando, o capim ia caindo (Ossaim).

Essas e outras histórias contadas fazem parte da dimensão cultural trazida pela comunidade. Outro elemento significativo nessa dimensão diz respeito as práticas tradicionais ou ancestrais, representadas essencialmente por meio das rezadeiras e rezadores, parteiras, e pelo uso das ervas medicinais, que são bastante presentes no cotidiano da comunidade. É importante destacar que as comunidades quilombolas mantêm saberes que são passados de geração a geração e que aparecem em seu cotidiano, como práticas tradicionais que são consideradas valiosas, principalmente entre os mais velhos (SOUZA; SOUZA, 2011).

[...] Porque a reza é uma tradição, porque tem gente que reza de olhado, quexo caído...é um monte de coisa. [...] Minha irmã [...], ela reza de cobreiro, [...] cobreiro que se fala é isso aqui ó, tipo uma impinge com carocinho. Aí ele vai fechando aqui, se fechar a pessoa morre! Aí quem tem esse problema, se for para médico, o médico não resolve, tem que procurar o rezador. [...] Outra coisa, se a cobra morde, se tem um rezador bom, aí não precisa mais de médico. Se a cobra mordeu aí vai ligeiro na casa do rezador, pois as vezes não dá tempo não, aí reza e aí aquela pessoa fica de resguardo, não pode receber visita [...] (Zumbi).

As rezas e benzeções fazem parte da tradição cultural dos quilombolas. Estas referem-se aos recursos e meios do saber popular, gerados e (re)significados pela cultura, como os conhecimentos sobre ervas, banhos, chás, garrafadas, entre outros medicamentos caseiros que se concretizam por meio do conhecimento terapêutico ancestral, dos mais velhos, bem como das rezadeiras da comunidade, na busca do cuidado com a saúde daqueles que a procuram. São as mulheres rezadeiras as principais responsáveis no resguardo e circulação dos ritos e signos provenientes dessa cultura tradicional (CONCEIÇÃO, 2015).

Pra tudo tem uma reza né, pra dor de dente, dor de cabeça, pra um monte de coisa. E o rezador que reza, ele tem que ser uma pessoa que faça as coisas com gosto, com prazer. [...] Aqui tinha finado preto, finado Joaquim, mais uns outros que tinham aqui, eles eram rezador profissional. Se tivesse um cercado cheio de cobra, vocês imaginem um cercado cheio de cobra coral, ai eles eram chamados pra reza nesse cercado [...]. Aí quando ele termina de reza, aí desce aquele rebanho de cobra. Aí vai embora, não fica uma [...]. Fogo, tá pegando fogo em determinado lugar tem rezador que reza, [...] então a reza é coisa séria (Zumbi).

A cultura da reza, bem como das demais práticas tradicionais em saúde, tem uma presença forte na comunidade. Muitos moradores buscam essa prática como forma de cuidado com a saúde, sendo esta, muitas vezes, a primeira forma de cuidado que buscam ao adoecer. O rezador ou a rezadeira desenvolve sua prática de forma voluntária, pois acredita que é uma dádiva divina. Dessa forma, não pode cobrar, e se o faz, perde esse dom. O atendimento é realizado na própria casa do rezador ou rezadeira e durante todo o dia aparecem pessoas em busca de serem rezados, sejam moradoras da comunidade ou de localidades mais distantes, como dos municípios vizinhos.

A procura se dá por diversos motivos, seja devido a alguma doença já instalada, seja por contusões, indisposição, que pode ser proveniente de inveja ou mal olhado. Muitas vezes a reza e o uso de ervas medicinais são realizados de forma complementar ao tratamento convencional. Muitos são os relatos sobre a cura pela reza, como o de Zumbi, abaixo.

[...] Minha menina que era pequena e estava quatro dia com dor de dente e deu hemorragia. E isso meia-noite. Eu tenho uma mania, assim que de qualquer hora que eu acordar eu olhar a menina. Aí quando eu cheguei lá, o travesseiro dela tava completo de sangue, e eu já tava com cuidado né, e ela... [...] Ela extraiu o dente já tava com quatro dia. Mas ela extraiu o dente e ficou pulando, pulando e se trepando em galho de pau, quando foi dormir de noite, e quando eu olhei, já era meia-noite, o travesseiro tava completo de sangue do lado da cabeça dela, e ela dormindo que não tava nem percebendo. Aí eu saí de casa pra chamar ele. Eu disse: “ó, minha menina tá com hemorragia, e vim pra você rezar, ela extraiu o dente, e menino não pode ficar segurando pra não tá pulando, né?”. Aí ele disse: “como é o nome dela?” Aí eu disse a ele e ele começou a rezar e rezou, rezou, rezou, e disse: “agora ... chega em casa, vá lá no pé de bananeira, tire um pedacinho daquele mangarão, faça um chá quando esfriar um pouquinho você já usa e vai ver que vai parar”. Quando cheguei em casa já tinha parado mais. Aí o rezador também é pra essa questão e pra outras coisas (Zumbi).

Os rezadores e rezadeiras são pessoas com um vasto conhecimento sobre ervas medicinais e ensinam remédios caseiros como banhos, chás, garrafadas, entre outros. Geralmente, adquiriram esse conhecimento com os pais ou avós, ou outra pessoa idosa de seu convívio, por meio da tradição oral. Já a prática da reza, o dom de rezar, segundo o relato da rezadeira, não foi repassado e sim adquirido assim que seu primeiro filho adoeceu e não tinha no momento a quem recorrer. Dessa forma, ela rezou nele e desde então não parou mais de rezar, e foi “chegando na mente cada vez mais orações”.

Quem me ensinou antigamente foi um vô que eu tinha aqui que ele faleceu com 96 anos. Foi ele que me ensinou esse tipo de medicamento lá do mato né (Ossaim).

Olhe, eu peguei o arcançu, peguei o mastruz, aroeira e quixaba, quatro né?! Quatro e peguei o vinho amargo. Eu não sei se você conhece que é o vinho Jurubeba. Garanhuns aqui fabrica esse vinho e nós conhece aqui por vinho amargo, que é de jurubeba. Cinco produtos. Ai tirei ói, eu não tirei o sumo da... da... do mastruz e do outro produto... eu não tirei no liquidificador porque a gente fazer um medicamento no liquidificador serve não, viu, porque o liquidificador ele corta, ele não tira o sumo. Só faz cortar. Nós tem um paninho de prato que a gente usa pra enxugar. Eu pego essas folhas, esses produtos, coloco no paninho de prato, enrolo, e vou pisar ele com dois pau. Aí quando ele tá espremendo o sumo, eu espremo no copo aquele sumo ali e vou ajuntando lá. Quando dá mais ou menos três dedos do sumo do copo eu pego ele, esse sumo, coloco dentro de uma garrafa pet dessa daqui de dois litros com uma garrafa de vinho amargo, boto ele dentro da garrafa e bota um pedacinho da gengibre, da aroeira e da quixaba, que são bem bons pra infecções. Depois tampo ela, amarro a boca dela com plástico e enterro, enterro no chão. Pronto, essa quentura agora tá ótimo. Olhe, ele vai cozinhar três dias... deixa esse produto enterrado lá depois de três dias eu tiro ele lá de baixo da terra. Aí amanhã quando acordo, lavo o rosto, lavo a boca, vai lá e pega uma colherzinha pequena, que fica forte demais, uma colherzinha pequena. Com aquela colherzinha você lava o dente, lava a boca e vai tomar esse pouquinho de manhã e quando for a noite toma esse mesmo tantinho antes de dormir... (Ossaim).

O conhecimento e uso popular das ervas medicinais é uma antiga prática que vem sendo transmitida de geração em geração por meio da oralidade, sendo esta uma prática presente no cotidiano da comunidade, seja entre os mais velhos ou mais novos. Esta prática faz parte da cultura quilombola e dos costumes de seus antepassados, sendo exercida muitas vezes como “uma alternativa para as curas e tratamentos de suas enfermidades” (FERREIRA, et al., 2015, p. 152). Mesmo a comunidade sendo coberta pela Estratégia Saúde da Família, as formas tradicionais de cuidado em saúde continuam sendo bastante praticadas.

Lá em casa tinha um pé de Jasmim, e uma vez eu coisei o braço, desmintir, aí deslocou esse braço e eu tava em cima do pé de Jasmim. Em cima do pé, aí o galho quebrou e eu caí e machucou, não quebrou, mas ficou desmintido né? Aí mãe pegou um galho daquele, ele tem um oleozinho onde intoxicou, aí colocou uma pastazinha, pronto, é como se colasse o osso. Já em outro dia eu fui cortar alguma coisa, eu acho que foi um maracujá. Aí quando eu cortei, a faca passou direto, eu tenho uma marca nesse dedo, e ficou bem inchado e saiu muito sangue. Meu amigo pegou uma folha de bananeira e é como ela estancasse o sangue. O leite de bananeira, aí não perdi o meu dedo não, tá aqui ainda! (Acotirene)

A bananeira é boa se for a prata. Ela cicatriza mais rápido, é a melhor que tem. [...] Um dia a foice passou entrou aqui e saiu aqui, ó. Eu tava na vargem tirando capim, era umas quatro e meia. Eu tava tirando capim. Quando terminei de tirar o capim e quando eu saí descendo assim, enganchei o pé numa rama de capim, só que quando eu enganchei, enganchei o outro pé, aí caí e a foice desceu e caiu por aqui. Quando eu olhei meu dedo, meu dedo já tava aqui embaixo todo cortado. Eu pensei que tinha arrancado tudo, mas doendo, doendo, que ai meu Deus do céu... Parei. Isso aqui tinha tanto sangue na minha mão, eu fazia assim e enchia ligeiro. Aí eu corri no pé de bananeira com uma foice mesmo, peguei com essa mão aqui, cortei limpei, coloquei o leite. Quando cheguei em casa, a mulher disse “que é isso na mão”. Eu disse a foice cortou, mas em menos de uma semana sarou, porque a bagaceira tava feia (Zumbi).

O leite da bananeira, principalmente a da banana prata, é muito utilizado para estancar o sangue e cicatrização. Muitos são os relatos do seu uso, principalmente relacionados com ferimentos decorrentes de acidentes no trabalho. Encontramos poucos estudos científicos relacionados ao efeito terapêutico da bananeira, porém o estudo de Costa et al. (2014) ratifica o efeito do uso da seiva da bananeira em ferimentos. Segundo a autora, encontram-se muitos nutrientes na seiva da bananeira, sendo esta usada como cicatrizante pelos humanos, desde a antiguidade.

Além do uso da seiva da bananeira, encontramos muitas outras plantas sendo usadas com fins terapêuticos, como mostram os dados do Censo Quilombola realizado pela Associação de Moradores do Castainho no ano de 2018, em parceria com a Universidade de Pernambuco, por meio do projeto de extensão “Um pé de

saúde: UPE quilombola⁶". Aproximadamente 83,1% dos moradores fazem uso de plantas medicinais, estando entre as mais utilizadas: a erva cidreira, capim santo, boldo, manjeriço, mastruz, hortelã, samba caeté, eucalipto e alecrim. A tabela abaixo apresenta algumas das plantas utilizadas, suas indicações, e forma de preparo e uso.

Quadro 5 - Plantas e ervas medicinais utilizadas no Castainho

(Continua)

Nome	Indicação	Forma de preparo e uso
Acônico	Gripe, resfriado, febre	Chá
Alcaçuz	Tosse, muco, gripe	Chá, lambedor
Alecrim	Sinusite, dor, enxaqueca, gripe	Chá, banho, tintura, defumação
Alfavaca	Bronquite	Chá
Algodão	Feridas, amarelão, gastrite, infecção	Sumo
Amora	Pressão alta, diurético	Chá
Aroeira	Antiinflamatória	Chá, garrafada ⁷
Bananeira	Cicatrizante, anti-hemorrágico, feridas, cortes	Sumo, cataplasma
Banana de macaco	Pedra na vesícula	Chá
Barriguda	Antiinflamatória	Garrafada
Bassorinha	Gripe	Chá
Boldo	Diarréia, dor de barriga	Chá
Capim santo	Calmante, circulação	Chá, suco
Carrapateira, Mamona	Cicatrizante, dores, enxaqueca	Sumo, cataplasma, óleo
Castanhola	Dor de barriga, colesterol	Chá
Colônia	Febre, limpeza	Banho

Quadro 5 - Plantas e ervas medicinais utilizadas no Castainho

(Conclusão)

Nome	Indicação	Forma de preparo e uso
Hortelã	Verminose, dor de barriga, diurético, cólica menstrual	Chá
Cravo de Defunto	Gripe, resfriado	Chá

⁶ "Um pé de saúde: UPE quilombola" é um programa de extensão aprovado pelos editais da Universidade, coordenado por mim desde 2017. Anteriormente era um projeto de extensão. Esse programa é interdisciplinar, onde participam residentes em saúde mental, graduandos de Medicina, Psicologia, Biologia e História. A realização do Censo quilombola do Castainho foi uma solicitação da Associação dos moradores, onde construímos coletivamente o instrumento de coleta, capacitamos os estudantes e moradores para estarem aptos a coletarem os dados de casa em casa e realizamos a tabulação dos dados. A Associação Quilombola do Castainho cedeu os dados trabalhados para essa pesquisa, sendo usados aqui como dados secundários.

⁷ Garrafadas são remédios feitos com ervas medicinais. São práticas muito comuns no sertão e no agreste de Pernambuco e costumam conter uma associação de ervas que juntas possuem um potencial terapêutico mais eficaz. A remoção dos princípios ativos das plantas se dá através de seu armazenamento em água por um determinado período (HOFFMANN-HOROCHOVSK, 2015).

Erva Cidreira	Calmante, dor de barriga, barriga inchada	Chá
Eucalipto	Febre, tosse, muco, gripe, bronquite	Chá, lambedor, banho
Gengibre	Antiinflamatório, dor de garganta, aumenta a pressão arterial	Chá, in natura
Goiabeira	Dor de barriga	Chá
Graviola	Anticancerígeno	Chá
Jurubeba	Fígado, febre	Chá
Jurema	Antibiótica, antiinflamatória, cicatrizante	Chá, garrafada
Limoeiro	Pressão alta	Chá
Manjeriçao	Febre, alimentação	Chá, banho, in natura
Mastruz	Verminose	Chá ou com leite
Melão de São Caetano	Antiinflamatório, anticancerígeno, diabetes, feridas, impinge	Chá, sumo
Pega Pinto	Fígado, barriga inchada	Sumo
Pitanga	Dor de barriga	Chá
Quebra Pedra	Pedra nos rins e na vesícula	Chá
Romã	Inflamação na garganta, gastrite	Chá, garrafa
Rosa do Dia	Inflamação útero	Chá
Sabugueira	Gripe, resfriado, sarampo	Chá
Samba Caeté	Antiinflamatório, cicatrizante, feridas	Chá, sumo, banho de assento
Urtiga	Alimentação, antiinflamatória, Anticancerígena	Chá, cozida

Fonte: a autora (2019)

A variedade de plantas e ervas utilizadas com fins terapêuticos na comunidade é imensa. As apresentadas na tabela acima foram as levantadas a partir das entrevistas e encontros dos Círculos de Cultura (CC) realizados, além dos registros feitos em diário de campo.

Então, cada uma planta dessa tem um sentido pra determinada coisa. Então a gente tem tudo na roça. [...] E aí a mamona serve pra cabeça. Quando tá com dor de cabeça amarra um pano. Quando ela supre toda aquela dor, ela seca que parece que tá colocando fogo (Zumbi).

É que esse samba caeté, ele ferve. A gente as vezes se corta, pode espremer o sumo dele. As vezes a gente faz cozinhamento com ele, quando toma banho, banho de assento de tudo ele serve, é uma medicina boa esse mato viu (Iansã).

O pózinho dele também [refere-se ao samba caeté], quando ele tá seco, eu quando eu tinha umas feridas, a gente chama de pereba [...] quando a gente tinha umas feridas, é, quando a gente pegava e colocava pra secar, depois pisava e jogava em cima pra ficar com uma casca mais grossa e cicatrizar mais rápido. Aí também serve pra tendinite (Dandara).

Os costumes dos quilombolas, bem como de outros povos tradicionais, estão relacionados aos ciclos naturais e a forma como se relacionam com a natureza. A percepção da natureza e de sua realidade é baseada em crenças, símbolos, mitos e valores. Essa relação simbiótica entre homem e natureza possibilita, aos povos, o acúmulo de amplo conhecimento sobre os recursos naturais pertencentes aos seus territórios (MONTELES; PINHEIRO, 2007).

De acordo com Ferreira et al. (2015), os quilombolas possuem vasta experiência sobre o assunto. Contudo, a medicina moderna e o avanço tecnológico ameaçam constantemente a transmissão desses saberes entre as gerações, pois provocam, muitas vezes, o desinteresse dos mais jovens da comunidade.

Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006 (BRASIL, 2006), possuir uma política de inclusão da fitoterapia e uso de plantas medicinais nos serviços de atenção à saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde, sendo mais um serviço a ser ofertado em busca da integralidade da atenção aos usuários do SUS, na prática, ainda não temos, em muitos municípios, a implantação da política e a realização dessas práticas como oferta terapêutica dos serviços.

Encontramos, muitas vezes, profissionais despreparados para atenderem povos que possuem uma forma singular de cuidado com a saúde, como no caso das comunidades quilombolas, que muitas vezes têm seus conhecimentos negados ou mesmo marginalizados pelos profissionais de saúde que os atendem.

A compreensão e respeito sobre as práticas desenvolvidas na comunidade é de extrema importância para a integralidade do cuidado em saúde ofertado pelos profissionais das USFs que cobrem esses territórios. A negação da importância do

uso dos chás, dos banhos, garrafadas, entre outras formas terapêuticas das ervas e plantas, leva a não vinculação dos quilombolas com os profissionais de saúde. Dessa forma, a qualidade na atenção à saúde fica comprometida.

Eu fui lá no hospital com uma pessoa. Eu peço a Deus todo dia para não adoecer porque quando eu sinto uma coisinha eu vou lá no mato, pego um bocado de erva ali no mato, faço um chá e tomo. Aí aquele sistema todo que eu tava sentindo desaparece (Ossaim).

[...] Eu sou nascido dentro do mato [...]. Tudo não, mas a maioria das árvores que tem na mata eu lhe digo o que é. Tudo não, mas a maioria (Ossaim).

[...] Aí ele me perguntou, o médico: “se você sabe de tanta medicina do sítio, porque você veio no médico?”. Eu disse: “doutor, eu tava suspeitando, mas eu precisava confirmar. Agora que você me disse que é gastrite eu já sei como me curar [...]” (Ossaim).

O conhecimento sobre o poder de cura das plantas e ervas medicinais faz parte da vida e cultura dos quilombolas do Castainho, onde podemos observar, ao caminhar pela comunidade, seus plantios nos terreiros das casas. Existe ainda, próximo a comunidade, uma área de mata preservada, onde alguns moradores vão em busca de determinadas plantas para uso terapêutico.

A mata, as árvores e plantas presentes no Castainho possuem grande importância para os moradores, estando presentes em seus discursos, bem como teve importante papel nas discussões realizadas durante o quarto encontro dos CC em que os participantes construíram uma maquete da comunidade, onde a mata, bem como árvores e plantações receberam destaque pelos participantes.

As práticas em saúde estão fortemente ligadas as relações dos quilombolas com a natureza e a espiritualidade, seja para o cuidado com a saúde, na prevenção ou recuperação de alguma doença, seja na promoção da saúde física, psíquica ou mesmo espiritual. Uma prática historicamente desenvolvida na comunidade, porém não mais realizada hoje, é o parto domiciliar, por meio das parteiras da comunidade.

O ato de partejar era realizado na comunidade essencialmente por mulheres, pois corroborando com Bonfim et al. (2018, p. 2), “o ciclo gravídico-puerperal sempre foi associado à construção social da maternidade, ou seja, ao papel socialmente construído e atribuído às mulheres”. Assim, as mulheres que estavam nessa fase recebiam assistência de outras mulheres, sejam estas as mais velhas e experientes da comunidade ou as chamadas parteiras, que compartilhavam suas próprias histórias

de vida com a parturiente e assim construíam uma relação de vínculo e confiança. O nascimento era momento de celebração para a família, vizinhos e amigos.

[...] Eu nasci na época em casa, porque tinha muita parteira na época. Na época eu dei muito trabalho a minha mãe, ela diz que eu dei muito trabalho quando nasci (Zumbi).

[...] Quando o menino ia ...quando tava pra nascer, eram três, quatro parteiras, eram como fosse tudo médicos, pra quando os meninos fossem nascer ficavam lá [...]. Aí já tinha uma chefe, como uma responsável maior né, aí a mãe de Noemi, que era Dona Maria Rumão, que era minha madrinha, a gente chamava ela de madrinha e tinha outras madrinhas, e tinha também Dona Quitéria Jacó, que era uma das mais antiga e também era parteira [...]. E tinha outras mais novas, mas era um rebanho que ia, tinha umas que gostavam de uma biritinha e perguntavam logo: “tem a cachaça?” Que tinha que estar do lado da cama, que quando o menino nascia, dizia logo: “Olha, o menino nasceu e agora é cachaça”. Aí depois tinha a história do, do... é, o cachimbo. Hoje tem o chá do bebê, né? Naquela época não tinha chá de bebê não, era beber e beber mesmo. E tinha uma festa, no domingo era uma maior farra era a tarde todinha de cachaça, e as mães alegres [...]. Matavam logo a galinha pra fazer o pirão. Tinha esse negócio de fazer o pirão da galinha. Só quem comia primeiro era a parteira, experimentava o pirão pra ver se tava bom, [...] e ali era uma tradição muito forte (Zumbi).

O pirão de galinha aparece na fala acima, bem como na pesquisa realizada por Miranda et al. (2015) e Lucena (2019), como um alimento forte e que deve ser comido pela puérpera para reestabelecer suas forças após o parto. A alimentação durante esse período deve ser regrada, sendo orientado o consumo de alimentos leves, tanto pelas parteiras como pelas mulheres mais experientes.

[...] Naquela época tinha casa que tinha duas ou três pessoas na mesma casa que eram parteiras. Agora não é como hoje. É diferente hoje. Não pode mais ter o estado de parteira. E tinha meninas novas que iam também que as mães levavam elas, e assim, era uma forma de dizer: “olhe quando o menino nascer você vai aprender a fazer isso” (Zumbi).

[...] É porque agora não tão mais. Assim, essas moças novas não querem mais, né? E quando adoecem já vai logo pra rua né? E existe o pré-natal agora, e agora a parteira agora acabou, existe, mas não faz nada (lansã).

[...] E nem ninguém procura, né? E se acontecer de uma precisar, e não ter... Com certeza ela ia procurar uma parteira, ou a parteira ia procurar ela. Aí quando diz assim: “olhe, a mulher tá pra descansar já ta preparando o dia que vai pro hospital”, pra maternidade (Xangô).

Com a ampliação do acesso à saúde pela comunidade e com o território sendo coberto pela Estratégia Saúde da Família, as parteiras foram perdendo seus espaços e a medicina hegemônica o foi ocupando e negando, ou mesmo criminalizando as parteiras e o modo tradicional de partejar. Como dito por Monteles e Pinheiro (2007), as comunidades tradicionais, historicamente, vêm sendo subjugadas as mudanças

sociais e econômicas, dentre elas, o conflito entre seus saberes e práticas tradicionais e aqueles impostos pela sociedade moderna.

Ainda ligada ao nascimento, era celebrado na comunidade a cachimbada, festa para comemorar o nascimento do bebê, e o batismo, como relatado abaixo por Zumbi.

[...] do nascimento aqui agora é o chá de bebê, já mudou nesse sentido. Mas, na época que o menino nascia, primeira coisa quando a parteira tomava cachaça tinha que ajudar a fazer o parto com uma garrafa encabeçada do lado. Ia quando o menino estava mais ou menos com um mês e pouco, aí o cachimbo, aí o cachimbo era pesado. Tinha mulher que saía lá e não chegava em casa, elas tomavam uma cachaça tão danada. [...] E o que é o cachimbo? É cachaça com mel de abelha né, aí fazia aquela mistura, fica tão gostoso que a turma queria tomar demais, tomava todas. [...] E no batizado é que a festa era danada, ia os padrinhos e a mãe pra cidade, quando chegavam já tinha a galinha, o porco e aí a cachaça pegava forte, era uma questão que era muito forte pra gente aqui (Zumbi).

A cachaça costuma estar presente nas celebrações, como podemos observar nas falas dos entrevistados, e fazendo parte da cultura do povo quilombola, bem como do povo nordestino e mineiro. Encontramos na história da escravidão no Brasil o consumo da cachaça entre os negros escravizados, servindo para minimizar a fome e a tristeza sofridas pelos negros africanos durante a viagem pelo oceano Atlântico e posteriormente pelas duras condutas que eram submetidos pelo regime escravocrata (BARBOSA, 2014).

Presente nas senzalas e quilombos, a aguardente fazia parte dos rituais e festividades negras. Porém, contraditoriamente, a cachaça teve importante papel na resistência e na luta contra a escravidão, bem como na manutenção da mesma (AVELAR, 2009). “Um freio à rebeldia, pois curava males espirituais e angústias, como também, inversamente, estopim ao desabrochar dos sentimentos mais íntimos de liberdade” (BARBOSA, 2014, p. 68).

Os negros dominaram as técnicas de produção da cachaça e esta passou a ser produzida e consumida nos espaços de refúgios dos negros escravizados, sendo vendida, ou mesmo trocada por alimentos no mercado ilegal, colaborando com a viabilização dos quilombos (LACERDA, 2007).

[...] Mas o típico daqui é tomar cachaça e rezar. [...] É a turma a noite todinha, dois rezador, fica um na cabeça do defunto [...]. É reza, cachaça e café também, porque tem gente que gosta de café, o chá... (Zumbi).

E também tem que ter a fogueira, a fogueira tem que ter na frente de casa (Acotirene).

A cachaça está presente também nos velórios. Estes, no Castainho, até hoje são celebrados na casa do defunto, onde é acesa uma fogueira no terreiro. Esta tem a função de esquentar o ambiente que geralmente encontra-se cheio de familiares e amigos que passam a noite velando o defunto. Durante a pesquisa, pudemos presenciar um velório na comunidade e observamos a presença média de 40 pessoas na casa do defunto, espalhadas pela casa rezando e pelo quintal conversando, tomando café e cachaça. A reza é conduzida por dois rezadores e algumas são proferidas em latim.

Segundo Santos (2009), as rezas são feitas para ajudar os mortos a encontrarem os seus caminhos. Dessa forma, nos velórios, estão presentes os choros e as rezas, bem como cânticos e passatempos coletivos, como a cachaça e o café.

[...] É que quando morre gente me chamam pra rezar, é uma tradição entendeu, fica até de boca da noite até a madrugada [...] Aí continua todo mundo rezando, é como uma tradição, o povo mais de perto fica chorando e os outros rezando [...]. Eu aprendi a rezar com os mais véio [...]. Vou rezando tudo que vem na minha cabeça. Vai rezando a noite toda. [...] Eu sou muito rezador (Nagô).

Como vimos, a tradição da reza nos velórios continua, porém algumas práticas foram sendo modificadas ou mesmo substituídas, como no caso do parto domiciliar. Em muitos casos, a religião, principalmente a católica e evangélica, fortemente presentes no território do Castainho, contribuíram com essas mudanças.

Aí o que mudou na questão cultural é que a gente tem percebido que muitos meninos que participavam da dança hoje tão ..., passou pra religião [...]. Não é por que não estão fazendo o trabalho direito, eu acho que não, são as pessoas que mudam (Zumbi).

[...] Rezadeira de verdade que aprendeu aqui com as mães, que as mães ensino e hoje só por que mudou de religião diz que não pode rezar mais. E eu acho que não tem que ter isso, rezar é uma questão de responsabilidade da pessoa (Zumbi).

As falas acima mostram a preocupação com o afastamento dos jovens de práticas culturais como a dança e a reza, onde as igrejas, no caso acima referindo-se a evangélica, presentes no território do Castainho, vêm condenando as práticas tradicionais realizadas na comunidade. A intolerância da Igreja Católica ocorre desde o período colonial e até hoje as religiões de matriz africana são perseguidas, principalmente pelas igrejas evangélicas e católicas, onde a macumba e o xangô, que são formas do candomblé, ainda são consideradas como feitiçaria, satanismo e “magia negra” por grande parte da sociedade (SILVA; SILVA, 2017).

As religiões afro-brasileiras se constituíram no Brasil em sincretismo com religiões indígenas e com o catolicismo, tendo forte relação com o racismo presente até os dias atuais em nossa sociedade. Era necessário adentrar o mundo branco, ou seja, aderir a religião europeia (o catolicismo), para tentar superar a condição escrava imposta. De acordo com Abdias do Nascimento (1978), só podemos considerar sincretismo o fenômeno envolvendo as culturas africanas entre si e entre estas e a religião indígena, pois essas relações foram estabelecidas de forma respeitosa e inclusiva, diferentemente do que houve com o catolicismo, que negou as religiões de matrizes africana e usou dessa “junção” como forma de submeter o povo negro a seus dogmas. Dessa forma, a Igreja Católica contribuiu com o sistema escravista, pois este necessitava não apenas acorrentar o corpo físico, mas também o psíquico e espiritual dos escravos (PEREIRA, 2011).

Essas reflexões são importantes para compreender o que se passa atualmente com as comunidades quilombolas, nesse caso a do Castainho, pois em sua grande maioria os moradores se declaram católicos e alguns evangélicos, porém muitas das práticas realizadas estão relacionadas com as religiões de matriz africana, como, por exemplo, o uso de ervas e plantas medicinais em associação com a reza.

Dialogando com a compreensão do tradicional trazido por Fernandes (2015), esta mistura religiosa, ou mesmo cultural, faz parte da tradição quilombola do Castainho, pois constituem seus modos de vida e sua forma de manter-se em território, garantindo sua diversidade e dignidade diante das diversas relações de poder estabelecidas historicamente.

5.3.3 Racismo, Resistência e Saúde

A cultura africana no Brasil foi historicamente perseguida e marginalizada, e isso se reproduz até os dias atuais. As expressões culturais, religiosas, ou mesmo outros elementos ligados a raça e etnia que fossem diferentes daquela dos colonizadores, ou melhor, do modo de viver europeu e das características deste povo, eram discriminados. Assim, a construção da sociedade brasileira foi pensada de forma a homogeneizar a cultura de seu povo, em termos de religião, língua, raça e etnicidade.

Dessa forma, o racismo no Brasil, de acordo com Guimarães (1999, p. 37), “só poderia ser heterofóbico” ou seja, “um racismo que ‘é a negação absoluta das diferenças’, que ‘pressupõe uma avaliação negativa de toda diferença, implicando um ideal (explícito ou não) de homogeneidade” (TAGUIEFF, 1987, p. 29 apud GUIMARÃES, 1999, p. 37).

Nesse capítulo trataremos do racismo sofrido pela população quilombola do Castainho, que vem tendo sua cultura e modos de vida marginalizados pela sociedade que tenta a cada dia homogeneizar essa população. No segundo encontro do Círculo de Cultura debatemos o tema “Racismo e Saúde”, onde, como falamos na metodologia, iniciamos entregando a cada sujeito participante uma folha em branco e uma caneta para que escrevessem ou desenhassem algo que para eles representasse a temática em discussão. Logo após, os desenhos foram compartilhados com o grupo e explicados.

Alguns relatos foram bem dolorosos e marcantes. Estes foram realizados pelos mais jovens. Isso se deve a maior socialização que o jovem vem tendo em relação aos mais velhos, que tinham menos contato com a cidade e pessoas de fora da comunidade, pois o acesso à educação, entre outros serviços, era muito difícil. Saíam do Castainho, basicamente, para vender seus produtos. Atualmente, a relação com a cidade é muito mais constante, bem como houve um grande aumento do número de estudantes quilombolas nas escolas da cidade, em comparação com décadas atrás. Esse fato faz aumentar também os casos vivenciados de racismo individual e, com o acesso a mais serviços, aumenta também os relatos do racismo dentro das instituições.

O racismo provoca grandes impactos na saúde e na qualidade de vida dos quilombolas, levando a sua vulnerabilização, bem como a precariedade de serviços públicos (WERNECK, 2016). A compreensão do racismo passa pela compreensão do lugar social e da relação de poder impostos à população negra. Dentro dela, a quilombola.

Eu me preocupo aí na questão só das pessoas ser negro. Essa forma que as pessoas tratam o negro no Brasil, né. Com muito desrespeito, a discriminação. E aí a gente sabemos que a questão da discriminação racial nesse país é muito forte, muito pesada (Zumbi).

[...] Hoje ainda se encontra racismo. Discriminar a pessoa, né. Como que o negro não tem valor. Hoje a gente ainda vê isso. Muita gente, a gente olha assim... conhece! Porque tem muita loja assim compadre, que quando uma pessoa morena assim, que nem nós, entra, mal trajado, fica uma pessoas de

olho. Inclusive ali na... lá do lado, do lado, se a gente entra, eu entrei só pra ver mesmo, eu brechei... Apois num é que uma pessoa tava nesse recanto de cá, nessa sessão aqui, passou pro lado de cá e ficou olhando. Acho que pensava que eu era ladrão... que eu levava uma bolsinha na mão. Acho que pensava: "ele vai pegar uma coisinha pra botar na bolsa" (Nagô).

As falas acima mostram a discriminação racial pela cor bastante presente em nossa sociedade. Sociedade essa em que o negro se preocupa com a roupa que vai vestir, com os movimentos que realizará dentro de uma loja, se preocupa com o pensamento do outro que o observa, o que não ocorre com o branco.

Mas até aqui no sítio tem gente que tem preconceito, diz: "ó a nega do Castainho!" Não pode ter um cabelo mais ruim que o outro que já fica: "o cabelo daquela bichinha é ruim hein... é ruim mesmo. É cabelo de negro mesmo". E até aqui a gente sabe né (Oxalá).

As questões relacionadas à aparência são bastante encontradas nos discursos racistas, onde a presença de traços negros, como o formato do nariz, a boca, o cabelo e a cor da pele, são alvos de comentários maldosos e destrutivos, construindo, assim, um imaginário de que essas características são opostas ao que é belo, portanto, não se enquadram no padrão de beleza universal, ou seja, no padrão colonial ou branco. Isso provoca na pessoa negra, muitas vezes, uma autoestima negativa sobre si mesma (SILVA, 2017).

Os corpos e cabelos negros materializam diversos estigmas sociais e remetem a posições de inferioridade em relação ao outro que o julga (OLIVEIRA, 2019). As falas de Nagô e Oxalá trazem exemplos de um racismo que está presente nas relações interpessoais no plano individual, porém, podem se manifestar de forma coletiva.

Essa forma de racismo é de fácil percepção, pois é explicitada e exteriorizada por determinado indivíduo ou grupo, diferente do racismo presente nos próximos relatos, o Racismo Institucional, que é mais silencioso, porém não menos destrutivo, pois leva a desigualdades raciais, onde a raça é definidora dos grupos que serão privilegiados ou inferiorizados no acesso a serviços e aos seu direitos (ALMEIDA, 2018, 2019). O Racismo Institucional ocorre especificamente dentro das instituições e órgãos públicos, assim como em empresas, corporações, entre outros. Práticas de discriminação, desconfiança, desumanização e omissão são práticas que alicerçam esse tipo de racismo, mas também se alimentam do racismo individual (BRASIL, 2017).

Muitos dos sujeitos participantes da pesquisa relataram terem sofrido com alguma situação racista em ambientes institucionais, sendo a Unidade de Saúde e a escola os mais citados.

[...] Aí eu tava com uma crise de garganta que tava fechando tudo aqui, aí eu fui pro posto. [...] Aí quando eu cheguei lá, eu disse que era garganta né. Aí o que eu imaginei que ele ia me examinar e passar algo pra minha garganta, não doía mais nada, só a garganta. Aí quando eu cheguei lá né, que sentei, ele perguntou o que era que eu tinha. Aí eu disse que mesmo tendo muita dificuldade era minha garganta, que não tava comendo nada, só bebia água a pulso. Aí ele foi né... porque assim, garganta é uma coisa que é imediato, eu ia esperar ainda fazer um exame pra saber o que é que eu tinha se eu sabia que era garganta?! Aí ele começou a escrever né, começou a escrever, escreveu “hemograma completo” mais fezes e urina. E o que é que tem a ver com a minha garganta? Eu olhei assim, aí ele: “olhe, você faz o hemograma quando sair o resultado você vá e traga que eu vou olhar”. Aí eu só fiz pegar o que ele pediu e nem entreguei a ninguém [...] Eu até fiquei mais doente, fiquei passada! Aí vim embora pra casa. Eu tinha meu tio que era rezador na época, aí pai chamou [...]. Aí ele veio rezou... Tem uma mulher aqui que puxa de uma perna, ela foi lá no médico e disse que ele pediu a mesma coisa: [...] exame de sangue e urina. Mas como assim se eu tô puxando da perna? (Acotirene)

[...] Acho que era pra ter muito mais pergunta, era pra pegar mesmo em você e ver, se você tá com uma dor na perna dói aonde, aqui? [...] Então é preconceito (Dandara).

As falas mostram o descontentamento relacionado ao atendimento do profissional da saúde, que os atende muitas vezes sem a devida atenção, onde não realiza uma escuta qualificada e nem exame físico. Este ponto é bastante presente nas falas registradas também em diário de campo, que aponta para a falta do toque durante as consultas.

Na tentativa de combater o Racismo Institucional no setor saúde e qualificar a atenção à população negra, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. Esta política tem como traço 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, 2017, p.31).

Apesar do grande avanço para a saúde da população negra e consequentemente quilombola trazido pela PNSIPN, poucos foram os entes federados que implantaram a política em seus territórios, sendo ainda pouco conhecido seu conteúdo entre os profissionais de saúde e população em geral (BATISTA; BARROS, 2017).

Outro espaço institucional onde foram relatados casos de racismo foram nas escolas, seja na escola presente no território da comunidade, como em escolas localizadas na cidade de Garanhuns, onde cursam o ensino médio. O racismo inicia desde o momento de conseguir uma vaga na escola (da cidade), que além dos obstáculos do acesso, como a distância da comunidade à escola, as dificuldades com os horários e custos com transporte⁸.

Para eu estudar nessa escola, minha mãe passou três anos para poder me matricular e não tinha vaga...nunca tinha vaga para mim, sabe?! Para o pessoal do sítio era uma dificuldade danada. Que dia que tinha vaga em janeiro quando chegava lá, cadê as vagas?! Só não tinha vaga para o povo do sítio. Isso é racismo! (Oxalá)

A escola é um espaço onde frequentemente são relatados casos de racismo, seja por parte de outros estudantes, ou mesmo por parte de professores.

Figura 3: Imagem desenhada por Dandara



Fonte: 2º diálogo do CC

Eu fiz uma escola [...]. Eu lembrei de uma cena que aconteceu quando eu era criança, era quando a gente estudava e tinha aula de física, né. Quando era na aula de física, o professor, o nosso professor era que começava a ... a como eu posso falar... começava a falar coisas porque nós era do Castainho. Ele dizia assim: “vamo fazer do mesmo jeito que o negro do Castainho faz” [risos]. Assim, dá vontade de rir né, mas é porque passou, né. Passou, mas assim, tipo, por exemplo, aqui antigamente na comunidade não se tinha banheiro né, aí muitas pessoas iam fazer suas necessidades no mato. Aí ele quis falar isso, só que ele falava de uma maneira mais grossa ainda. Ele dizia o seguinte: “vamo fazer do mesmo jeito que o negro do Castainho faz na mandioca”. Aí tipo, isso... isso... aí me veio essa cena do professor. O professor começava e os outros, os colegas, alguns colegas de classe

⁸ O transporte citado refere-se ao utilizado para ir da comunidade a cidade em busca da vaga na escola. Não estamos falando aqui do transporte escolar, este é gratuito e passa pela comunidade pegando e levando os estudantes para as escolas localizadas na cidade.

defendiam, nos defendiam. Ainda bem né, que existem pessoas que nos defendiam, e outras pessoas ficavam rindo da nossa cara (Dandara).

Nesse caso relatado por Dandara, vemos o racismo a uma comunidade quilombola sendo praticado pelo próprio professor em sala de aula, estimulando os estudantes a agirem de forma preconceituosa com os outros que eram negros quilombolas do Castainho. O professor, que tem o papel de explorar as habilidades e talentos de cada um, numa construção de práticas igualitárias, nesse caso, passa a exercer o racismo e segregação da turma.

A escola, que deveria ser um ambiente acolhedor e estimulante para o desenvolvimento das crianças, se torna um lugar opressor e conservador do racismo e da violência. Podemos observar isso olhando para os próprios professores que em sua maioria são brancos.

Nesse contexto, a criança negra torna-se vítima de uma conjuntura educacional que exerce constantes atos de racismo, como por exemplo, podemos tomar os próprios livros didáticos que “enaltecem uma cultura (branca e dominante) enquanto anula e silencia outra”. Representando o negro de forma negativa, mostrando-o como escravo e inferior e não como um ser humano cruelmente escravizado pelos brancos, sendo ele também possuidor de religiosidade, cultura e modo de vida próprios (SANTOS; PERREIRA, 2018, p. 29).

Essas práticas escolares discriminatórias geram danos na formação dos estudantes negros, prejudicando a construção de seu imaginário social, onde esses estudantes geralmente se sentem excluídos da vida social, nesse caso, do ambiente escolar, levando, muitas vezes a evasão (GUIMARÃES; PINTO, 2016). De acordo com Guimarães e Pinto (2016, p. 515), a aprendizagem só ocorre se o educando conseguir “ver sentido no próprio ato de aprender, nos conhecimentos escolares, para que, assim, possa atribuir significado concreto a eles e relacioná-los com a sua vida em sociedade para obter sucesso na escola”.

[...] A escola é preocupante, a situação nossa com a escola, porque os alunos da comunidade é estudando, desde o ano passado que o pessoal do IFPE tá aqui acompanhando, fazendo inscrição para os meninos fazer uns cursos que vão ... Eles têm o direito a conquista desses cursos. Aí que foi que o professor disse: “não vá não, porque você não tem capacidade!”. Acabou com a vida dos meninos que estavam bem empolgados. Como é que a gente pode viver num país desse jeito? Um professor ou uma professora que veio pra aqui pra detonar a comunidade da gente pra nossos filhos, nossos netos e sobrinho e tudo! Aí chega e solta uma bomba dessa! Oxe! Tinha mais de 20 alunos que queriam. Na mesma hora que ele disse, vocês não têm capacidade, os meninos desestimulam tudo de uma vez assim (Zumbi).

A fala de Zumbi ratifica o problema do Racismo Institucional presente na escola e como isso impacta nas vidas dos jovens quilombolas. O racismo no âmbito escolar perpassa a prática pedagógica, estando carregado de uma concepção ideológica que diferencia e hierarquiza os indivíduos de acordo com sua origem étnica. Dessa forma, a relação professor-aluno tem grande importância na inclusão dos estudantes nos processos educativos, sendo o professor um significativo influenciador dos estudantes, seja de forma positiva ou não (GUIMARÃES; PINTO, 2016).

Aí é preciso a gente fazer uma reunião na comunidade pra começar a mexer com a mentalidade das pessoas, das famílias daqui, porque é difícil. Outra professora diz que dia 20 de novembro não pode fazer nenhuma manifestação cultural porque ela vai entrar um santo nela e ele vai ficar... entendeu!? Aí eu pergunto como é que a pessoa quer dar aula numa comunidade quilombola desse jeito?! Destruindo, acabando com a vontade das pessoas. Isso aí tá no meio do nosso questionamento e a questão cultural e religiosa que a gente precisa respeitar dentro desse contexto (Zumbi).

A estrutura educacional precisa promover o respeito às diferenças, a tolerância e igualdade racial (GUIMARÃES; PINTO, 2016). Dessa mesma forma deve ser a atuação dos professores, pois a escola é um espaço de diversidade e convivência humana. Com a fala de Zumbi, vemos a importância de se promover uma melhor formação dos educadores que desconhecem, ou não respeitam, a cultura e o contexto social em que estão inseridos seus alunos quilombolas. Nesse sentido, a educação, enquanto um direito social, precisa promover o diálogo entre educação e etnia, garantindo o direito à diferença.

O sistema educacional brasileiro encontra-se aquém de se tornar verdadeiramente democrático racialmente, pois ainda é bastante discriminatório e pouco atraente para a população negra, sendo essa uma das eventuais causas do baixo perfil educacional entre os negros, ocasionada por um ambiente escolar que muitas vezes é hostil e indiferente aos problemas enfrentados pelas crianças e adolescentes negros (VERÇOSA, 2012; SANTOS; PERREIRA, 2018)

Figura 4: Imagem desenhada por Oxalá

Fonte: 2º diálogo do CC

A minha também foi na escola [...]. Sempre tinha aula de educação física, aí a gente ia pra quadra. Quando chegava lá, ele não repassa a bola pra mim. Nunca repassava! Eu tava no grupo mas ele não repassava a bola pra mim. Ele passava pra outro colega, e eu sempre me perguntava por que, se eu tô no grupo eles também tem que repassar a bola. Aí cheguei e falei com o professor... eu disse: professor, e eu não tenho direito não é de pegar a bola? Por que eles repassam a bola pra todo mundo menos pra mim? Se tá jogando de vôlei tem que fazer repasse, né. Ele falou: “não tô entendendo porquê você tá querendo saber por que a bola não vai pra você. A bola não vai pra você porque você não tá no canto exato”. Eu disse: eu estou! [...] Aí, isso aí foi vários anos. Aí teve um ano que eu disse eu não vou mais participar da aula de educação física porque eu não tô fazendo papel de palhaça pra tá no grupo e ninguém tá repassando a bola pra mim. Aí fui me desanimando, desanimando, olhe que eu gostava muito de vôlei [...] e peguei e desisti (Oxalá).

Aí chegou um abençoado na turma da gente, aí ele dizia assim: “eita que hoje tá um cheiro aqui...” Aí fazia desse jeito... [gestos com a mão e expressões faciais de negação]. Aí os colegas: “cheiro de quê?!” Aí ele dizia: “num sabe não ?!” Aí o outro: “não...”. Ele: “sabe... o cheiro do Castainho. O cheiro do Castainho tão aqui”. Aí eu fiquei: cheiro do Castainho? Por quê?! Por que cheiro no Castainho?! Por que quando a gente chegava lá o pessoal ficava tudinho, tudo olhando, não só na escola mas se você fosse pra uma festa na rua sempre ia de turminha aí já diziam logo: “lá vem a negada do Castainho [...]”. A professora até de artes essa, até uma senhora, que eu fiquei tão revoltada com ela que até hoje quando eu vejo ela eu tiro a visão pra não olhar pra cara dela, pra não voar no pescoço dela, porque ela fez demais também. Aí ela: “cheiro? Cheiro de quê?” Aí: “tá um mau cheiro aqui professora!” Ela: “eu não tô sentindo!” “Tá!” Aí uma turma muito grande sabe gostava de tirar zona aí fazia: “tá mesmo professora, vamo mudar de sala!” [...] Eu sei que nesse intervalo foi três salas que a gente passou e o cheiro não saía, quer dizer que não era cheiro que tava, era a gente que tava na sala. Ele tava com racismo né... Agora veja só, uma cor dele, uma cor bem negro mesmo, só que eu acho que ele não se enxergava não como negro

porque era da rua e a gente era do sítio, a gente que era negro né, e ele não (Oxalá).

Estudo realizado por Guimarães e Pinto (2016) mostra que o racismo era manifestado entre colegas de turma de uma escola, por meio de agressões verbais referentes a sua etnia de maneira depreciativa. Os relatos sobre racismo expressados por Oxalá apresentam elementos de exclusão e rejeição dos estudantes para com os quilombolas. O fato de serem negros foi somado ao fato de serem de uma comunidade rural e quilombola, o que mostra o estigma construído sobre o povo quilombola, fortemente percebido entre os moradores da cidade a qual Castainho faz parte.

A seguinte fala de Oxalá reforça o preconceito sofrido pelos moradores do Castainho, que muitas vezes precisam negar suas origens para que possam interagir socialmente com a população da cidade.

Eu mesma, eu mesmo quando.... eu comecei a trabalhar na rua eu tinha 14 anos e seis meses, aí mãe disse: “eu vou arrumar um emprego para tu”. Aí eu disse: Será que vão me aceitar eu sendo do sítio?! [...] E quando uma pessoa perguntava assim: “você mora aonde?” Eu dizia: próximo a Cohab 2. [...] Eu nunca dizia que morava no Castainho porque se eu dissesse que morava no Castainho, a pessoa recebia preconceito. [...] Eu para trabalhar no comércio não disse que morava no Castainho, eu botei o endereço da casa da minha tia, irmã de pai, [...]. Se eu colocasse no meu currículo que eu morava na zona rural, no Sítio Castainho, eles jamais teriam me aceitado. Não arrumava emprego. Eu arrumei quatro emprego, e nos quatro empregos eu tive que botar [...] o endereço da minha tia. Aí tinha vezes que o patrão dizia “eu vou te levar em casa”. Aí eu: me ferrei! Aí eu tinha que ir para casa da minha tia, para poder ele não me demitir. Aí quando foi passando o tempo eu tive que falar, né, porque mentira tem perna curta [...]. Eu dizia eu moro na Rosa Mística, mas meu pai e minha mãe moram no sítio na zona rural. [...] Mas isso só foi tempo, porque se eu dissesse antes ele não me aceitava, então eu acho que isso é uma forma de preconceito, né (Oxalá).

A comunidade quilombola do Castainho, por ser uma das que mais se destacou na luta para manter sua cultura e seu território na região, sofreu e sofre historicamente, sendo marginalizada pela cidade de Garanhuns. Relatos que tratam da história da cidade de Garanhuns contada por meio da visão da elite, que culpa os negros de terem prejudicado o progresso da região.

Na sesmaria dos Garanhuns, fundou-se uma fazenda com a denominação de Sítio do Garcia, no local onde hoje se encontra a sede do Município. Tudo indica estivesse a fazenda em franco desenvolvimento quando, por volta de 1670, foi destruída pelos quilombolas dos mocambos de Curica Zumbi, Alto do Magano e outros, passando a ser chamada, daí por diante, Tapera do Garcia, denominação simplificada para Tapera, como ainda hoje é conhecida. A Guerra dos Palmares prejudicou sensivelmente o progresso da região, pois as fazendas ali localizadas estavam sob a ameaça constante de depredações, saques e morticínios, que obrigavam seus proprietários a

abandoná-las, juntamente com a população branca. Exterminados, em 1696, os últimos redutos negros, parece que a região se recuperou rapidamente (IBGE, 2010).

O trecho acima faz parte do texto oficial que conta a história da cidade, presente no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde mostra que o texto foi fornecido pela própria prefeitura de Garanhuns no ano de 2010. Essa visão do negro como marginal e como atraso social é até hoje reproduzida no imaginário da sociedade e refletida nas relações interpessoais e institucionais. Essa construção reforça os estigmas vividos pela população negra da região, presente na forma de organização social e do Estado que leva a vulnerabilização da população negra e quilombola.

O racismo é um fenômeno conjuntural, que perpassa por todas as esferas de poder, sejam públicas ou privadas, manifestando-se na política, na economia, na cultura e se reproduzindo nas instituições, fazendo parte, assim, da ordem social (ALMEIDA, 2018). Contudo, como dissemos anteriormente, as instituições possuem um papel fundamental no combate ao racismo, e devem atuar com esse foco, se não estarão reproduzindo as práticas racistas.

O Estado e toda sociedade devem estar atentos ao combate ao racismo, ele não pode ser silenciado. Entre as falas dos sujeitos participantes da pesquisa durante o debate sobre o tema, uma palavra bastante repetida foi a “resistência”, pois não podemos falar de anos de racismo em nosso país sem falarmos da resistência histórica da população negra e quilombola em face dos processos opressores vividos. Nos relatos dos sujeitos participantes, encontramos muita dor e tristeza pelo que foi vivido, mas encontramos sobretudo falas de resistência e principalmente de insurgência, como veremos nas próximas falas.

Aí eu disse assim: esse cabra tá me aperriando demais eu vou chamar mãe aqui não... eu vou acertar ele e foi enchendo o meu saco, enchendo o meu saco... quando foi um certo dia aí eu digo: vou pegar ele hoje [...]. Ele é bem mais alto do que eu, [...] aí eu fiquei olhando para ele, ele ficou olhando para mim e disse assim: “que foi?!” Eu: e tá desconfiado é?! Ele: “você tá me olhando de cima a baixo e eu não gosto de nego não!” Eu disse: e tua cor?! que cor é tu?! Tu é branquinho, né?! Ele: “É porque eu não gosto de vocês mesmo!” Eu cheguei perto dele e disse: vem cá! eu quero fazer só uma pergunta para você: porque é que você não gosta de negro?” Aí ele: “por que você do Castainho são muito fedorento!” [...] Peguei ele pela beca dele, levantei assim, não sei como foi que eu tive força, que eu consegui pegar ele pela beca que os pés dele levantou. [...] Peguei ele e “buf” no quadro. Aí eu disse: você agora nunca mais vai chamar nós de negro do Castainho e nem de fedorento! Eu mesma já estava me sentindo com racismo também porque quando diziam “negra de Castainho!” eu ficava com vergonha, quer dizer que

eu já tava começando a ficar com racismo por conta dele. [...] Olha para minha cara visse, olha para minha cara, quando tu ver, tu corta caminho! Aí ...ele desistiu. Eu continuei estudando né, só que eu fiquei um pouco desanimada (Oxalá).

Outra cena também que eu me lembro, isso já foi no ensino fundamental. E no ensino médio quando eu estudava em outra escola, no centro da cidade, eles ficavam também dizendo coisa porque nós morávamos no Castainho, porque nós éramos negros, era preto, e ficavam dizendo coisas sobre a gente no grupo deles. Aí teve um dia que tinha quatro pessoas na mesma sala que mora aqui, que é daqui do Castainho. Uma dessas pessoas era mais branquinha, só que assim, até com a pessoa que era mais branca, eles sabiam que era daqui e ficavam dizendo coisa com a gente. É... aí teve uma vez que a gente ficou meio que revoltado, agora nós vamos quebrar isso aqui. Aí tipo assim, nós não quebramos mas a gente se posicionou de uma maneira que eles nunca mais, [...] não fizeram mais nada com a gente. Tipo, foi a maneira que a gente achou, eu não lembro exatamente o que foi que a gente disse ou fez que eles pararam. Então isso é uma forma de resistência. Teve preconceito? Teve! Mas assim, a gente baixou a cabeça durante muito tempo mas teve uma hora que a gente não aguentou. Acho que acontece muito com quem fica sofrendo preconceito direto, tem uma hora que a pessoa não aguenta. Aí você tem que fazer alguma coisa pra se defender. Aí eu trago isso que aconteceu na minha infância e adolescência aqui pra vocês (Dandara).

O racismo precisa ser combatido e enfrentado como um problema social. A insurgência do povo quilombola diante do racismo sofrido foi e continua sendo fundamental para sua libertação frente as opressões sofridas, e para a melhoria na qualidade de vida na comunidade. Foi por meio de muita luta que o Castainho conseguiu demarcar e ter a posse de parte de suas terras, bem como conquistar o provimento de alguns serviços públicos para a comunidade.

[...] Eu lembrei da história do Castainho “Pisa nego, branco aqui não chega”. Os nego eram mal-tratado, massacrado, eram sofrido... e hoje a baixa de Deus, primeiramente, nós temos a liberdade na mão. Tá certo?! Hoje nós não somos mais escravos, mas eles queriam voltar a escravidão, mas nós não volta porque aí o cassete come! [Risos] É isso que eu tenho a dizer. O cassete come! Come! mas nós num dá mais o pescoço a torcer e ser pisado não! Agora a gente num é só homem não! É homem, mulher, menino, moça, rapaz, é tudo! Se é pra entrar na luta, entra tudo! (Nagô)

[...] É...a gente tem que ser forte né, a gente tem que ser forte e lutar que a vida da gente é uma luta! todos os dias a vida da gente é uma luta. É uma luta continuada! Pra conseguir algo a gente tem que... que lutar! (Aqualtune)

As lutas contra a desigualdade e pela construção de uma democracia racial no país ocorrem por meio das mobilizações e levantes do povo, sendo essa uma tarefa árdua, mas possível. Essas lutas se situam no domínio do Estado de Direito, na busca da universalidade da cidadania, que de acordo com Sonia Fleury (2018, p. 118) “não pressupõe a negação das diferenças sociais, mas, sim, das injustiças que se fundamentam nas diferenças”. A autora fala ainda que “a desobediência, a

transgressão e a insurgência são componentes centrais da expansão da cidadania e redirecionamento do processo produtivo” (FLEURY, 2018, p. 110).

No Brasil, a luta pela democracia racial é também a luta contra as desigualdades sociais e contra a exclusão dos povos negros, como os quilombolas. Concordando com Boaventura Santos ao afirmar que

se a desigualdade é um fenômeno sócio-econômico, a exclusão é sobretudo um fenômeno cultural e social, um fenômeno de civilização. Trata-se de um processo histórico através do qual uma cultura, por via de um discurso de verdade, cria o interdito e o rejeita (SANTOS, 1995, p.2).

É por meio do discurso de verdade, o discurso racista, que os negros são rechaçados devido a sua raça e cor e que lutam desde o período da escravidão por direitos sociais. A luta constante é um traço marcante em todas as comunidades quilombolas, sendo seus territórios verdadeiros espaços de resistência para reprodução e manutenção de seus modos de vida (LOBÃO, 2014).

Figura 5: Imagem desenhado por Acotirene



Fonte: 2º diálogo do CC

[...] A luta pela democracia, realmente ela é constante! Não é uma luta que finda. Eu acho que a democracia é algo que tem que se conquistar. A gente não tem democracia, de dizer assim por merecer, a gente tem porque tá correndo atrás e tá buscando. E a democracia é algo que não é fácil de se conquistar... e até hoje no Brasil, ele não é um país democrático. Ele pode ser democrático né, historicamente, mas assim, [...] desde o descobrimento do Brasil, a gente sabe que democracia nunca existiu. [...] Mas se a gente não lutar, não correr atrás da democracia, a gente nunca vai ter uma educação ou saúde de boa qualidade (Acotirene).

A fala de Acotirene remete a importância da luta dos quilombolas em busca da democracia, política e racial, que finde a opressão e violência vividas pelo povo quilombola. Segundo Gouveia e Zanello (2018), a violência e opressão são práticas que afetam a saúde mental e o racismo é uma forma de opressão e violência, pois é justificado por meio da crença de superioridade de algumas raças sobre outras.

As marcas deixadas por atos racistas são difíceis de serem apagadas e em muitos casos convivem com a pessoa durante anos, ou mesmo por toda vida.

Esse foi o racismo que eu passei né e nunca que vou esquecer [...] mas até eu morrer minha filha, eu nunca vou esquecer! E toda vez que eu vejo essa pessoa, eu relembro tudo que eu passei. E não só foi um dia ou dois não... foi anos. Até que um dia eu disse: vou pegar ele! peguei ele e tive que fazer isso! não gosto de baixaria, não gosto de esculhambação, não gosto de pegar briga (Oxalá).

Estudos como o de Williams e Priest (2015) mostra que o racismo provoca problemas de saúde nas pessoas. A relação racismo e saúde, bem como racismo e saúde mental, é encontrada também nos estudos de Gouveia e Zanello (2018), relação esta já reconhecida pelo Ministério da Saúde na PNSIPN (BRASIL, 2009).

O racismo, em todas as suas faces, pode levar a pessoa vitimada ao adoecimento, seja em sua forma individualizada, por meio das relações interpessoais, seja por meio das instituições, ou mesmo de maneira estrutural, como vimos nos relatos acima. Um tipo de racismo que não discutimos nesse tópico, mas que o debatemos em falas presentes no tópico sobre a Mãe terra e a Saúde, neste mesmo capítulo, foi o Racismo Ambiental, que assim como as demais formas, também pode causar adoecimento.

Dessa forma, o racismo é um importante elemento da determinação social da saúde da população quilombola do Castainho, assim como os demais temas tratados nesse capítulo, que teve como objetivo realizar a análise dos elementos de determinação social da saúde percebidos pelos quilombolas. Temas esses que se encontram na dimensão ontológica (Mãe terra e Saúde), na dimensão epistêmica (Modo de vida tradicional: Ancestralidades e Saúde) e na dimensão política (Racismo, Resistência e Saúde). Essas dimensões fazem parte da construção da singularidade do sujeito, nesse caso, na construção do sujeito coletivo do Castainho.

5.4 MATRIZ DE PROCESSOS CRÍTICOS: OS 4 'S' PARA A VIDA

Agora que compreendemos mais sobre os elementos da Determinação Social da Saúde na Comunidade do Castainho, podemos analisar os processos protetores e destrutivos da saúde dessa população, com o olhar para os 4 'S' da vida (Sustentabilidade, Soberania, Solidariedade e Biossegurança). Estes devem ser construídos nos espaços onde se produz saúde, ou seja, nos espaços de produção, consumo, organização, construção da cultura e nas relações com a natureza. Estes espaços se reproduzem nas dimensões singular, particular e geral (BREILH, 2014).

Dessa forma, utilizaremos a matriz de processos críticos proposta por Jaime Breilh (2019), porém, de forma adaptada aos objetivos desse estudo, tomando como base os 4 'S', compreendidos como princípios fundamentais para uma sociedade saudável.

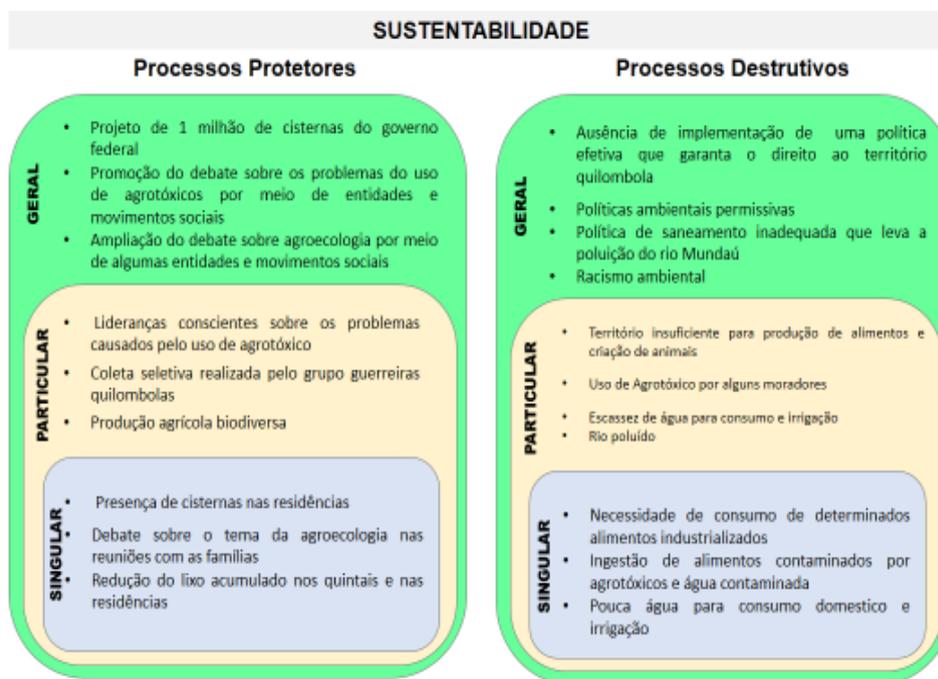
Os processos críticos foram construídos com base nos dados coletados por meio dos encontros do CC, entrevistas e diário de campo. Em seguida, os relacionamos com os 4 'S' da vida, sendo então inseridos na matriz e analisados em cada dimensão (singular, particular e geral). Esta estrutura nos permite compreender quais os processos protetores e destrutivos da saúde e da vida em cada dimensão, com foco nos 4 'S'.

5.4.1 Sustentabilidade

A sustentabilidade deve ser vista a luz dos direitos humanos e da natureza, buscando conexão entre as dimensões do desenvolvimento de forma a romper com as visões unilaterais e eurocêntricas, mantendo o equilíbrio entre o passado, o presente e o futuro, gerando condições para que os sócio-ecossistemas possam amparar “una vida plena, digna, feliz y saludable” (BREILH, 2019, p.7). Dessa forma, a capacidade de ser sustentável está relacionada a uma produtividade integral e uma relação de equilíbrio com a natureza, com o foco numa vida digna.

Podemos ver, na figura abaixo, os processos protetores e destrutivos relacionados a sustentabilidade no Castainho nas três dimensões: Geral, Particular e Singular (G, P e S).

Figura 6 - Matriz de processos críticos: sustentabilidade no Castainho



Fonte: a autora baseado em Breilh (2014)

Na dimensão geral, aparece como processo protetor da saúde e vida no Castainho o Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e outras Tecnologias Sociais (Programa 1 milhão de cisternas). Financiado pelo Ministério do Desenvolvimento Social desde 2003, foi instituído pela lei nº 12.873/2013 e regulamentado pelo decreto nº 8.038/2013. O programa possibilitou a construção de cisternas para famílias rurais de baixa renda que sofrem pela falta regular de água e com a seca, sendo os povos e comunidades tradicionais prioridades para o programa. Dessa forma, o acesso e armazenamento de água pelos quilombolas foi melhorado, pois foram construídas, por meio do programa, cisternas de placas ao lado das residências, tendo capacidade de armazenar 16 mil litros de água potável. A escola do Castainho também foi beneficiada com o programa, onde foi instalada uma cisterna que comporta 52 mil litros de água potável⁹.

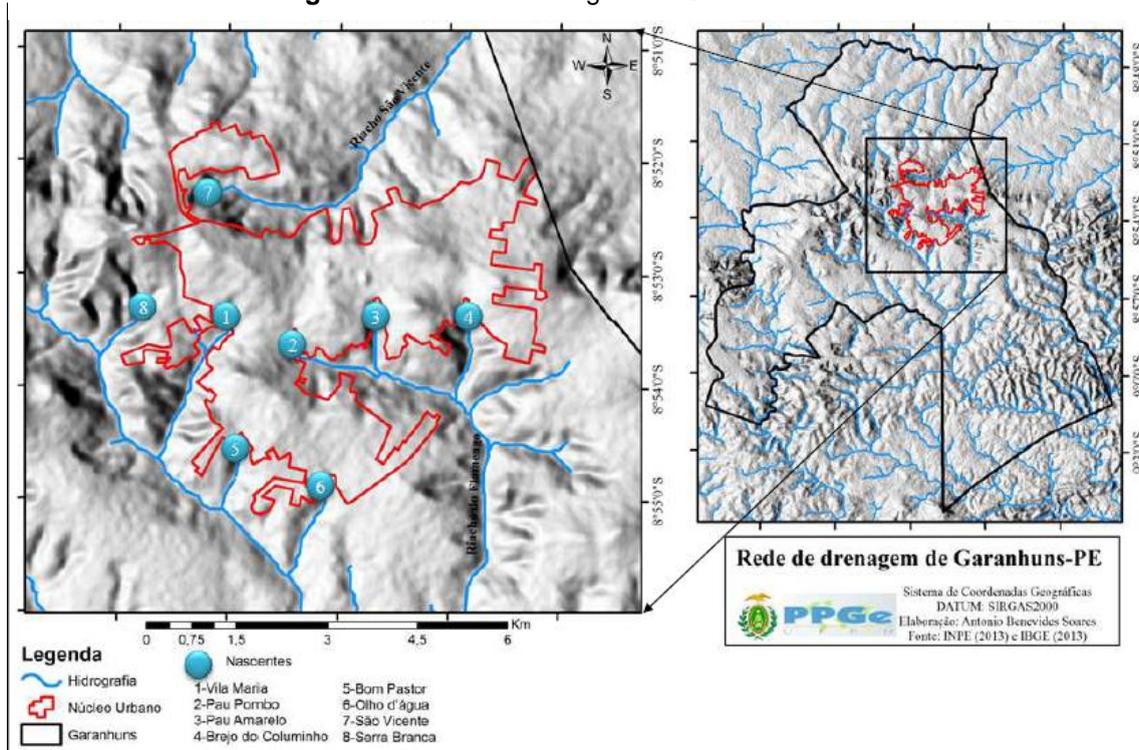
Estas iniciativas do governo federal amenizaram as dificuldades sofridas pela população quilombola referente, principalmente ao armazenamento de água. Porém seu acesso ainda é restrito a períodos de chuva, pois nos períodos de estiagem a

⁹ Para saber mais, consultar o Site da secretaria especial de desenvolvimento social: Programa cisternas. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/acesso-a-agua-1/programa-cisternas>. Acesso em 12 de outubro de 2019, às 12h.

água acumulada nas cisternas não supre o consumo familiar, precisando, assim, recorrer a compra de caminhões pipa para abastecimento. Este é um dos pontos identificado como destrutivo da saúde, pois a compra da água, para a maioria das famílias, onera o orçamento familiar.

Como discutido no capítulo anterior, o Riacho do Flamengo, um dos afluentes do Rio Mundaú, corta o território do Castainho, porém, este encontra-se poluído desde suas nascentes localizadas na cidade de Garanhuns, passando pelo Castainho com águas já impróprias para consumo. Esta poluição se deve, essencialmente, a inadequação do saneamento básico na cidade de Garanhuns. A figura abaixo mostra a rede de drenagem do município de Garanhuns, onde podemos ver na imagem da esquerda as nascentes presentes em zona urbana, do Pau Pombo (2), do Pau Amarelo (3) e a do Brejo do Columinho (4). Estas três estão entre as nascentes que formam o Riacho do Flamengo, que passa em terras do Castainho e é um dos afluentes do Rio Mundaú, como dito anteriormente.

Figura 7 - Rede de drenagem de Garanhuns - PE

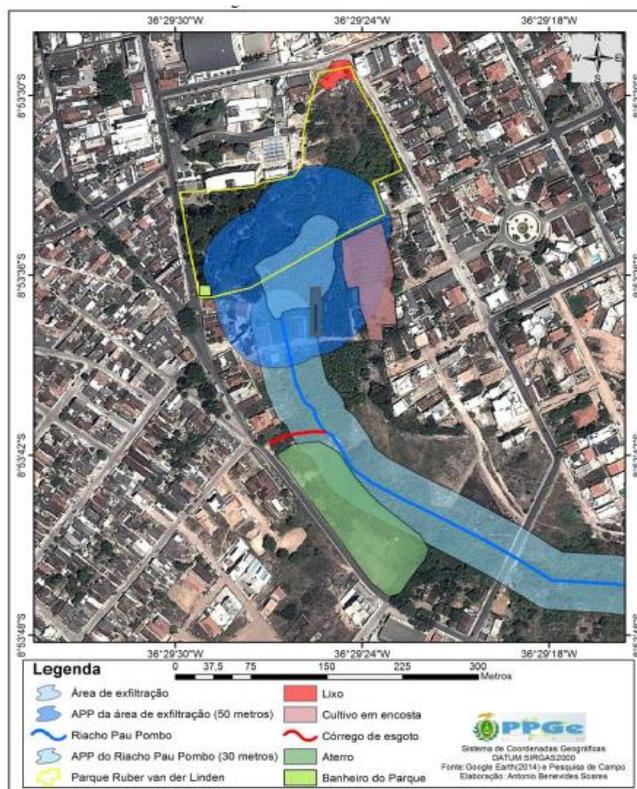


Fonte: Soares e Troleis (2018, p. 195).

De acordo com o Relatório Técnico da Agência Estadual de Meio Ambiente (CPRH), emitido em 16 de outubro de 2019 pela Unidade Integrada de Gestão

Ambiental – Garanhuns, o Rio Mundaú recebe grande carga poluidora de esgotos domésticos e industriais da região, onde a população vem fazendo ligações das águas servidas e dos efluentes sanitários não tratados nas canaletas municipais, que deveriam ser apenas para drenagem das águas pluviais. Isto ocorre devido à ausência de um sistema público de esgotamento sanitário, que gera impacto negativo sobre a qualidade das águas. Além desse fato, o relatório apresenta também a inexistência das áreas de preservação permanente no entorno das nascentes como outro fator de degradação das nascentes do Rio Mundaú. Exemplo disso pode ser observado na figura abaixo, onde verificamos um córrego que deságua na nascente do Pau Pombo águas pluviais e esgoto domiciliar. Essa situação, segundo Soares (2015, p. 97), é um problema comum na cidade de Garanhuns, onde na maior parte dos bairros, os esgotos domésticos estão ligados a rede pluvial e são direcionados para córregos e rios que inclusive alimentam os açudes usados no abastecimento da cidade.

Figura 8 - Nascente Pau Pombo.



Fonte: Soares (2015, p. 97).

Com o constante crescimento do setor econômico em Garanhuns, principalmente por este ter se tornado um polo universitário, vem intensificando o impacto nas nascentes por meio do aumento de esgotos lançados sem tratamento nas nascentes, os constantes aterramentos e a contínua degradação das áreas de preservação ao redor das nascentes, que tende a piorar devido as grandes áreas em expansão ao redor do núcleo urbano da cidade, que ignoram as particularidades ambientais e a legislação vigente (SOARES; TROLEIS, 2018).

A poluição dos rios é um dos grandes problemas ambientais a nível mundial, tendo origem, principalmente, devido ao despejamento de esgoto doméstico e industrial, podendo ser causada também por resíduos do solo que se incorporam a água por meio de escoamento superficial, bem como por infiltrações de mananciais subjacentes a solos contaminados ou por fossas rudimentares (OLIVEIRA et al., 2016).

[...] A prova tá aqui. Tá aí o rio. Tudo que tem de seboseira, de nojeira de saúde, dos hospitais, das residências, dos mercados, é jogado nos esgotos e os esgotos transfere pra nossa nascente. E tudo que cai na nascente é doença. Aí por muito você toma um medicamento e não resolve, por muito que você se alimente bem, não resolve. Aquele ar vem te prejudicar né... [...] É as comidas que a gente se alimenta cheia de veneno, é a nossa água cheia de veneno, é o nosso ar cheio de veneno, tudo que a gente respira tem veneno hoje (Zumbi).

A fala de Zumbi nos mostra o quanto a poluição do rio atinge a saúde dos moradores do Castainho, sendo este problema frequentemente relatado pelos sujeitos participantes da pesquisa. Pois, mesmo tendo um rio cortando suas terras, os moradores do Castainho convivem com a escassez de água.

Outro processo protetor observado é a coleta seletiva realizada pelo grupo de mulheres “Guerreiras Quilombolas”, formado por mulheres da comunidade que se reúnem mensalmente para debater questões relacionadas a comunidade, realizam projetos de geração de renda e coletam materiais recicláveis na comunidade e os vendem. Com a renda estão construindo o salão paroquial da igreja.

Aí eu vou pra reciclagem é que a gente tem um trabalho, trabalho voluntário aqui na comunidade de recolher material reciclável, aí eu vou pra reciclagem, buscar reciclagem. [...] A gente tem é um grupinho pequeno aqui na comunidade, que a gente, é ... sai nas casas por aí, é juntando material reciclável pra... a gente coloca numa casa que tem alí. Quando tem bastante aí a gente vende, e esse dinheiro é pra, no momento, é pra o salão paroquial. No momento é pra comprar material pra construção do salão paroquial do sagrado coração daqui da comunidade. [...] Sempre tive vontade de, de assim de, de recolher esse material reciclável da natureza né, porque esse

material reciclável ele é muito prejudicial a natureza e aí a gente recolhendo esse material ... reciclável da natureza, aí ele vai, a natureza vai respirar melhor e a gente, ainda vai fazer um dinheiro né, extra pra, é assim construir algo que seja é... interessante né? (Aqualtune)

Essa iniciativa das mulheres beneficia toda comunidade, pois, como dito acima por Aqualtune, é uma forma de cuidar da natureza e com o recurso das vendas construir algo na comunidade, nesse caso o salão paroquial. Essa ação reduziu a quantidade de lixo na comunidade, reduzindo também as queimadas de lixo nos quintais das casas. A ação das mulheres é um importante passo para a conscientização dos moradores do Castainho para a realização da coleta seletiva na comunidade, que ainda é realizada apenas por parte de seus moradores.

Observamos, ainda, na matriz de processos críticos, que há uma ampliação do debate acerca da agroecologia no município de Garanhuns, por meio das Universidades presentes no território, ONGs e movimentos sociais. Dessa forma, a agroecologia está sendo pautada na região, que vem discutindo os problemas relacionados ao uso do agrotóxico para o solo, a natureza e a saúde humana.

Um dos projetos atualmente em desenvolvimento é a Feira Agroecológica em Garanhuns (AGROFEIRA), onde alguns moradores da comunidade do Castainho já comercializam seus produtos. Essas discussões e movimentos em prol da agroecologia que vem crescendo em Garanhuns e região estão presentes também nos discursos das lideranças quilombolas, que buscam fortalecer o movimento e práticas agroecológicas na comunidade. Dessa forma, encontramos no território diversas plantações biodiversas e sem uso de agrotóxicos. Porém, essa prática ainda não é unânime na comunidade, onde alguns moradores ainda fazem uso de agrotóxicos.

Um elemento importante na discussão da sustentabilidade é o direito ao território quilombola, território esse fundamental para a produção e sustento das famílias. Desde o início da ocupação da área pelos ancestrais da comunidade, no século XVII, até os dias atuais, as famílias continuam lutando por suas terras e sofrendo ameaças dos fazendeiros da região.

No ano de 2000, Castainho recebeu a titulação de remanescente de quilombo da Fundação Palmares e registrou parte de suas terras (183 hectares) em cartório, porém a extensão territorial reivindicada inicialmente foi de 5 mil hectares, que foi sendo reduzida, e apenas 183 foram oficializados pelo Decreto de declaração da área como de interesse social, emitido em 2009. No entanto, destes 183 hectares, 40 ainda

estavam sob domínio de não-quilombolas, onde o processo de desintrusão só foi iniciado em 2012 e muitos processos de desapropriação ainda estão em andamento, colocando a comunidade em situação de insegurança, devido aos frequentes conflitos e ameaças sofridas (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA, 2010).

Dessa forma, o território ainda não é suficiente as necessidades dos quilombolas do Castainho na garantia do cultivo e criação de animais em quantidades necessárias as famílias, precisando recorrer a compra de alimentos industrializados.

Apesar do Decreto nº 4.887 de 2003 garantir o território como um direito quilombola (BRASIL, 2003), pouquíssimas comunidades quilombolas no Brasil tiveram suas terras demarcadas e hoje possuem a posse. Como dito anteriormente, no estado de Pernambuco temos 160 comunidades reconhecidas pela Fundação Palmares (BRASIL, 2017), mas apenas Castainho e Conceição das Creoulas possuem as posses de suas terras. Porém, mesmo tendo a posse, Castainho ainda não conseguiu a demarcação e posse de todo território que os pertencem, vivendo em constante conflito com fazendeiros e donos de imobiliárias.

O modelo dominante de sociedade destrói o equilíbrio do metabolismo S-N, necessário a reprodução da vida e a produção da saúde. Este modelo, de visão antropocêntrica, trata a natureza como algo exterior à vida humana e de menor importância que esta. A Mãe terra perdeu seu caráter sagrado e foi reduzida pela ciência moderna à mercadoria.

O sistema capitalista nos trouxe a crise socioambiental que hoje estamos vivendo. Com o crescimento do agronegócio, cada vez mais comunidades camponesas são desterritorializadas e vulnerabilizadas, tratando o espaço rural e os recursos naturais como mercadorias. Esta lógica é contrária a relação construída pelos quilombolas com a natureza, onde está intimamente articulada com a cultura gerando os modos de vida comunitários. Nesse sentido, para os quilombolas, os espaços rurais são muito mais que espaços de trabalho. São os espaços de vida e da reprodução dela, desenvolvendo uma economia de natureza não capitalista, baseada no valor de uso, aspirando à reprodução familiar e comunitária (CALDART *et al.*, 2012).

Por isso, os povos e comunidades tradicionais, como os quilombolas, são guardiões da natureza e os maiores defensores dos biomas brasileiros, sendo perseguidos, ameaçados e muitas vezes mortos por isso.

5.4.2 Soberania

O segundo 'S' a ser trabalhado é a Soberania, estando relacionada a um Estado autônomo e autossuficiente. Trazendo para dimensão particular, ou seja, olhando a partir da comunidade do Castainho, a soberania se faz presente quando há um povo empoderado e que tome suas próprias decisões, possuindo um território em conveniência do bem comum (BREILH, 2019).

Figura 9 - Matriz de processos críticos: Soberania no Castainho

(Continua)

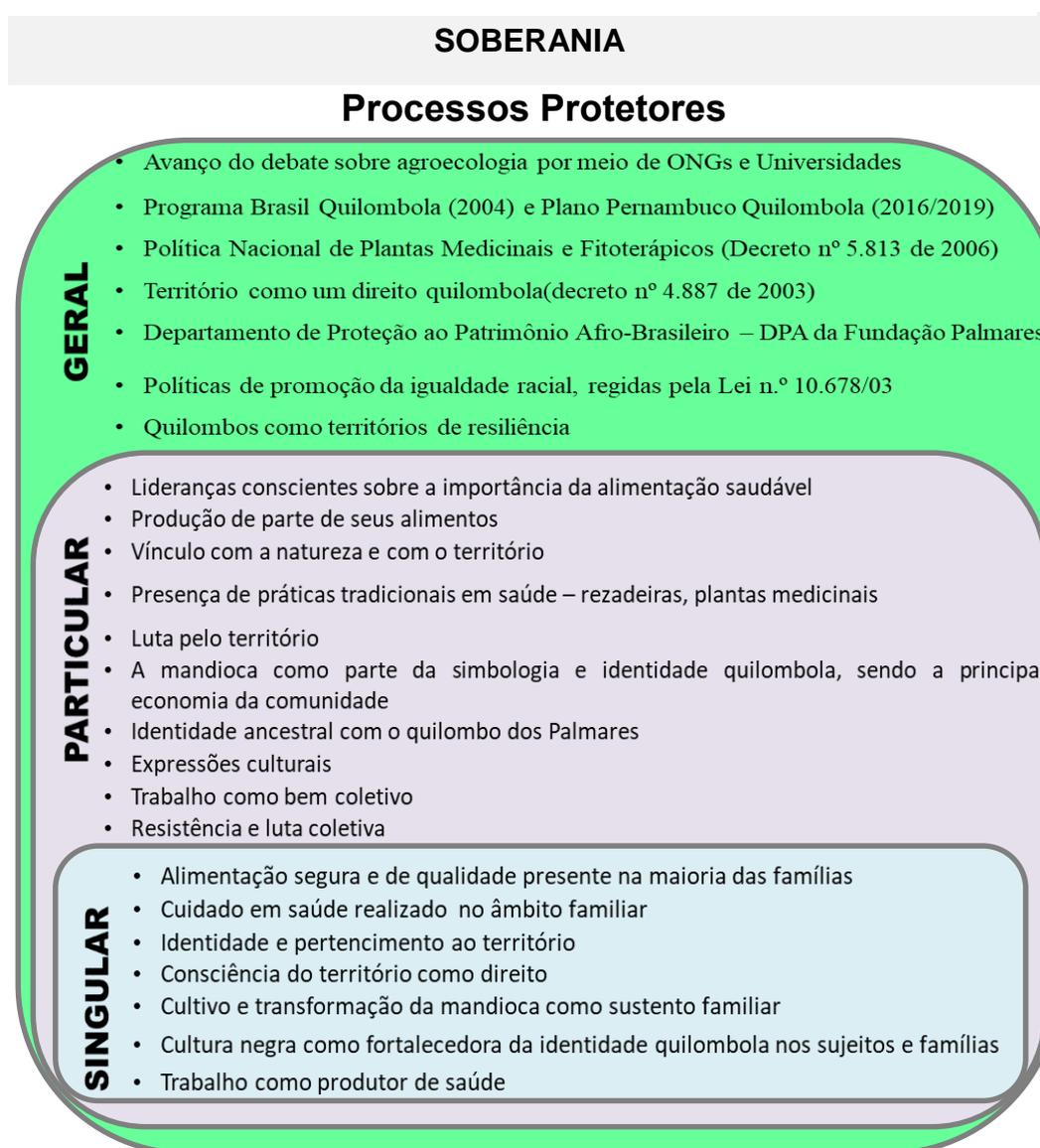
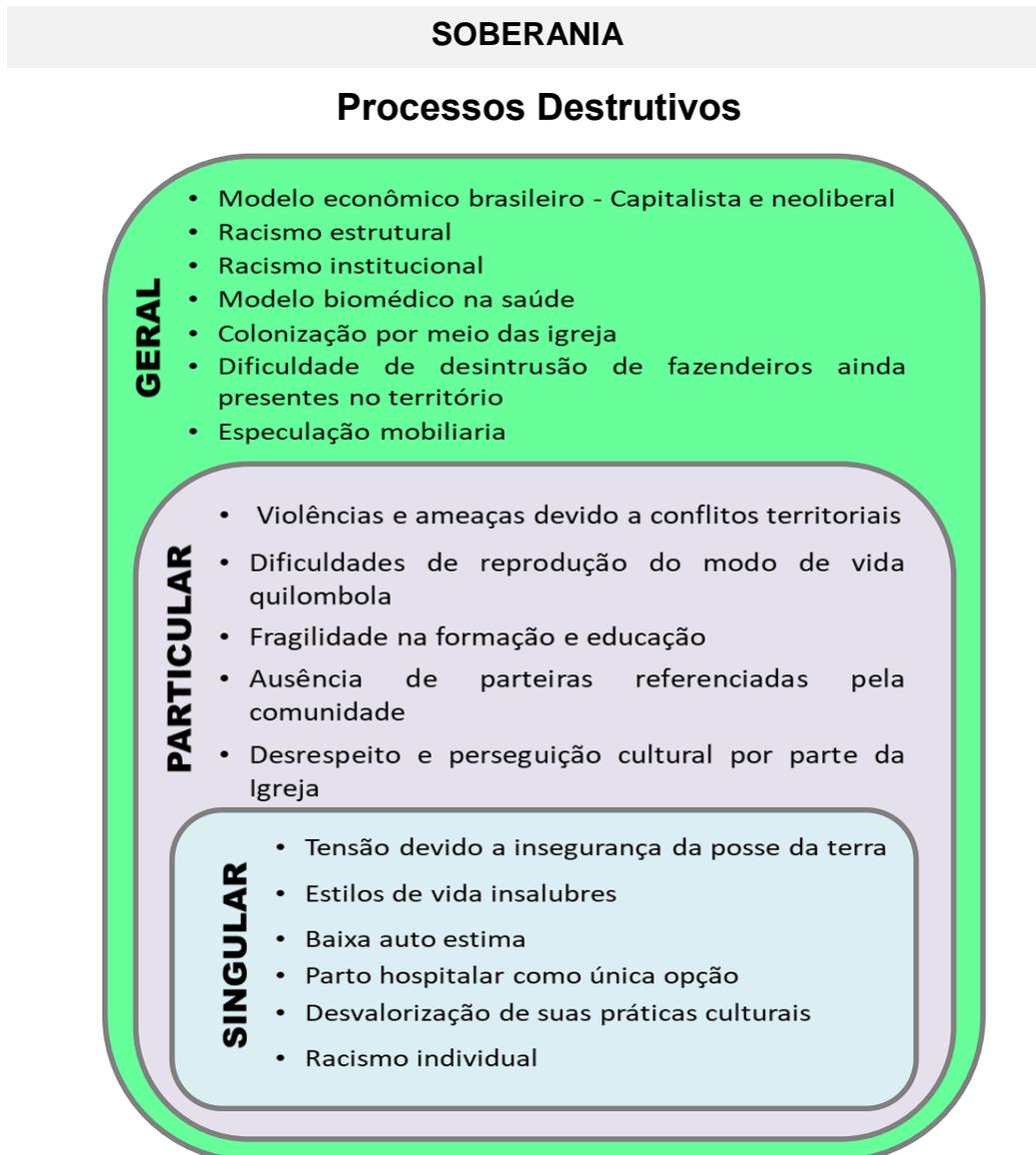


Figura 10 - Matriz de processos críticos: Soberania no Castainho
(Conclusão)



Fonte: A autora baseado em Breilh (2014)

Analisando a matriz podemos observar que o trabalho na agricultura se configura como um elemento de soberania e como um processo protetor da saúde dos quilombolas, pois é por meio dele que são produzidos parte de seus alimentos e em alguns casos sem a presença de substâncias nocivas à saúde humana e da natureza. Alguns quilombolas do Castainho, entre eles suas lideranças, têm consciência dos males causados pelo uso de agrotóxicos e promovem dentro da comunidade, o debate sobre a importância da alimentação saudável e o respeito e proteção da natureza.

O trabalho realizado na agricultura esteve presente durante toda a história de ancestralidade quilombola, sendo essa a principal atividade econômica da comunidade e de manutenção da vida. São produzidos diversos cultivos como o milho, o feijão e a mandioca. Esta última, além de ser o principal produto produzido e transformado na comunidade, possui uma simbologia relacionada a soberania e possibilidade de reprodução da vida quilombola no Castainho, como podemos ver na fala de Nagô.

(...) Eu criei meus fios com a mandioca. (...) Eu trabalhei na feira com a goma, a massa puba, o pé de moleque e a tapioca ... Foi com que eu criei os meus fios, 5 fio. Não vendia aqui em Garanhuns, vendia em Corrente. Quando eu saí da feira, deixei minha menina e até hoje ela tá lá. Não tá com o beiju, mas tá com o pé de moleque, a goma e a massa ... minha menina. E hoje eu ainda planto a mandioca ... Me sinto muito orgulhoso sobre a planta mandioca, sobre o trabalho. Agora isso na casa de farinha a gente tirava a goma, minha mulher tirava a goma mais a menina, ela mesma tirava e mais tarde eu vendia, de primeira qualidade! Era garantida! Porque quem fazia todo trabalho (...) era minha família dentro de casa (Nagô)

Muitos foram os relatos da importância da mandioca entre os sujeitos participantes do estudo, pois é por meio do cultivo e transformação da mandioca na casa de farinha e da venda dos seus produtos nas ruas e feiras da cidade de Garanhuns que as famílias conseguiram ter uma renda que os permitissem comprar os demais produtos que não são produzidos por eles, além de possibilitar aos seus filhos, mesmo com toda dificuldade ainda presente, a possibilidade de estudarem e, em alguns casos, acessarem o ensino superior, como relatado abaixo por Aqualtune.

Eu nasci e desde que eu me entendo por gente a minha mãe já fazia farinha né...aí é ... a gente se criou tudinho vendendo na feira, fazendo farinha, vendendo na feira, eu ajudando minha mãe, vendendo nas portas com o balaio na cabeça (...). E aí veio passando por geração e hoje né eu continuo né, trabalhando na CEAGA (...). E hoje eu continuo trabalhando e minha filha me ajudando e eu acredito que é ela que vai tocar (...) o trabalho da roça e da mandioca, da massa e da goma, e é isso... E eu me sinto muito bem fazendo esse trabalho, porque foi com que eu sustentei toda minha família né, até hoje. (...) Quando eu tava trabalhando na feira né, que a minha primeira filha ela ... é estava estudando né, naquela dificuldade toda, naquele tempo que ela passou no vestibular(...) e foi estudar fazer é ... Direito, aí na feira, a gente sempre conversa na feira, aí quando eu contava, aí o povo “Vixe Maria! a senhora vendendo na feira, é um orgulho muito grande ...a senhora tem orgulho de sua filha? vendendo na feira beiju, tapioca, massa e goma, e ter uma filha se formando?” Aí eu dizia assim: Eu tenho um orgulho imenso de ver minha filha se formando na faculdade... Através da feira né, porque era o único financeiro que a gente tinha, era a feira. Com muita dificuldade né, mas muito feliz (Aqualtune)

A mandioca, como discutido em capítulo anterior, faz parte da cultura quilombola na comunidade do Castainho e a compreensão dessa cultura é fundamental na discussão da soberania, pois um povo só pode ser considerado soberano se puder reproduzir livremente sua cultura e modos de vida.

Na dimensão geral, encontramos programas e ações criados no intuito de proteger e fortalecer a cultura quilombola, bem como de promover a qualidade de vida dessa população e reduzir as desigualdades raciais. Como encontramos no Programa Brasil Quilombola (2004), que possui como uma de suas diretrizes a ênfase nos métodos de produção agroecológicos para a subsistência e produção de renda nas comunidades quilombolas, além de colaborar com a racionalização do uso dos recursos naturais.

Este programa trata ainda da regularização da posse da terra e do fortalecimento da identidade cultural e política quilombola, estimulando seu protagonismo nos espaços de discussão e deliberação de políticas de seu interesse. Além disso, busca incentivar os governos estaduais e municipais a promoverem o acesso dos quilombolas às políticas públicas, com o intuito de melhorar as condições de vida dessas comunidades (BRASIL, 2004).

Em consonância com o PBQ e com o Decreto nº 38.960, de 17 de dezembro de 2012, que institui a Política Estadual de Regularização Fundiária e Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Quilombolas, o governo do estado de Pernambuco lança o Plano Pernambuco Quilombola (PPQ), que visa a redução das desigualdades raciais no estado, enfatizando as comunidades quilombolas. Assim como estes, outras políticas e decretos foram criados objetivando garantir direitos a população quilombola conforme apresentado na Figura 1, referente aos processos protetores da soberania.

Outros elementos presentes na dimensão geral e que contribuem na proteção da soberania quilombola são o Departamento de Proteção ao Patrimônio Afro-Brasileiro (DPA) da Fundação Palmares, que atua na preservação, proteção e promoção da identidade das comunidades religiosas de matriz africana e das comunidades dos remanescentes de quilombos, apoiando e articulando ações culturais, econômicas e sociais desses grupos; e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL, 2006), que tem como uma de suas diretrizes a promoção e reconhecimento das práticas populares de uso de plantas medicinais e

remédios caseiros, prática essa bastante exercida na comunidade quilombola do Castainho.

As práticas tradicionais em saúde, como o uso de plantas medicinais e a atuação das rezadeiras, bem como as demais expressões culturais presentes no território do Castainho, como exemplo o samba de coco, são elementos de resistência e preservação da identidade quilombola, e, dessa forma, contribuem com a soberania no Castainho.

A busca pela soberania se expressa na constante luta pelo território presente na história dos quilombolas, onde desde o período colonial os negros escravizados construíam redutos de resistência, onde reproduziam seus modos de vida e sua cultura e lutavam contra o regime escravocrata. Assim, os quilombolas carregam consigo a ancestralidade de um povo resiliente, que resistiu e lutou em busca de sua liberdade. Com a comunidade do Castainho não é diferente. Estes são descendentes dos negros que formaram um dos mais importantes quilombos da história, o Quilombo dos Palmares, símbolo de luta e resistência negra.

Essa ancestralidade que carrega a luta por liberdade e pelo direito ao território, a resistência e o combate ao racismo, o trabalho como bem coletivo, sendo este um produtor de saúde, e o forte vínculo com a natureza, presentes no território em estudo, levam ao fortalecimento da identidade quilombola nos sujeitos e famílias e ao sentimento de pertencimento ao território e a comunidade. Tudo isso contribui para o empoderamento dos quilombolas do Castainho. Essa força e coletividade presente no território quilombola contribui para a autonomia relativa da comunidade frente aos processos destrutivos que levam ao enfraquecimento e perda da soberania do povo quilombola.

Como discutimos no referencial teórico e no capítulo anterior, o racismo está presente em nossa sociedade desde o período colonial, com o sistema escravocrata, que anulou o negro enquanto humano, negando e destruindo sua cultura. Até hoje, o Brasil convive com essa herança da escravidão, estando o racismo presente em toda a estrutura social (Racismo Estrutural), nas instituições (Racismo Institucional) e nas relações interpessoais (Racismo Individual) (ALMEIDA, 2018, 2019).

Em relação ao racismo vivido pelos quilombolas do Castainho, podemos falar de Racismo Estrutural na relação da cidade de Garanhuns com a comunidade, pois esta sempre foi marginalizada por aquela. Muitos são os relatos referentes ao racismo vivido pelos quilombolas nos diversos espaços da cidade de Garanhuns, seja no

comércio, nas festas, ou mesmo em se tentar um trabalho. Esta exclusão se dá desde a criação da cidade que buscou negar a presença de quilombolas no território, mesmo estes estando nessas terras antes mesmo da cidade de Garanhuns existir.

O Racismo Institucional está presente, principalmente, no setor educacional e da saúde, onde vimos vários relatos voltados a este tema no capítulo 2, onde discutimos racismo e saúde no Castainho. O racismo vivido pelos quilombolas repercute também nas dimensões particular e singular por meio do movimento de subsunção. Ou seja, o racismo é refletido e reproduzido também no âmbito da comunidade quilombola e entre seus membros, gerando, assim, processos de adoecimento.

Esses processos adoecedores podem ser justificados, de acordo com Barata (2009), quando diz que as raças possuem importante impacto sobre a saúde e o acesso a políticas públicas incluindo os serviços de saúde, ainda que não tenha relevância biológica, mas como um constructo social. A autora afirma que alguns problemas e comportamentos de saúde como a hipertensão arterial, doenças cardíacas, diabetes e obesidade, baixo peso e prematuridade, abuso de álcool e drogas, tabagismo e transtornos mentais, apresentam uma maior associação com a exposição às situações de racismo. Além desses problemas de saúde, observamos também na comunidade questões referentes a baixa autoestima.

Além desses problemas, podemos observar o Racismo Ambiental também como elemento destrutivo da soberania no Castainho, pois este, assim como os demais tipos de racismo, prejudica a reprodução do modo de vida quilombola, pois interfere diretamente na sua relação com a natureza. Os povos quilombolas historicamente vivenciam o Racismo Ambiental, devido ao processo de colonização brasileiro, que provocou e continua provocando muitos conflitos relacionados ao acesso a recursos naturais presentes em seus territórios e a preservação da natureza, como no caso do rio que já vem poluído da cidade e nas questões referentes ao acesso a água. Ademais, as frequentes lutas em busca do acesso a direitos essenciais sempre estiveram presentes na vida dessa comunidade, como é o caso da luta pelo território.

Os quilombolas do Castainho lutam até hoje para terem o restante de suas terras registradas, pois mesmo estando garantido em lei, o direito à terra ainda não é uma realidade para a grande maioria dos povos quilombolas. Estes povos ainda vivem em constante conflito territorial, lutando contra o modelo econômico (capitalista e

neoliberal) que não valoriza o modo de vida tradicional ou camponês e trata a natureza como mercadoria. Na comunidade quilombola do Castainho, os conflitos por terra se dão com uma das famílias mais influentes e detentora de terras no município de Garanhuns, bem como com uma imobiliária, conforme a seguinte fala de Nagô.

Quem sofreu com essas terras foi eu. Lembro como hoje alí na COHAB II não tinha essa COHAB II no meio... (Um dono de imobiliária) Ia com 3 pistoleiros e eu vinha com uma bolsinha na cabeça e ele disse “é com você mesmo que eu quero falar!” Eu disse: eu? “Sim, você mesmo!” Porque tinham dito a ele que eu tinha pegado os trabalhadores e tinha colocado na roça para trabaiaá ... aí quando eu fui conversar com ele, eu encostei assim no carro e ficou um pistoleiro por trás de minhas costas, um de um lado, outro do outro lado (...). Eu digo olhe, quem lhe contou está enganado, porque eu sou um trabalhador igualmente aos outros e se você quiser ver hoje de noite ou amanhã de manhã eu boto os trabalhadores tudinho na sua frente e eu tenho roça também a mesma coisa que os outros. Quando eu cheguei aqui, ele tinha vindo aqui, cumpade (...) já sabia. Aí a gente convocou CPT, Sindicato dos trabalhadores rural ... lembro como hoje CPT, CDH... Teve uma reunião pesada nessa noite. Teve um adevogado que disse: “enquanto não resolver essas coisas aqui do Castainho eu duvido (o dono da imobiliária) pisar mais lá no Castainho pra aperrear qualquer um trabalhador...”. Se não fosse isso, eu vou falar uma coisa, eu fiquei tremendo de medo, se eu não morri naquela hora não morro mais nunca! (Nagô)

Em sua fala, Nagô retrata a ameaça sofrida pelo dono da imobiliária devido a conflitos territoriais. Segundo os relatos, ele, o dono da imobiliária, comprou indevidamente a uma família que se dizia possuidora de parte das terras pertencentes ao território de Castainho. Essas constantes ameaças levam a tensão e sofrimento do povo de Castainho, o que causa adoecimento e sentimento de insegurança quanto a posse de suas terras e quanto a suas próprias vidas.

Outro processo destrutivo da soberania que não podemos deixar de discutir são as consequências geradas pelo modelo biomédico na saúde. Consequências essas que não respeitam o cuidado tradicional em saúde, como o uso de plantas medicinais e rezas, pois de acordo com Clarindo (2014) este modelo

“(...) que impera no meio acadêmico inviabiliza abordagens holísticas dos males humanos que na maioria das vezes extrapolam questões de ordem meramente fisiológicas e demandam o (re)conhecimento de outros fatores, que em alguns casos envolve elementos não tangíveis” (CLARINDO, 2014, p.55).

O modelo biomedico está presente nas práticas dos profissionais de saúde e na maneira hegemônica de se pensar o processo saúde – doença, onde um é compreendido como ausência do outro. Como dito por Clarindo, acima, esse modelo inviabiliza outras formas de se olhar para a saúde, como por exemplo a forma de

cuidado quilombola, por meio de uso de plantas medicinais, rezas e raizadas.

Dessa forma, a negação dessas práticas leva ao enfraquecimento e muitas vezes ao desaparecimento delas nos quilombos. Como ocorreu em relação as parteiras na comunidade de Castainho, modificando a forma de nascer no quilombo, que agora não conta mais com as práticas tradicionais de partejar e parir, pois as parteiras foram deixando seu fazer devido a ameaças sofridas, como se sua prática fosse ilegal.

Um elemento importante nesse debate é o papel colonizador das igrejas no território quilombola. Como discutido, no Castainho, as igrejas católica e evangélica possuem grande influência em seus seguidores, levando, muitas vezes, a fragilização de elementos da cultura quilombola, pois a prática da reza para a cura, a dança afro, entre outras práticas presentes no território do Castainho, possuem suas raízes na cultura africana. Cultura essa que historicamente foi negada e marginalizada, sendo imposta a cultura do colonizador entre os povos negros e indígenas.

A igreja foi peça fundamental na missão de colonização dos governos europeus, sendo um instrumento de desenraizamento cultural do colonizado, defendendo a tese de uma hierarquia de culturas, onde indígenas e negros eram vistos como menos civilizados, não-civilizados, primitivos ou mesmo selvagens (BERNARDINO-COSTA et al., 2019). Atualmente, mesmo tendo se moldado e se tornando mais agregadora, a igreja ainda carrega consigo uma prática colonial de desrespeito a cultura negra, o que leva seus fiéis a desvalorizarem as práticas presentes em sua cultura.

O enfraquecimento da cultura no Castainho ocasiona a perda da soberania, pois é por meio dela que o povo quilombola se empodera, levando a luta pela reparação social e ampliação de direitos.

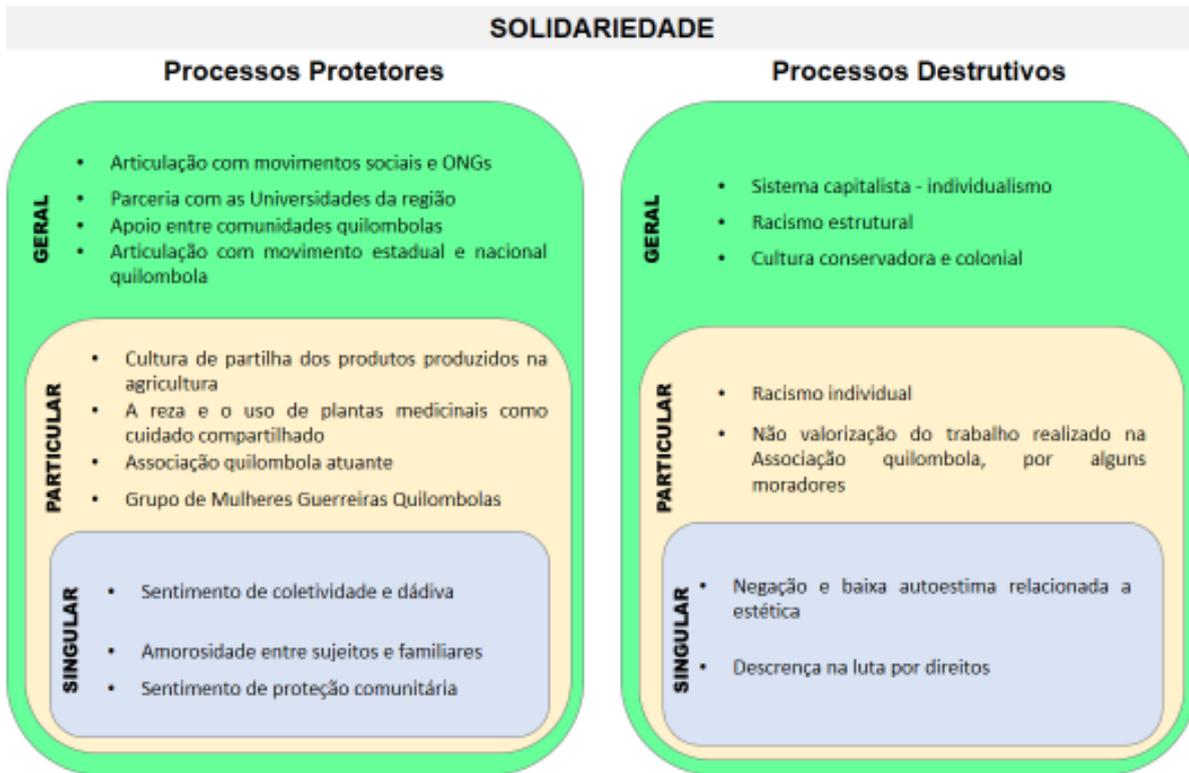
5.4.3 Solidariedade

O terceiro 'S', da Solidariedade, nos traz a compreensão de uma estrutura social e produtiva pautada na vida e no bem comum, proporcionando o bem viver.

No Castainho, levantamos alguns processos críticos que se relacionam com a solidariedade, seja fortalecendo ou enfraquecendo esta no território. A figura abaixo mostra os processos protetores e destrutivos para a solidariedade, presentes nas três

dimensões com o olhar para a comunidade do Castainho.

Figura 10 - Matriz de processos críticos: Solidariedade no Castainho



Fonte: A autora baseado em Breilh (2014)

A comunidade do Castainho possui uma Associação Quilombola atuante e articulada com movimentos sociais e ONGs, tendo ainda parcerias firmadas com instituições de ensino presentes na região, como é o caso da Universidade de Pernambuco (UPE), o Instituto Federal de Pernambuco, campus Garanhuns (IFPE) e a Unidade Acadêmica de Garanhuns da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UAG UFRPE). Essas articulações beneficiam a comunidade de Castainho, por meio de projetos desenvolvidos em parceria com professores e acadêmicos dessas instituições.

Essas articulações também se dão dentro do próprio movimento quilombola, por meio da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), da Coordenação Estadual de Articulação das Comunidades Quilombolas de Pernambuco e entre comunidades, que se apoiam e se juntam em busca da conquista de direitos. A fala de Zumbi abaixo mostra a solidariedade que existia entre as comunidades, quando as casas eram construídas com taipa.

(...) E vem gente de Alagoas, muita gente vinha de Alagoas. Eles se planejava, num era como hoje que tem celular, tem num sei o que... Internet e não sei o que lá, eles se comunicava, um vinha aqui, saía de Alagoas andando a pés de lá pra cá, vinha aqui, fazia um comunicado, aí voltava pra lá e dizia “oh daqui a quinze dias vai ter a sambada de coco pra concluir a casa de fulano que construirão a casa”. Pronto, aí vinha um rebanho de lá (Zumbi).

Hoje, no Castainho, não se constroem mais casas de taipa, porém o apoio entre as comunidades continua. Este pode ser observado por meio da partilha de produtos coletados dos cultivos entre vizinhos, familiares e amigos.

Essa rede de colaboração proporciona um sentimento de coletividade e de dádiva que, de acordo com a sociologia de Marcel Mauss, discutida por Martins (2005), o valor da relação deve ser superior ao valor das coisas, sendo o simbolismo fundamental para a vida social. Dessa forma, as antigas maneiras de estabelecimento dos vínculos e alianças entre os sujeitos não são substituídas pela lógica mercantil moderna, continuando presentes na sociedade.

Semelhantes modalidades de trocas aparecem, para ele (Mauss), como um fato social total que se revela a partir de duas compreensões do total: totalidade no sentido de que a sociedade inclui todos os fenômenos humanos de natureza econômica, cultural, política, religiosa, entre outros, sem haver nenhuma hierarquia prévia que justifique uma economia natural que precederia os demais fenômenos sociais. Totalidade, também, no sentido de que a natureza desses bens produzidos pelos membros das comunidades não é apenas material, mas também e sobretudo simbólica (MARTINS, 2005, p. 46).

Assim, no Castainho, as relações entre os sujeitos estão pautadas com ênfase no simbólico, na aposta no dom, onde o valor da relação em si supera o valor das coisas e de seus usos. Essa aposta no dom, segundo Mauss, refere-se a iniciativa, incerta e paradoxal, de doar, receber e devolver, ou seja, trata-se da “teoria da dádiva (a tríplice obrigação do dar, receber e retribuir), que é o ponto central de sua contribuição teórica” (MARTINS, 2005, p. 46).

Às vezes chega uma pessoa de mais necessidade eu já pego aquilo e dou a aquela pessoa, que eu vejo que tá precisando. Eu divido, sabe como é? Eu era assim derno de eu nova. As minhas coisas eram tanto assim em casa, se eu chegasse em casa e comprasse meio quilo de carne, que era muito pouca, aí eu saía dano aqueles da minha família que eu sabia que tava precisando também. (...) Aí era assim, aí minha mãe só chamava eu a mulher das piabinhas, porque recebe as piabinhas e divide com os outros (Omulu).

A fala de Omulu retrata bem as formas de relações estabelecidas na comunidade, que nos remete a teoria da dádiva. Mesmo tendo pouco, esse pouco

muitas vezes é dividido. Mas não só alimentos e outros produtos são partilhados. Podemos ver a solidariedade também nas práticas de cuidado realizadas na própria comunidade por meio da reza e do uso de plantas medicinais. Esses são alguns exemplos da relação solidária construída na comunidade, assim como o exemplo a seguir, trazido na fala de Ganga Zumba, onde o respeito a família em luto aparece como um ato de solidariedade presente na comunidade do Castainho.

Quando morre uma pessoa aqui, aí não fica só a família de luto né, a família fica de luto mais o pessoal que conhece. Por exemplo, o pessoal não liga o som, (...) não demonstram alegria, pela família que tá lá passando por um momento difícil né (...) o pessoal as vezes tá até feliz da vida, mas não liga o som (...) e a gente percebe que em outras comunidades não é assim (...) a gente ainda mantém uma cultura aqui de ter respeito pelo sentimento do próximo (Ganga Zumba).

A solidariedade está presente no dia a dia das comunidades quilombolas, como nos mostra o estudo realizado por Chagas (2001) no Quilombo de Ivaporunduva no Município de Eldorado/São Paulo, onde expressa que a rede de solidariedade construída nesse quilombo é uma forma de organização interna sem, muitas vezes, se preocupar em estabelecer diálogo com o Estado. A compreensão do território quilombola se dá a partir da percepção da história do grupo, das relações de parentesco, do entendimento de suas religiosidades e ritualidades festivas, bem como de suas relações de lealdade e de solidariedade (CHAGAS, 2001).

Outro estudo que também aponta a solidariedade entre os quilombolas, é o de O' Dwyer (2002), realizado na Comunidade Quilombola Furnas do Dionísio localizada no município de Jaraguari, Mato Grosso do Sul. O estudo mostra que a agricultura é a principal atividade econômica da comunidade e que está tem como base práticas culturais de reciprocidade, cooperação e solidariedade.

Tem um lugar que a gente ainda pode chegar e ficar embaixo de qualquer pé de árvore né, porque a gente tem necessidade de fazer isso, e a gente, assim ... esse direito que deixaram pra gente né...porque a gente não plantou, se plantar agora daqui a não sei quantos anos é que vai ficar embaixo, chupar um caju...aí quem fez isso lá trás, ele não usufruiu, quem vai usufruir é a gente, então também isso é saúde. É saber que alguém vai precisar um dia, não você vai precisar, talvez não chegue nem a usufruir daquilo ali né, mas vai ter alguém que precise né. (Acotirene)

Acotirene traz em sua fala a importância da solidariedade, não apenas pensando no presente, mas também nas gerações futuras, objetivando a manutenção e equilíbrio dos recursos naturais. O exemplo acima, trata das fruteiras e árvores

presentes na comunidade, sendo estas e outros elementos naturais presentes no território indispensáveis para a reprodução do modo de vida no Castainho.

Os quilombos se caracterizam por questões fundamentalmente referentes à sua territorialidade, onde há o predomínio do uso comum de espaços, tendo estes, diferentes formas de ocupação e uso, que se constroem por meio das relações de solidariedade e reciprocidade, entre parentes e vizinhos, que possuem uma mesma referência histórica construída por meio de vivências e valores compartilhados. Com essa compreensão, Abdias do Nascimento (1980, p. 263 apud ARRUTI, 2008, p. 107) em seu livro “O Quilombismo” define quilombo como “reunião fraterna e livre, solidariedade, convivência, comunhão existencial”.

O quilombo representa a força e resistência de um povo que lutou e ainda luta por sua liberdade, tendo como base a solidariedade entre eles. Assim, a organização coletiva é um elemento importante nessa discussão, pois colabora com a luta por direitos e na busca por melhorias para a comunidade. Dessa forma, encontramos no Castainho a organização de seu povo por meio da atuação da Associação Quilombola do Castainho, que representa a comunidade nos diversos espaços de luta e discussão de interesse do coletivo. Outro espaço de organização na comunidade, é o grupo Guerreiras Quilombolas, criado pelas mulheres do Castainho, onde discutem temas voltados para o empoderamento e autonomia feminina na comunidade. Esses espaços de organização propiciam nos moradores da comunidade um sentimento de proteção comunitária e de identificação com o coletivo.

Porém esse sentimento, não é encontrado em todos os moradores do Castainho, existe entre alguns uma descrença na luta por direitos e no papel desempenhado pela Associação quilombola, onde estes não valorizam o trabalho realizado pelas lideranças.

Uma análise que pode ser feita a esse respeito, levando em consideração o movimento de subsunção, é que este não envolvimento e não reconhecimento da luta desempenhada pelas lideranças seja um reflexo do individualismo característico do sistema capitalista neoliberal. Como já afirmava Freire (1980) em seu livro “Pedagogia do Oprimido”, a classe dominante precisa dividir os oprimidos para manter a opressão, ou seja, dividir o povo para dificultar sua percepção crítica da realidade, sendo essa divisão um dos instrumentos das elites opressoras para manutenção de seu status quo.

Quando tem alguma coisa errada a culpa é da diretoria, quando chega alguma coisa de bom, não é...é obrigação de vcs. (Ganga Zumba)

A fala de Ganga Zumba expressa algo que segundo ele é frequente entre alguns moradores, que é o descrédito relacionado ao trabalho realizado pelos representantes da comunidade, isso leva a desmotivação daqueles que estão na luta por melhorias na comunidade e a desunião entre os moradores, acarretando o enfraquecimento da comunidade. O que vai de encontro a uma prática libertadora, onde, de acordo com Freire (1980) a ação unificadora é indispensável à essa prática.

Outro elemento importante na destruição da solidariedade no Castainho está relacionado com o racismo estrutural, discutido em capítulos anteriores e a cultura conservadora e colonial, ainda fortemente presente no município de Garanhuns, que como dito anteriormente, é reconhecida por ser a Suíça pernambucana, devido ao clima frio durante o inverno, negando e marginalizando os diversos quilombos presentes em seu território, ou melhor, que estão no território antes mesmo da formação do município.

Esta cultura presente no município, repercute na vida dos quilombolas que lidam desde muito cedo com o racismo (estrutural, institucional e individual) em seu dia a dia, inclusive dentro da própria comunidade, sendo esse um reflexo da sociabilidade entre os indivíduos. Afetando, assim, a vida dos indivíduos e famílias quilombolas, provocando baixa autoestima e negação de sua cultura e identidade.

Essas questões que remetem aos conflitos existentes no interior da própria comunidade, são importantes para a compreensão de sua dinâmica, rompendo com a visão folclorizada da comunidade que, de acordo com Leite (2000) enaltece a solidariedade e a resistência e menospreza os conflitos, que são importantes agentes de transformação e mudança, presentes na coletividade. A coletividade, segundo a autora, é compreendida por meio de um pleito que é comum a todos e expressa uma luta unificada por dignidade e respeito (LEITE, 2000).

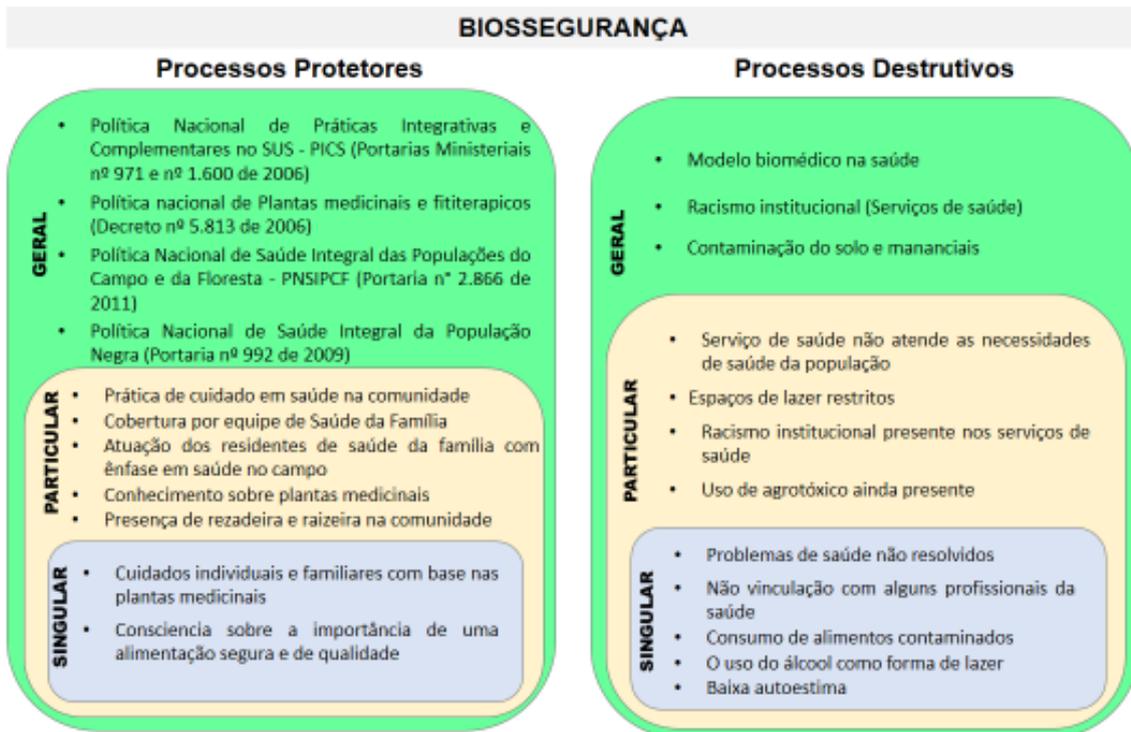
A busca por um viver digno, é também a busca do povo quilombola em poder realizar em plenitude sua identidade e as potencialidades de sua cultura, ou seja, é também a busca por Justiça cultural e identidade plena, mantendo o equilíbrio dos recursos presente e futuro, necessários a reprodução da vida, sendo estes elementos fundamentais para a solidariedade (BREILH, 2017).

5.4.4 (Bio)Segurança – Ser saudável

O quarto e último 'S' para uma vida saudável é a (bio)segurança, compreendida como modos de vida consolidados e aperfeiçoados em diferentes espaços socioculturais que proporcionem qualidade de vida. A (bio)segurança integral engloba a segurança nos ambientes de trabalho, dos alimentos, incluindo a constituição genética e a não contaminação (por químicos, antibióticos, hormônios) (BREILH, 2019), bem como contempla um conjunto de ações voltadas ao controle e prevenção de problemas que possam comprometer a saúde humana, animal e da natureza.

A figura abaixo apresenta os processos protetores e destrutivos referentes à biossegurança na comunidade quilombola do Castainho.

Figura 11 - Matriz de processos críticos: Solidariedade no Castainho



Fonte: A autora baseado em Breilh (2014)

De acordo com a matriz de processos críticos representada pela figura 11, algumas políticas públicas contribuem com o ser saudável no Castainho, como por exemplo, a política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2009) e as Práticas integrativas e complementares (PICs) (BRASIL, 2006), que contribuem com

o fortalecimento dessas práticas no território, bem como a inclusão destas no cuidado ofertado pela equipe de saúde.

Como vimos as práticas tradicionais, como o uso de plantas medicinais e da reza para o cuidado com a saúde, estão bastante presentes no modo de vida dos quilombolas. Esses conhecimentos ancestrais colaboram com a proteção da saúde e contribui com uma melhor qualidade de vida na comunidade.

Outras políticas como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (BRASIL, 2011) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2013a), trazem elementos para discussão da saúde da população quilombola e contribuem com o fortalecimento da saúde no quilombo, com diretrizes voltadas à promoção da saúde, o olhar para a integralidade no cuidado e o combate ao racismo institucional, esses são alguns pontos importantes para a melhoria das condições de vida e de saúde nessas comunidades.

O acesso dos moradores do Castainho à rede de serviços de saúde é facilitado pela Unidade de Saúde da Família e pela equipe de residentes da Residência multiprofissional em saúde da família com ênfase na saúde do campo - RMSFSC, que cobrem o território.

De acordo com os relatos dos moradores do Castainho, o cuidado prestado pela equipe de residentes contribui com a melhoria da saúde na comunidade. Porém, muitas são as queixas da população em relação ao atendimento da equipe da USF, pois é comum os moradores não terem seus problemas de saúde resolvidos, nem suas necessidades atendidas. Muitos dos usuários da USF não possuem vínculo com os profissionais, existindo ainda relatos de Racismo Institucional, presente na Unidade de Saúde, o que contribui para as desigualdades raciais, interferindo negativamente no processo saúde-doença-cuidado na comunidade, o que vai de encontro com o que preconiza a PNSIPN.

As práticas tradicionais em saúde desenvolvidas na comunidade muitas vezes não são respeitadas pelos profissionais, que as negam, e ainda recriminam seu uso. Como mostra esse trecho do DSC 22:

[...] [Um profissional de saúde] quando alguém fala que tá tomando chá de plantas medicinais, ele pergunta logo: 'você acham que isso resolve?' (Trecho do DSC 22)

A formação e a prática desses profissionais estão pautadas pelo modelo biomédico de saúde, que tem como foco a doença e não o usuário como um sujeito integral, dessa forma, desrespeita a cultura e os costumes de cada povo, como no caso os quilombolas.

Esse modelo ganha espaço e se torna hegemônico com o crescimento do sistema capitalista e neoliberal, que adota o modelo gerencial da administração pública e objetiva a produtividade. Essa lógica produtivista mede a saúde da população pela quantidade de serviços e produtos médico-hospitalares consumidos, tratando o usuário do sistema como um consumidor de serviços. Isso ocorre sem que haja incidência em relação as condições de vida e de saúde da população e sem necessariamente atender às necessidades básicas do cuidado (GOMES; BEZERRA, 2014)

Esse fato reflete na insatisfação dos usuários do sistema de saúde no Castainho, onde questionam o atendimento recebido na USF, como podemos observar no trecho do DSC 23.

[...] Quando eu chego no posto, que eu não encontro alguém, o próprio profissional, a forma como ele atende a gente, nem olha pra gente e acha que já atendeu. Já passa um medicamento e aí não fomos atendidos [...] (Trecho do DSC 22).

A fala acima, além de mostrar a insatisfação do usuário com o atendimento na Unidade de Saúde, remete ao Racismo Institucional. Este diminui as possibilidades de diálogo e de vínculo dos usuários com os profissionais, interferindo na autoestima e, portanto, na saúde, principalmente na saúde mental dos usuários.

O Racismo Institucional colabora com o agravamento da exclusão social, pois, o setor saúde que deveria estar contribuindo para redução das vulnerabilidades, tendo inclusive a equidade como princípio básico do SUS, por meio do racismo, diminui o diálogo e afasta dos serviços a população negra, no caso a quilombola, ampliando as barreiras de acesso e a vulnerabilidade dessa população (KALCKMANN et al., 2007).

Além desses problemas relacionados ao setor saúde, foram identificados outros problemas que contribuem com os processos destrutivos da saúde no Castainho, como o uso de agrotóxico contaminando solos e mananciais.

Outros processos destrutivos da saúde na comunidade do Castainho são os restritos espaços de lazer presentes, que se limitam a um campo de futebol improvisado. Isto contribui com o aumento do consumo de álcool, principalmente entre

os jovens, que recorrem a bebida como forma de diversão. Esse problema também foi relatado no estudo realizado nas Comunidades Quilombolas do Castainho e Estivas por Silva e Menezes (2016), onde observaram

[...] que as dificuldades de mobilidade para ir à cidade em busca de outras formas de lazer são também fatores que favorecem o uso de álcool. A restrição de opções de lazer denuncia uma situação precária dessas comunidades e a sua invisibilização na sociedade. A existência de outras opções de lazer poderia interferir na frequência de consumo. Evidencia também como as situações de classe social podem estar relacionadas com o uso, haja vista ser o modo de diversão acessível para os/as mesmos/as, ainda que precisem ter gastos financeiros com a bebida (SILVA; MENEZES, 2016, p. 89).

A citação acima relaciona o uso do álcool à ausência do Estado no território, ou seja, a escassez de políticas efetivas de promoção da melhoria de vida e da saúde. Para mudar esse quadro é necessário que o Estado implemente políticas antirracistas de promoção da saúde e de combate à vulnerabilização do povo quilombola.

Como dito por Breilh (2014), só é possível falar de vida saudável se tivermos uma sustentabilidade, soberania e solidariedade consolidadas, pois essas são condições para a estruturação daquela. Faz-se necessário promover os processos protetores em cada um dos 'S' estudados, colaborando para o fortalecimento e ampliação desses processos, bem como prevenir os processos destrutivos discutidos anteriormente, objetivando sua extinção ou redução, o que leva a defesa da vida e consequentemente da saúde.

5.4.5 Promover processos críticos protetores à saúde

Muitos dos processos destrutivos estão ligados as questões referentes ao sistema capitalista e ao colonialismo que, historicamente, excluem, invisibilizam e marginalizam os negros, índios e outros povos tradicionais, como os quilombolas. De acordo com Paco Gómez Nadal (2016), em seu livro "Índios, negros y otros indeseables", as justificativas que geralmente são dadas para explicar a exclusão e a pobreza dos povos na América Latina alternam entre a simplificação de que seus países são governados por populistas e corruptos que empobrecem seu povo e a mentira pseudocientífica de que esses países ainda usam técnicas arcaicas de exploração da terra, a falta de competitividade e frágil integração de mercado.

De acordo com a intelectual e ativista indiana Vandana Shiva (2006, p. 8), “Los ‘pobres no son pobres por ser vagos o porque sus gobiernos sean corruptos’. Son pobres porque otros se han apropiado de su riqueza, destruyendo su capacidad para crearla”.

É construído no imaginário das pessoas, incluindo os excluídos, a ideia de que o “desenvolvimento” da nação deve ser o objetivo de todos e que todos irão usufruir de seus benefícios. Esta falácia é mais uma forma de dominação usada pelo capital para manter o explorado em “seu lugar”, onde cria um ambiente de submissão e conformidade, silenciando-o.

De acordo com Frantz Fanon (2005) em seu livro *Os condenados da terra*, nas sociedades capitalistas, os ensinamentos religiosos e morais, entre outras formas estéticas de respeito à ordem estabelecida, contribuem com esse silenciamento dos explorados. Entre estes e o poder encontram-se “uma multidão de professores de moral, de conselheiros, e de desorientadores” (FANON, 2005, p. 54).

Para promover processos protetores da vida entre os excluídos, como os quilombolas, é fundamental romper com o pensamento abissal que, de acordo com Boaventura de Sousa Santos (2010), constrói linhas invisíveis que separa os universos do colonizador e do colonizado. Ou seja, para o colonizador, do outro lado da linha não há conhecimento real. Existem apenas crenças, opiniões, magia, intuição e subjetividade. É necessário se despir do que foi e continua sendo imposto pelos colonizadores - do modelo para a construção de conhecimento, das estruturas de poder, da comunicação pública e daquilo que Nadal traz como o local mais difícil de extirpar – a psique de muitos latino-americanos e euro-ocidentais (NADAL, 2016).

Faz-se necessário, na comunidade Quilombola do Castainho, manter viva sua cultura, suas danças, sua religiosidade, suas práticas em saúde, seu conhecimento sobre plantas medicinais, raízes e rezas. É importante, ainda, questionar esse modelo de “desenvolvimento” que os foi imposto, refletir e teorizar sobre o modo de vida que se quer reproduzir. Bem como aceitar sua estética e beleza e se reconhecerem como autores de conhecimento.

De acordo com Maldonado-Torres (2019, p.44), para o mundo colonial, “os condenados não podem assumir a posição de produtores do conhecimento, e a eles é dito que não possuem objetividade. Do mesmo modo os condenados são representados em formas que os fazem se rejeitar”.

Os quilombolas enfrentam uma exclusão política, social e cultural, sendo marginalizados dos espaços de decisão, estigmatizados e tendo negado seus saberes. A libertação desses povos é também a busca dos bens, direitos e dignidade que os foram tirados. Isso se dá por meio da luta coletiva. Para Fanon (2005), o que é mais valioso ao povo colonizado é antes de tudo a terra, pois esta garante o pão e a dignidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção dos quilombolas do Castainho, a compreensão da saúde se dá de forma integral, relacionando questões biológicas, psíquicas, sociais, políticas e históricas. Estando relacionada fundamentalmente a alimentação saudável, a relação com a natureza e com o trabalho. Estes elementos são transversais a questão territorial que aparece fortemente nos discursos dos sujeitos/participantes.

Com base nessa compreensão de saúde e dos aspectos históricos e sociais, os quilombolas constroem suas necessidades em saúde que, no Castainho, referem-se a ter uma alimentação saudável, acesso a água de qualidade e um atendimento integral em saúde que respeite sua cultura e que tenham uma postura anti-racista.

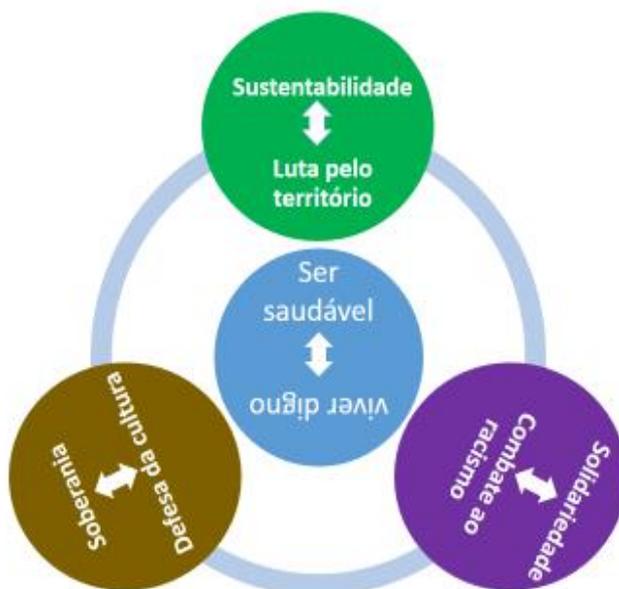
A percepção e as necessidades em saúde presentes entre os quilombolas do Castainho aparecem também nas discussões sobre os elementos da determinação social da saúde e na análise da matriz de processos críticos. Assim, esta seção está dividida por tópicos em que serão relatadas as compreensões construídas e as lições aprendidas ao longo desse estudo, que possibilitou a análise dos processos de determinação social da saúde na comunidade Quilombola do Castainho.

O diagrama a seguir (figura 12) coloca em diálogo as diferentes perspectivas abordadas na tese, que possuem como ponto em comum a busca por uma vida digna. Representa a amarração final das discussões realizadas, bem como apresenta propostas para promoção dos processos protetores da saúde no Castainho.

No diagrama abaixo estão os elementos referentes a promoção da sustentabilidade no Castainho, representados na imagem pela cor verde, e que serão explicados a seguir no primeiro tópico sobre o tema “Promover a Sustentabilidade passa pela luta por território”. No segundo tópico, “Promover a Soberania é a defesa da cultura quilombola”, discutiremos os elementos representado pela cor ouro. Por último, no tópico “Promover a Solidariedade é combater o Racismo”, abordaremos os elementos que estão no diagrama na cor roxa.

Esses elementos são fundamentais na construção da vida e da saúde dos sujeitos. Ao final, serão apresentadas propostas de intervenção e apontamentos para outros estudos necessários à compreensão dos elementos de determinação da saúde no Castainho.

Figura 12 - Esquema teórico para a construção da saúde.



Fonte: a autora.

6.1 PROMOVER A SUSTENTABILIDADE PASSA PELA LUTA POR TERRITÓRIO

O território quilombola é essencial a reprodução de seu modo e estilos de vida, sendo o local de produção de saúde e reprodução dos sujeitos. Por meio dele, o quilombola pode plantar seus alimentos e criar animais, produzindo sua alimentação de forma segura, desempenhando, assim, seu trabalho na agricultura de maneira sustentável que, para eles, é um fator de proteção da saúde.

O trabalho permite a reprodução física, social, econômica e cultural, possibilitando a conexão do corpo e da mente, da natureza e da cultura. Estando, assim, o trabalho relacionado a identidade quilombola, pois, fortalece os laços do sujeito com a natureza e colabora para a perpetuação das suas práticas ancestrais, como as práticas de cuidado em saúde por meio das plantas medicinais.

É no território que a vida quilombola acontece, sendo este seu lugar de moradia, de trabalho e de lazer, portanto, sem ele não há saúde quilombola. A garantia da demarcação de suas terras é também a promoção da saúde no Castainho.

Além das terras, o acesso a água de qualidade também se faz essencial. A preservação das nascentes na cidade de Garanhuns é pauta fundamental para promover a saúde, bem como para a sustentabilidade no Castainho.

Separar o quilombola do seu território é tirar dele seu modo de vida, é lhe negar a condição de existência. Assim, a construção da sustentabilidade no Castainho é também a construção do ser quilombola. É liberta-se das amarras historicamente impostas, desde a colonização do país, que os colocou como seres arcaicos e inferiores aos brancos.

Algumas propostas de intervenção:

- a) Fortalecer a luta pelo território;
- b) Buscar contrapartida da Compesa, que possui uma ETA no território do Castainho;
- c) Buscar órgãos responsáveis para proteção das nascentes na cidade de Garanhuns;
- d) Fortalecer projetos agroecológicos no Castainho;
- e) Reivindicar as instalações para acesso a água do poço;
- f) Trabalhar com a comunidade os problemas gerados pelo uso de agrotóxico e construir junto propostas alternativas;
- g) Solicitar a prefeitura de Garanhuns mais um dia de coleta pelo caminhão de lixo;
- h) Fortalecimento do projeto de coleta seletiva realizado pelo grupo de mulheres “Guerreiras Quilombolas”.

6.2 PROMOVER A SOBERANIA É A DEFESA DA CULTURA QUILOMBOLA

A cultura é elemento essencial no fortalecimento do povo quilombola. É por meio dela que os quilombolas se afirmam, constroem sua identidade e coletividade, fortalecendo a soberania dos sujeitos e da comunidade. No Castainho encontramos alguns elementos indispensáveis a essa discussão, como os saberes e as práticas tradicionais presentes no território, ou seja, a dança, as plantas medicinais e a espiritualidade e religiosidade representadas pelas rezadeiras.

Outro elemento construtor da soberania é a mandioca, que representa a principal fonte econômica das famílias, tendo um importante papel na reprodução da vida no Castainho.

A soberania no Castainho encontra-se ameaçada pela atuação das igrejas que muitas vezes satanizam sua cultura, pelo Racismo Institucional presente na Unidade de Saúde, que não reconhece e não respeita suas práticas tradicionais em saúde, e na escola, onde vimos relatos de práticas racistas ocorrerem.

Promover e fortalecer a cultura e identidade quilombola no território é defender a soberania no Castainho, sendo fundamental questionar o saber hegemônico que o foi imposto, desconstruindo os preconceitos e o racismo colocados sobre seus saberes ancestrais, consolidando estes entre os mais jovens e os dando a devida importância e legitimidade.

Faz-se necessário elaborar conhecimentos contra hegemônicos que deem visibilidade e garantia de voz aos quilombolas, sendo este um compromisso ético e político.

Algumas propostas de intervenção:

- a) Fortalecer o grupo de dança Quilombo Axé e apoiar outras iniciativas culturais;
- b) Colaborar com a construção de momentos de contações de histórias;
- c) Promover ações que valorizem as práticas tradicionais em saúde realizadas na comunidade;
- d) Articular com o município para a efetivação das políticas para fortalecimento do uso de fitoterápicos nas comunidades;
- e) Promover ações de fortalecimento da identidade quilombola.

6.3 PROMOVER A SOLIDARIEDADE É COMBATER O RACISMO

O estudo expôs o poder destrutivo do racismo à saúde e a construção da solidariedade na comunidade do Castainho. Esse aumenta as inequidades sociais do povo quilombola, restringindo seu acesso a serviços e políticas públicas. A estrutura social vigente está organizada de uma forma que exclui e marginaliza a população negra e quilombola. Vimos isso na discussão do racismo estrutural, onde observamos as dificuldades que os quilombolas enfrentam para conseguirem emprego na cidade, ou mesmo a perseguição sofrida dentro dos estabelecimentos comerciais.

O racismo provoca, nos sujeitos, baixa autoestima, que muitas vezes ocasiona no isolamento desses do convívio social. Este fato favorece a desarticulação dos movimentos e grupos presentes no território, bem como da Associação Quilombola.

Combater o racismo na cidade de Garanhuns, nas instituições e dentro da própria comunidade é fundamental para a redução das inequidades e para a promoção da solidariedade no Castainho. Para isso, é fundante a construção de uma outra estrutura, sendo isto possível por meio do ativismo social e fortalecimento da organização política, das entidades e grupos representativos na comunidade.

Algumas propostas de intervenção:

- a) Combater o Racismo Institucional;
- b) Implantação da PNSIPN no município de Garanhuns;
- c) Capacitação dos profissionais da saúde e professores – objetivando discutir a cultura quilombola numa perspectiva anti-racista;
- d) Colaborar com o fortalecimento e visibilidade da Associação Quilombola do Castainho e com o grupo Guerreiras Quilombolas.

Por meio desse estudo, foi possível compreender como se expressa o processo de determinação social da saúde na comunidade quilombola do Castainho, levantando a importância de promoção dos elementos protetores à saúde e prevenção dos elementos destrutivos.

Entendemos, também, a importância em se dar continuidade ao estudo por meio de outras pesquisas como, por exemplo, a de compreender a representação social do ser quilombola para a sociedade de Garanhuns, visto que a negação e marginalização desse povo é bastante presente e forte na cidade de Garanhuns, levando a processos danosos a vida e saúde dos quilombolas da região.

As propostas de intervenções construídas serão discutidas posteriormente com a Associação Quilombola do Castainho e colocadas em prática junto com a comunidade e o programa de extensão desenvolvido pela Universidade de Pernambuco.

Concluimos esse estudo sabendo que ainda temos muito a fazer, e que é necessário trilhar um caminho de libertação desses povos, de criação de novas mulheres e homens como sujeitos com autonomia para decidir sobre suas vidas, construindo de forma sustentável, soberana, solidária e biossegura um mundo equânime e justo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018. 204 p.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Ed. Pólen, 2019. 256p. (Coleção Feminismos plurais).
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In*: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 13–36.
- ANDRADE, S. R. **Saúde dos maricultores e atenção básica à saúde: uma análise sob o enfoque da teoria da reprodução social**. Florianópolis: UFSC, 2007. 204p.
- ARAÚJO, I. M. M.; OLIVEIRA, A. G. R. C. Interfaces entre a saúde coletiva e a ecologia política: vulnerabilização, território e metabolismo social. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 276-286, jun. 2017. Número especial.
- ARREAZA, A. L. V. Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica do saber agir. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1001-1013, 2012.
- ARRUTI, J. M. Quilombos. *In*: PINHO, O. A.; SANSONE, L. (orgs.). **Raça: novas perspectivas antropológicas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 315–350.
- AVELAR, L. E. B. O “sujeito” cachaça e a história “arqueológica”. *In*: Simpósio Nacional de História, 25., 2009, Fortaleza. **Anais [...]**. São Paulo: Associação Nacional de História, 2009.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- BARBOSA, J. L. A. **Engenho de cana-de-açúcar na Paraíba: por uma sociologia da cachaça**. Campina Grande: EDUEPB, 2014. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/gr7y8/pdf/barbosa-9788578793302.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p.1-5, 2017.
- BERNARDINO-COSTA, J.; MALDONADO-TORRES, N.; GROSGOUEL, R. **Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- BOFF, L. **O viver melhor ou o bem viver?** Disponível em: https://www.jfce.jus.br/images/noticias/docs/O_viver_melhor_ou_o_bem_viver.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

BONET, O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 232p.

BONFADA, D.; CAVALCANTE, J. L. P.; ARAUJO, D. P.; GUIMARÃES, J. A. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BONFIM, J. O.; PRADO, I. F.; SORTE, E. T. B.; COUTO, P. L. S.; FRANÇA, N. M.; GOMES, A. M. T. Práticas de cuidado de parteiras e mulheres quilombolas à luz da antropologia interpretativa. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-11, jul./set., 2018.

BORJAS, B.; ORTIZ, M. La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular. **Espacio Aberto Cuaderno Venezolano de Sociología**. Maracaibo, v. 17, n. 4, p. 615-627, 2008.

BOSI, M. L. M.; UCHMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p.150-153, 2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em: 29 maio 2019. Acesso em: 22 mai. 2019.

BRASIL. Presidencia da Republica. **Decreto nº 4887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Presidencia da Republica, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 13 mai. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2 dez. 2011.

BRASIL. Secretária de políticas para comunidades tradicionais. **Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas**. Programa Brasil Quilombola. Brasília, DF: Secretária de políticas para comunidades tradicionais, 2013.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BREILH, J. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. *In*: MORALES, C.; ESLAVA, J. C. (orgs.) **Tras las huellas de la determinación: Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2014.

BREILH, J. El desafío de construir un mundo agrario sustentable, solidario, soberano y seguro (las cuatro "S" de la vida). *In*. BRAVO, E.; MOREANO, M.; YÁNEZ, I. (orgs.) **Ecología política en la mitad del mundo: Luchas ecologistas y reflexiones sobre la naturaleza en el Ecuador**. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2017, p. 299-312.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 31, n. 1, 2013, p.13-27.

BREILH, J. Aceleración agroindustrial: peligros de la nueva ruralidad del capital. *In*: BRASSEL, F.; BREILH, J.; ZAPATTA, A. (orgs.). **¿Agroindustria y soberanía alimentaria?: hacia una nueva Ley de Agroindustria y Empleo Agrícola**. Quito: sipae Ediciones, 2011. p. 171–190.

BREILH, J. Las três 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *In*: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 87-125.

BREILH, J. Ciencia crítica para evaluación de impactos en la salud colectiva – ecosistemas (una operacionalización de las 4 "S" de la vida). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, n. 2, 2019. No prelo.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 317p.

BREILH, J. Uma perspectiva emancipadora da pesquisa e da ação baseadas na Determinação Social da Saúde. **Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 2008, Cidade do México**. Universidade Autônoma do México, 2008. Disponível em: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRISCAN, I. M. **Manipueira, um líquido precioso**. Embrapa Tabuleiros Costeiros. 2011. Disponível em: <https://www.embrapa.br/busca-de-noticias/-/noticia/18147209/manipueira-um-liquido-precioso>. Acesso em: 25 set. 2019.

BREILH, J. Matriz de processos críticos: fundamentos teórico-explicativos. Quito: Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos, 2017. Certificado: QUI-052531, Trámite: 002302-2017.

CALDART, R. S.; PEREIRA, I. B.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, G. (orgs). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão popular, 2012. 788p.

CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2007, p. 37-46.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, p. 803-813, 2010.

CARNEIRO, F. F. (org.) **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015. 624 p.

CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, Medellín, v. 10, n.4, p. 1-7, 1990.

CAVALCANTE, A. S. P.; RIBEIRO, M. A.; TOMÁS, S. M. C.; VASCONCELOS, M. I. O.; ALBUQUERQUE, I. M. A. N.; MIRA, Q. L. M.; QUEIROZ, M. V. O. Círculos de cultura como ferramenta de construção de consenso: diálogos sobre avaliação de risco e vulnerabilidade. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.18, n.4, p. 124-131, 2016.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ, 2006. p. 37-50.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades em saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: Pinheiro, R.; Mattos, R. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001, p.113-126.

CHAGAS, M. F. A política do reconhecimento dos “remanescentes das comunidades dos quilombos”. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 7, n. 15, p. 209-235, 2001.

CLARINDO, M. F. **Medicina popular e comunidades rurais da região da Serra das Almas, Paraná**: o amálgama cosmo-mítico-religioso tradicional. 2014. 126 F. Dissertação (Mestrado em Gestão do Território: Sociedade Natureza) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2014.

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA (Brasil). **Castainho**: contando sua história. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2013.

CONCEIÇÃO, A. S. “Têm alguém que reza de olhado aí?!”: Cultura, Benzeções e Religiosidades no Recôncavo (1950-1970). **Universitas Humanas**, Brasília, v. 12, n. 1-2, p. 79-89, jan./dez. 2015

COSTA, J. **Potencial uso da manipueira no controle larvicida do Aedes aegypty**. 2018. 37 f. Dissertação (Mestrado em Química) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018.

COSTA, A.; PRESTES, G.; SOUTO, L. I. M.; MARIOT, E. J. Análise da eficácia da seiva da bananeira e iodo polividona em fermentos de coelhos. **Feira de Iniciação Científica e de Extensão do Instituto Federal Catarinense. 5.**, Instituto Federal Catarinense - Câmpus Camboriú. 2014.

CUNHA, M. L. S.; NORONHA, M. F. Redes integrais e território: é necessário um elemento organizador da atenção à saúde? *In*: FERREIRA, S. C. C.; MONKEN, M. (orgs.). **Gestão em saúde**: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV; Fundação Oswaldo Cruz, 2009, p. 43-72.

CUNHA, L. A. Saberes e religiosidades de benzedeadas. Simpósio da Associação Brasileira de História das Religiões, 13., 2012, São Luís. **Anais do Simpósio da ABHR**, São Paulo: Associação Brasileira de História das Religiões, 2012.

BOTIJA. *In*: MICHAELIS: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2004. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/botija/>. Acesso em: 31 ago. de 2019.

DUQUE-ARRAZOLA, L. S.; THIOLENT, M. J. M. (org.). **Metodologia, teoria do conhecimento e pesquisa-ação**: textos selecionados e apresentados. Belém: UFPA, Instituto de Ciências Sociais aplicadas, 2014. 347p.

EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. *In*: EGRY, E. Y. (org.). **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone Editora, 2008, p. 27-32.

FALS - BORDA, O. **Por la Praxis**: El problema de cómo investigar la realidad para transformarla. Bogotá: Federación para el Análisis de la realidad colombiana (FUNDABCO), 1978.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2005. 374p.

FERNANDES, S. L. **Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, Brasil**. 2016. 217 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

FERNANDES, S. L.; MUNHOZ, J. M. Políticas públicas quilombolas produções identitárias: percursos históricos e conflitos políticos. *In*: LEITE, J. F.; DIMENSTEIN, M. (orgs.) **Psicologia e contextos rurais**. Natal: EDUFRN, 2013. 510p.

FERRAZ, L.; FERRETTI, F.; TRINDADE, L. L.; NALIN, V. O Círculo de Cultura: estratégia de educação popular em saúde para trabalhadoras rurais. **Revista Tempus**, Actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF, v. 2, n. 8, p.195-210, 29 jun. 2014.

FERREIRA, A. L. S.; BATISTA, C. A. S.; PASA, M. C. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola Mata Cavallo em Nossa Senhora do Livramento– MT, Brasil. **Revista Biodiversidade**, Rondonópolis, v..14, n.1, p. 151-160, 2015.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Revista Puc-sp**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.129-136, abr. 2013.

FLEURY, S. Capitalismo, democracia, cidadania – contradições e insurgências. **Saúde debate**: Rio de Janeiro, v.42, n. especial 3, p.108-124, nov. 2018.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. *In*: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.p. 37-59.

FOLADORI, G. O metabolismo com a natureza. **Revista Crítica Marxista**, São Paulo, n. 12, 2001. p. 105-17.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**: direito á saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2005, p. 181-94.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e terra, v. 10, 2006.

FREITAS, D. A.; CABALLERO, A. D.; MARQUES, A. S.; HERNÁNDE, C. I. V.; ANTUNE, S. L. N. O. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; CARVALHO, A. I.; CONILL, E. M.; CUNHA, E. M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GOMES, F. **Palmares: escravidão e liberdade no Atlântico**. São Paulo: Contexto, 2ª edição. 2013.

GOMES, T. B.; BANDEIRA, F. P. S. F. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia. **Acta Botanica Brasilica**, Belo Horizonte, v. 26, n. 4, p.796-809, jun. 2012.

GOMES, W. S.; BEZERRA, A. F. B. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção básica (PMAQ): Reflexões à luz da teoria anti-utilitarista. *In*: MARTINS, P. H. et al. (org.) **Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014, p. 81-97.

GOUVEIA, M.; ZANELLO, V. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, nº3, p.450-464, Jul/Set. 2018.

GUIMARÃES, A. C.; PINTO, J. M. R. Discriminação racial na escolar: vivências de jovens negros. **Revista digital de direito administrativo**, São Paulo, vol. 3, n. 3, p. 512-524, 2016.

GUIMARÃES, A. S. A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Fundação de apoio a Universidade de São Paulo, Ed. 34, 1999. 256p.

GUIMARÃES, A. S. A. Como trabalhar com raça em sociologia. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.1, p. 93-107, jan./jun. 2003.

GURGEL, A. M.; et al. (org.). Agrotóxicos e saúde. **Série Fiocruz - documentos institucionais: coleção saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 2, 2018. 168 p.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades em Marx**. Barcelona: Península; 1986.

HELLER, A. **Una revisión de la teoría de las necesidades**. Barcelona: Ediciones Paidós; 1996.

HOFFMANN-HOROCHOVSK, M. T. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da Benzeção. Guaju, **Matinhos**, v.1, n.2, p. 110- 126, jul./dez. 2015.

IBGE. **Histórias e fotos: Cidade de Garanhuns/PE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/garanhuns/historico>. Acesso em 14/09/2019.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. Diretoria de Ordenamento da Estrutura Fundiária. Coordenação Geral de Regularização de Territórios Quilombolas – DFQ. Regularização de território quilombola: perguntas e respostas. Brasília: INCRA, 2017.

INTERNATIONAL PANEL OF EXPERTS ON SUSTAINABLE FOOD SYSTEMS. **Unravelling the Food–Health Nexus**: Addressing practices, political economy, and power relations to build healthier food systems. Bruxelas: The Global Alliance for the Future of Food and IPES-Food, 2017.

KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G.; BATISTA, L. E.; CRUZ, V. M. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS?. São Paulo: **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

LACERDA, R. S.; MENDES, G. Territorialidades, saúde e ambiente: conexões, saberes e práticas quilombolas em Sergipe, Brasil. **Sustentabilidade em Debate**, Brasília, v. 9, n.1, p. 107-120, abril/2018.

LACERDA, M. O Brasil engarrafado. **Revista super interessante**. Publicado em 31 jan 2007, 22h00. Disponível em: <https://super.abril.com.br/historia/o-brasil-engarrafado/>. Acesso em: 01/09/2019 às 10h.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed., Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas. **Etnográfica**, Lisboa, v. 4, n. 2, p. 333-354, 2000.

LOBÃO, A. **Quilombos e quilombolas**: passado e presente de lutas. Belo Horizonte: Mazza edições, 2014. 128p.

LUCENA, T. S. **Práticas de cuidado de puérperas quilombolas à luz da teoria transcultural**. 2019. 96f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. **Mapa de conflitos 2010**. Disponível em: <http://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br/?conflito=pe-comunidade-quilombola-de-castainho-luta-pela-regularizacao-fundiaria-de-seu-territorio-e-pela-garantia-de-direito-a-vida-de-seus-moradores>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

MARTINS, P. H. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 73, p. 45-66, 2005.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 21. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política: Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos**

da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2001, p. 39-64.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007, p. 369-384.

MEYER, J. Usando métodos qualitativos na pesquisa-ação relacionada à saúde. *In*: POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

MINAYO, M. C. S.; ROMEU GOMES, S. F. D. (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petropolis: Vozes, 30^a ed., 2011, p. 61-77.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14^a ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 407p.

MIRANDA, D. B.; MAROSTICA, F. C.; MATÃO, M. E. L. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 2444-59, 2015.

MONTELES, R.; B. PINHEIRO, C. U. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, São Cristóvão, v. 7, n. 2, 2007.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

MUNANGA, K. Origem e histórico do quilombo na África. **Revista Usp**, São Paulo, v. 1, n. 28, p.56-63, fev. 1996.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. *In*: **Seminário nacional relações raciais e educação-PENESB.** Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoos-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2019.

MUNANGA, K.; GOMES, N. L. **O negro no Brasil de hoje.** São Paulo: Global Editora, 2006.

NADAL, P. G. **Indios, Negros y otros indeseables: capitalismo, racismo y exclusión em América Latina y El Caribe.** Santander: Ed. Milrazones. 2016.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do Negro Brasileiro: Processo de um racismo mascarado.** 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra S/A,1978.

O' DWYER, E. C. **Quilombos: identidade étnica e territorialidade.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002, 296p.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidados da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.65, n.3, p. 401-405, 2012.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, H.; RODRIGUES, M.; SANTOS, I; FRANCISCHETTI, C. Perfil Epidemiológico e Socioeconômico da Ocorrência de Casos de Leptospirose em Municípios da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Enciclopedia Biosfera**, Goiânia, v. 13, n. 23, p. 1479-1491, 2016.

OLIVEIRA, A. P. O.; MATTOS, A. R. Identidades em transição: Narrativas de mulheres negras sobre cabelos, técnicas de embranquecimento e racismo. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 445-463, 2019.

PAULO NETTO, J.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2012.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. *In*: PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B; MATTOS, R. A., organizadores. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2007. p. 161-177.

PEREIRA, A. L. Mobilização Política, resistência cultural e religiões afro-brasileiras sob olha de Abdias de Nascimento. **Protestianismo em Revista**, São Leopoldo, v. 24, p. 70-78, 2011.

PINHEIRO, R.; ASENSI, F. D. Direito vivo, dádiva e integralidade: uma triangulação para pesquisar o direito à saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Lappis, 2011, p. 89-106.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. São Paulo: Abrasco, 2009. p. 37-52.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011, p. 51- 66.

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude; Secretaria Executiva de Segmentos Sociais. **Plano Pernambuco Quilombola**: Direitos fortalecidos, respeito assegurado. Pernambuco. 2016. Disponível em: http://www.portais.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=50e82a83-53d6-470f-a656-b636054672cb&groupId=17459. Acesso em 12/10/2019 às 14h.

RANGEL, T. L. V. Racismo ambiental às comunidades quilombolas. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, Bauru, v. 4, n. 2, p. 129-141, jul./dez., 2016.

AGENCIA ESTADUAL DE MEIO AMBIENTE (PE). **Relatório técnico – GARA**. Unidade integrada de gestão ambiental. Garanhuns: CPRH, 2019.

REZENDE, L. C. **O cotidiano de uma comunidade quilombola: a(des)construção da integralidade na visão de moradores e equipe de saúde**. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 3ª ed., 2014.

LACERDA, R. S. Territorialidade, saúde e meio ambiente: conexões, saberes e práticas em comunidades quilombolas de Sergipe. 2017. 248 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017.

ROCHA, J. S.; VASCONCELOS, P. E. A. Racismo ambiental. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça**, Dourados, v. 6, n. 1, p. 337-340, 2018.

SAMAJA, J. **A Reprodução Social e a Saúde**: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das 'relações' entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SAMAJA, J. **Epistemología de la salud**: reproducción social, subjetividade y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar, 2004.

SAMAJA, J. Epistemologia e Epidemiologia. *In*: ALMEIDA FILHO, N. et al. (orgs). **Teoria epidemiológica hoje**: fundamentos, interfaces, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1998. p. 23-36.

SAMAJA, J. **Epistemología y Metodología**: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: Eudeba, 1993.

SANTOS, A. O.; MASSOLA, G. M.; SILVA, L. G. G.; SVARTMAN, B. P. Racismo ambiental e lutas por reconhecimento dos povos de floresta da Amazônia. **Global Journal of Community Psychology Practice**, Wichita, v. 7, n. 1, 2016.

SANTOS, B. S. **Para descolonizar o Ocidente**. Buenos Aires: CLACSO, 2010.

SANTOS, W. S.; PERREIRA, J. B. Raça, racismo e a constituição da criança negra no contexto escolar: diálogo entre conceitos e vivências. **Cadernos de graduação: ciências Humanas e Sociais**, Alagoas, v. 4, n.3, p. 21-32, 2018.

SANTOS, B. S. A Construção Multicultural da Igualdade e da Diferença. **Conferência proferida no VII Congresso Brasileiro de Sociologia**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

SANTOS, F. V. **O ofício das rezadeiras**: um estudo antropológico sobre as práticas terapêuticas e a comunhão de crenças entre as rezadeiras de Cruzeta – RN. 2007. 296p. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SANTOS, J. B.; Etnicidade e religiosidade da comunidade quilombola de Olaria, em Iará (BA). **Revista Nures**, São Paulo, n. 13, Set./Dez. 2009.

SANTOS, M. A. O diálogo de saberes e culturas tradicionais: pensando sobre o manejo das unidades de conservação de uso sustentável. *In*: Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, 4., 2008, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: Centro de estudos multidisciplinares em cultura, 2008.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no século XXI. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SHIMIZU, H.E.; TRINDADE, J.S.; MESQUITA, M.S.; RAMOS, M.C. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, p.1-7, 2018.

SHIVA, V. Cómo poner fin a la pobreza. **Revista Pasos**, San José, Costa Rica, n. 124, 2006.

SILVA, A. M. Estética como ação política: fazendo cabeças e soltando cabelos. **Equatorial**, Natal, v.4, n. 6, jan./jun 2017.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.291-298, jun. 2008.

SILVA, D. F.; SOUSA, F. A. S.; KAYANO, M. T. Avaliação dos impactos da poluição nos recursos hídricos da bacia do rio Mundaú (AL e PE). **Revista de Geografia**, Recife, v. 24, n. 3, set/dez. 2007.

SILVA, D. F. **Análise de aspectos climatológicos, agroeconômicos, ambientais e de seus efeitos sobre a bacia hidrográfica do Rio Mundaú (AL e PE)**. 2009. 209 f. Tese (Doutorado em Recursos Naturais) - Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2009.

SILVA, J. P. V; BATISTELLA, C.; FONSECA, M. L. G. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. *In*: FONSECA, A. F (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007, p. 159-76.

SILVA, K. V.; SILVA, M. H. **Dicionário de conceitos históricos**. 3. ed. São Paulo: Editora Contexto, 2017.

SILVA, R. P.; BAPTISTA, S. R. A comida em comunidades quilombolas: reflexões sobre saberes e mercados solidários. **Ágora**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n. 1, p. 68 -77, 2016.

SILVA, R. A.; MENEZES, J. A. Reflexões sobre o uso de álcool entre jovens quilombolas. **Rev. Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 28, n, 1, p. 84-93, 2016.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.9, n.3, p. 593-601, 2010.

SOARES, A. B. **Análise da problemática socioambiental de nascentes urbanas no município de Garanhuns-PE**. 2015. 153 fls. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

SOARES, A. B.; TROLEIS, A. D. A expansão urbana de Garanhuns-PE entre 1811 e 2016 e suas implicações socioambientais. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**, Recife, v. 7, n. 1, p. 185-209, 2018.

SOARES, M. A. A. **A canção e o samba tebei**: literatura, cultura e movimento quilombola no distrito Piau, Piranhas, Alagoas. 2019. 67 p. Monografia (licenciatura em letras) - Universidade Federal de Alagoas, Delmiro Gouveia, 2019.

SOUSA, M. S. R.; SANTOS, J. J. F. Territorialidade quilombola e trabalho: relação não dicotômica cultura e natureza. **Revista Katál**. Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 201-209, jan./abr. 2019.

SOUZA, M. L. G.; ARAÚJO, P. C. A. O lugar das mulheres nos saberes das tradições quilombolas: práticas de cura e reinvenção das tradições. Congresso Nacional em Educação, 3., 2016, Diamantina. **Anais do III Congresso de educação**. Diamantina: Programa de Pós-Graduação em Educação, 2016.

SOUZA, F. R.; SOUZA, M. L. G. A arte da benzeção e da cura na memória e identidade das mulheres das comunidades quilombolas de Caiana dos Crioulos e do Grilo. *In: III Seminário nacional Gênero e práticas culturais: olhares diversos sobre a diferença*. João Pessoa, 2011.

STOTZ, E. N. **Necessidade de saúde**: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. 765 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TOLEDO, V. M. El metabolismo social: una nueva teoría socioecológica. **Relaciones**, v. 136, p. 41-71, 2013.

TOMAZZONI, M. I.; NEGRELLE, R. R. B.; CENTA, M. L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p.151-121, jan./mar. 2006.

VERÇOSA, A. A. **Racismo na escola**: o silêncio fala mais alto. 2012. Monografia (Especialização em Educação para a Diversidade) - Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, 2012.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. M. 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, p. 610-618, out./dez. 2013.

WALSH, C. Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: Apuestas (des)de el insurgir, re-existir y re-vivir. *In*: CANDAU, V. (Ed.). **Educação intercultural hoje em America Latina**: concepções, tensões e proposta. Rio de Janeiro: Editora 7 letras, 2009.

WALSH, C. **Interculturalidad crítica y (de) colonialidad**: Ensayos desde Abya Yala. Quito: Ediciones Abya Yala. 2012

WEIMER, R. A. O ouro dos escravos: metáforas de expropriação de territórios negros no litoral norte do Rio Grande do Sul. Encontro estadual de história, 12., 2014, São Leopoldo. **Anais [...]**. São Leopoldo: UNISINOS, 2014.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 17, n. 40, p. 124-174, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5ª ed., Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) a participar da Pesquisa **NECESSIDADES E PRÁTICAS EM SAÚDE DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO MUNICÍPIO DE GARANHUNS, PERNAMBUCO**, realizada pela aluna do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz/CPqAM **Wanessa da Silva Gomes**, sob a responsabilidade da pesquisadora Dr. Idê Gomes Dantas Gurgel. Esta pesquisa pretende analisar as necessidades e práticas em saúde da populações quilombola do Castainho, caracterizar as especificidades de trabalho, vida e cultura dos quilombolas, identificar as práticas em saúde desenvolvidas pela comunidade e descrever as necessidades de saúde da população quilombola do Castainho.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista gravada e encontros com grupos realizados a partir da técnica do círculo de cultura.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem ser constrangimento ou estresse pelas perguntas que serão realizadas, assim fica garantida a prestação de assistência psicológica (por meio de um psicólogo da Clínica da Universidade de Pernambuco que acompanhará a entrevista), para minimização desses danos, caso seja necessário.

Se você aceitar participar desta pesquisa estará contribuindo para estudar as necessidades e práticas de saúde em comunidades quilombolas, visto que são poucos os estudos que abordam esse tema e com os resultados, os quilombolas terão um documento que os ajudarão no fortalecimento sobre a discussão da saúde e de suas necessidades específicas, além disso, os gestores da saúde e os profissionais de saúde que atendem a essas comunidades terão melhor conhecimento sobre a saúde dos quilombolas, podendo qualificar suas práticas de forma a atender as reais necessidades dessa população.

Mesmo após consentir sua participação, o Sr (a) poderá desistir de continuar participando, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração/indenização para participar dessa pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. O estudo respeitará as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, da Resolução 466/12-CNS/MS. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM - Fiocruz no endereço: Av. Moraes Rego, s/n, Campus da UFPE - Cidade Universitária - Recife/PE - CEP: 50670-420 ou celular (81) 99947-9800; e pelo e-mail: wanessa_upe@yahoo.com.br. Ou, ainda, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM- telefone/fax: 55 81 2101-2639, e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Consentimento Pós-Informações

Eu, _____, fui informado(a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: / / _____

Assinatura do participante

Impressão dedo polegar do participante.
Caso não saiba assinar.

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura da testemunha
CPF: _____

Impressão dedo polegar da testemunha.
Caso não saiba assinar.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Individual)

Data da entrevista: ____/____/____

Dados individuais e familiares

Nome: _____

Idade: _____ sexo: _____

1. A quanto tempo mora no Castainho? _____
2. Mora com quantas pessoas em casa? _____
3. Qual o parentesco? _____
4. Possui água encanada? Como acessa a água? Qual a fonte?
5. Como se dá o uso do transporte para cidade?
6. Que outros serviços tem acesso?
7. Quais serviços de saúde acessa?
8. Fale do seu dia. O que faz desde a hora que acorda até a hora que vai dormir?

MODOS DE VIDA (PARTICULAR)

1. Condições de trabalhos grupais

(agricultura, tecnologias, casa de farinha)

- Estrutura produtiva;
- Padrões de trabalho;

2. Qualidade e desfrute dos bens de consumo do grupo

(Distribuição da terra individual e coletiva; acesso a colheita da área coletiva)

- Tipo de contingente;
- Construção de necessidades;
- Sistema de acesso;
- Padrão de consumo;

3. Capacidade objetiva do grupo de criar e reproduzir valores culturais e identidade

(Dança, musicalidade, festas, tradições)

4. Capacidade para empoderamento, organização e apoio de ações em benefício do grupo

(Grupo de mulheres, Associação de moradores, Participação na CONAQ, Articulação com outras comunidades, participação em conselhos representativos: CMS, Conferencias...)

5. Qualidade das relações ecológicas do grupo: relação com a natureza

(Uso da fitoterapia, proteção da mata, não queimada...)

ESTILOS DE VIDA

1. Itinerário pessoal na jornada de trabalho

- Rotina de trabalho;
- Alimentação, Descanso, Acesso e qualidade dos serviços (água, USF, transporte..);
- Recreação (atividades de lazer);

3. Concepções e valores pessoais

- Capacidade de organizar ações em defesa da saúde (prevenção de doenças e promoção da saúde);
- Itinerário ecológico pessoal (cuidado e relação com a natureza);
- Ser quilombola;
- Concepção de saúde;

4. Capacidade de organizar ações em defesa da saúde

- Ações de prevenção de adoecimento e de promoção da saúde;

5. Itinerário ecológico pessoal

- Relação com a natureza ;

NECESSIDADES DE SAÚDE

- Processos que contribuem com o adoecimento e com a saúde;
- Necessidade em saúde;

PRÁTICAS TRADICIONAIS EM SAÚDE

- Práticas tradicionais em saúde presentes no território;
- Significado dessas práticas;
- Relação dessas práticas com o ser quilombola.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA (PREFEITURA DE GARANHUNS)



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Wanessa da Silva Gomes**, pesquisadora do Programa de Doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa na Unidade Básica de Saúde do Estivas, que atende as comunidades quilombolas Do Castainho, Estivas e Tigre, sob o título: “**Necessidades e práticas em saúde de comunidades quilombolas no município de Garanhuns, Pernambuco**”, sendo orientada pela Professora. Dr^a Idé Gomes Dantas Gurgel. Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Garanhuns, 26 de janeiro de 2018.

Atenciosamente,


Nilva Maria Mendes de Sá

Secretária de Saúde do Município de Garanhuns
Portaria 002/2018 - GP

Nilva Maria Mendes de Sá
Secretária de Saúde
Port. 002/2018-GP

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO QUILOMBOLA DE CASTAINHO



ASSOCIAÇÃO QUILOMBOLA DE CASTAINHO

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Wanessa da Silva Gomes**, pesquisadora do Programa de Doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa na Comunidade Quilombola do Castainho, do município de Garanhuns, sob o título: "**Necessidades e práticas em saúde de comunidades quilombolas no município de Garanhuns, Pernambuco**", sendo orientada pela Professora. Dr^a Idê Gomes Dantas Gurgel. Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

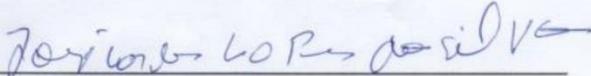
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Garanhuns, 19 de fevereiro de 2018

Atenciosamente,



 Presidente da Associação Quilombola de Castainho

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

	FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Necessidades e práticas em saúde de comunidades quilombolas no município de Garanhuns, Pernambuco		
Pesquisador: Wanessa Gomes		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 83178018.0.0000.5190		
Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.566.237		
Apresentação do Projeto:		
Trata-se de um projeto de doutorado no programa de saúde pública do IAM/Fiocruz, sob a orientação da Dra. Idê Gurgel. O presente projeto realizará um estudo de caso, com abordagem qualitativa.		
O estudo realizar-se-á na comunidade quilombola do Castainho localizada na zona rural de Garanhuns, município do agreste pernambucano, sede da V Regional de Saúde. A coleta de dados será realizada no período de março a agosto de 2018.		
A composição dos participantes do estudo será estabelecida por amostra intencional, sendo necessária a colaboração de dois grupos de sujeitos: Lideranças comunitária e moradores das comunidades quilombolas em estudo.		
O projeto se apresenta com a devida estruturação metodológica e clareza.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Principal:		
-Analisar as necessidades em saúde e as práticas tradicionais de uma comunidade quilombola do município de Garanhuns/PE.		
Objetivo Secundário:		
I. Caracterizar as especificidades de trabalho, vida e cultura dos quilombolas;		
II. Descrever as necessidades de saúde da população quilombola do Castainho;		
Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n° Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420 UF: PE Município: RECIFE Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br		
Página 01 de 04		



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.566.237

III. Identificar as práticas em saúde desenvolvidas pela comunidade:

IV. Compreender o significado das práticas desenvolvidas e sua relação com a sua dessa população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram devidamente descritos no projeto, assim como no TCLE. Consta no projeto: "Os possíveis riscos na excursão do projeto podem ser constrangimento em se falar sobre alguns assuntos que foram estigmatizados pela sociedade, como exemplo, religião de matriz afro, e que podem refletir em determinadas posturas da população em estudo. Para evitar os riscos, todos os participantes serão orientados sobre a metodologia utilizada, bem como informados que poderão se retirar do grupo, ou mesmo interromper

a entrevista a qualquer momento, bem como, se retirar da pesquisa. Todos os participantes terão sua identidade mantida em sigilo."

Benefícios:

O estudo proporcionará um espaço de troca e construção de conhecimento entre membros da comunidade, permitindo assim o fortalecimento da

discussão sobre a saúde da população quilombola na própria comunidade e o empoderamento dos participantes em relação ao tema. Colabora

também com o resgate e fortalecimento das práticas tradicionais em saúde que foram e/ou são desenvolvidas no Castainho.

Outro benefício é a identificação das reais necessidades em saúde dessa população, possibilitando a estruturação de políticas públicas voltadas a essa realidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa considerada relevante na atenção à saúde voltada para essa população a ser estudada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas todas as documentações e demais declarações exigidas pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.566.237

estudo, assim como todas as documentações exigidas. Desta forma, o CEP/CPQAM o considera apto para sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Declaracao_relatorios.pdf	27/03/2018 11:29:29	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1036439.pdf	26/01/2018 21:48:21		Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	26/01/2018 21:46:35	Wanessa Gomes	Aceito
Outros	curriculo_orientadora.pdf	26/01/2018 21:43:47	Wanessa Gomes	Aceito
Outros	curriculo_pesquisadora.pdf	26/01/2018 21:43:04	Wanessa Gomes	Aceito
Outros	SMS_anuencia.pdf	26/01/2018 21:41:35	Wanessa Gomes	Aceito
Outros	ANUENCIA_CASTAINHO.pdf	26/01/2018 21:40:25	Wanessa Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.docx	26/01/2018 21:39:44	Wanessa Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COMITE.pdf	26/01/2018 21:39:25	Wanessa Gomes	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	26/01/2018 21:38:38	Wanessa Gomes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.566.237

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 27 de Março de 2018

Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

ANEXO D – CONFIRMAÇÃO DE SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

04/07/2019

ScholarOne Manuscripts

 Saúde e Sociedade Início Autor

Confirmação da submissão

 imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Saúde e Sociedade

ID do manuscrito

SAUSOC-2019-0624

Título

Saúde quilombola: percepções e necessidades em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/Brasil

Autores

Gomes, Wanessa

Gurgel, Idê Gomes

Fernandes, Saulo

Data da submissão

04-jul-2019

Painel do autor

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. Todos os direitos reservados.
ScholarOne Manuscripts e ScholarOne são marcas registradas da ScholarOne, Inc.
Patentes da ScholarOne Manuscripts N° 7.257.767 e N° 7.263.655.

[@ScholarOneNews](#) | [Requisitos do sistema](#) | [Declaração de privacidade](#) | [Termos de uso](#)