

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Thaís Cecília dos Santos Brito

**O processo de saúde-doença-cuidado e o debate racial na comunidade
quilombola Serra Verde, Caruaru - PE**

Recife

2023

Thaís Cecília dos Santos Brito

**O processo de saúde-doença-cuidado e o debate racial na comunidade
quilombola Serra Verde, Caruaru - PE**

Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dr^a. Gabriella Morais Duarte Miranda

Coorientadora: Dr^a. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque

Recife

2023

Título do trabalho em inglês: The health-disease-care process and the racial debate in the quilombola community Serra Verde, Caruaru - PE. 2023.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

B862p Brito, Thaís Cecília dos Santos.
O processo de saúde-doença-cuidado e o debate racial na comunidade quilombola Serra Verde, Caruaru - PE / Thaís Cecília dos Santos Brito. -- 2023.
125 p. : fotos.

Orientadora: Gabriella Morais Duarte Miranda.
Coorientadora: Maria do Socorro Veloso de Albuquerque.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.
Bibliografia: f. 104-109.

1. determinação social da saúde. 2. processo saúde-doença. 3. racismo. 4. saúde da população negra. 5. saúde da população rural. I. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Thaís Cecília dos Santos Brito

**O processo de saúde-doença-cuidado e o debate racial na comunidade
quilombola Serra Verde, Caruaru - PE**

Dissertação de Mestrado Acadêmico em
Saúde Pública apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Pública do
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 31 de janeiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Gabriella Morais Duarte Miranda
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Flávia da Silva Clemente
Universidade Federal de Pernambuco

*À Rosane, Gilson (painho) e Eliane (mainha), que o amor, o afeto e o sonho por dias
melhores para o nosso povo sempre nos impulsionem.*

AGRADECIMENTOS

À minha companheira, amiga e maior incentivadora Rosane, pelo cuidado e afeto desde a seleção do mestrado até o momento da defesa.

Aos meus pais Eliane e Gilson, por sempre me incentivarem a sonhar e a lutar pelos meus objetivos.

À minha família, por me darem colo e carinho sempre que eu preciso, em especial, aos meus afilhados Luiza e Pedro, por vocês eu sempre desejo um pouco mais da vida.

Às minhas amigas e irmãs Polyana, Bianca e Juliana por formarem comigo um quarteto desde a residência do campo. Com vocês aprendo sobre a saúde coletiva e desfruto os encontros potentes da vida.

Ao núcleo de Moçambique, Carolina, Talita e Diogivânia, que caminham ao meu lado desde a graduação, me incentivam e me inspiram a crescer.

Agradeço à turma 8 da RMSFC, em especial a Alex e Matheus, obrigada pela acolhida em Caruaru, por me apresentarem a Serra Verde e por me ensinarem tanto sobre a saúde quilombola.

Agradeço a comunidade quilombola de Serra Verde, pela acolhida afetuosa e por acreditarem neste trabalho. Vocês me ensinaram muito sobre a vida do nosso povo no campo.

Às minhas orientadoras Gabriella e Socorro, vocês tornaram a caminhada mais leve. Agradeço por toda a contribuição, ensinamentos e incentivo. Levo muito dessa construção para a vida.

“Ei, Povoada é um nome curioso, né?
Porque a gente sempre fala de Povoada
Em relação à Terra, né?
A Terra é povoada
Mas, também sou terra
A gente também é terra de povoar
(...)
Povoada
Quem falou que eu ando só?
Nessa terra, nesse chão de meu Deus
Sou uma, mas não sou só”
Sued Nunes (2021)

RESUMO

BRITO, Thaís Cecília dos Santos. O processo de saúde-doença-cuidado e o debate racial na comunidade quilombola Serra Verde, Caruaru - PE. 2023. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

Este trabalho tem como objetivo analisar a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado da comunidade quilombola Serra Verde, em Caruaru - PE. A pesquisa busca estabelecer diálogos entre a Saúde Coletiva, a partir dos conceitos de determinação social e necessidades sociais em saúde, e as produções teóricas contracoloniais que versam sobre o contexto em que as populações negras, especialmente as comunidades quilombolas, estão inseridas. Foi utilizada uma abordagem qualitativa por meio da estratégia de estudo de caso e pesquisa com narrativas, com o uso de diferentes ferramentas de pesquisa: observação e anotações no diário de campo e entrevistas narrativas com comunitários e profissionais de saúde que assistem a comunidade. Para análise, foi realizada uma triangulação de fontes e análise de conteúdo, com base na técnica de condensação de significados proposta por Kvale (1996). As narrativas foram produzidas em diferentes encontros e apontam para diversas experiências e concepções que se conformam no “fazer saúde” da população negra do campo. Sendo assim, as expressões do racismo no processo saúde-doença-cuidado da comunidade Serra Verde manifestam-se na negação da história e reconhecimento da comunidade enquanto quilombo, nos interditos nas práticas tradicionais de cuidado, na negação das políticas públicas e do acesso a direitos como saúde, educação, transporte e lazer, que minam cotidianamente as possibilidades de manter uma vida saudável, e nas limitações identificados na acessibilidade à saúde.

Palavras-chave: determinação social da saúde; processo saúde-doença; racismo; saúde das minorias étnicas; saúde da população rural

ABSTRACT

BRITO, Thaís Cecília dos Santos. The health-disease-care process and the racial debate in the quilombola community Serra Verde, Caruaru - PE. 2023. Dissertation (Academic Master's Degree in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

This work aims to analyze the influence of racism on the health-disease-care process of the black population residing in the Serra Verde quilombola community, in Caruaru - PE. The research seeks to establish dialogues between Public Health, based on the concepts of social determination and social needs in health, and counter-colonial theoretical productions that deal with the context in which black populations, especially quilombola communities, are inserted. A qualitative approach was used through the strategy of case study and research with narratives, with the use of different research tools: observation and notes in the field diary and narrative interviews with community members and health professionals who assist the community. For analysis, a triangulation of sources and content analysis were performed, based on the technique of condensation of meanings proposed by de Kvale (1996). The narratives were produced in different meetings and point to different experiences and conceptions that conform to the “doing health” of the black population in the countryside. Thus, the expressions of racism in the health-disease-care process of the Serra Verde community are manifested in the denial of the history and recognition of the community as a quilombo, in the interdictions in traditional care practices, in the denial of public policies and access to rights such as health, education, transportation and leisure, which daily undermine the possibilities of maintaining a healthy life, and the limitations identified in the accessibility to health.

Keywords: social determination of health; health-disease process; racism; health of ethnic minorities; rural health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira da Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos
COVID	Corona Virus Disease
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DPA	Departamento de Proteção ao Patrimônio Afro-Brasileiro
DRP	Diagnóstico Rural Participativo
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
FCP	Fundação Cultural Palmares
HC	Hospital das Clínicas
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPCAC	Programa Estadual de Prevenção em Conflitos Agrários Coletivos
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase no Campo
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres de Caruaru
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	DA FORMAÇÃO SOCIAL DO BRASIL ÀS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE: DIÁLOGOS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS	17
3.1	FORMAÇÃO SOCIAL DO BRASIL: RACISMO, COLONIALIDADE E RESISTÊNCIAS	17
3.2	DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DA VIDA E NECESSIDADES SOCIAIS EM SAÚDE	24
3.3	PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS	29
4	ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: SOBRE UMA PESQUISA PRODUZIDA NO CAMPO	35
4.1	DESENHO DO ESTUDO	37
4.2	“SERRA VERDE É UMA GRANDE FAMÍLIA”: SOBRE O LOCAL DO ESTUDO	39
4.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA E FONTES DE DADOS	42
4.3.1	Entrevista narrativa	43
4.3.2	Observação e anotações no diário de campo	45
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	46
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	47
5	NARRATIVAS SOBRE SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO: TERRITORIALIDADE QUILOMBOLA, DETERMINAÇÃO SOCIAL E NECESSIDADES EM SAÚDE	49
5.1	SUJEITOS DO ESTUDO: DOS ENCONTROS COM QUEM NARRA E O CONTEXTO DAS ENTREVISTAS	49
5.1.1	Abeid	50
5.1.2	Kakuyon	51
5.1.3	Idomenyin	52
5.1.4	Nomusa	53

5.1.5	Anuli	54
5.1.6	Camara	55
5.1.7	Molefi	56
5.1.8	Abiba	57
5.2.	DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE, DOENÇA, CUIDADO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA SERRA VERDE.....	58
5.2.1	“Como assim história?”: territorialidade quilombola e relações raciais em Serra Verde	59
5.2.2	Determinação social em saúde da comunidade de Serra Verde: processos protetores e destrutivos da saúde e da vida	70
5.2.3	Cuidado e necessidades em saúde na comunidade quilombola Serra Verde.....	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICE A - PROTOCOLO DO CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO PARA CADA OBJETIVO DA PESQUISA	111
	APÊNDICE B - ELEMENTOS QUE PROMOVEM E AMEAÇAM A SAÚDE E A VIDA DA COMUNIDADE SERRA VERDE, PE, 2022.	113
	APÊNDICE C - ROTEIROS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	114
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	117
	ANEXO A - MAPA FALADO	121
	ANEXO B - MATRIZ F.O.F.A.	122
	ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	123
	ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA	124

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado da população negra residente na comunidade Serra Verde, localizada em Caruaru - PE. A pesquisa buscou estabelecer diálogos entre a Saúde Coletiva, através dos conceitos de determinação social e necessidades sociais em saúde, e as produções teóricas contracoloniais que versam sobre o contexto em que as populações negras, especialmente as comunidades quilombolas, estão inseridas.

O ponto de partida é a compreensão de que as relações existentes entre o racismo, enquanto sistema que produz desigualdades, e a questão da terra, são alicerces da formação social do Brasil. A estrutura fundiária no país é produto de um longo processo de colonização que priorizou a exploração da força de trabalho africana e indígena e a concentração de terras, as tornando uma mercadoria inacessível para a população negra. Desse modo, é fundamental relacionar o fato do Brasil ser o último país a abolir a escravidão, ser recordista em concentração de terras e ter a maioria da população negra em condição de pobreza (MELO, 2011; BARBOSA; PORTO-GONÇALVES, 2011).

Nesse sentido, Melo (2011) afirma que alguns fatos históricos são importantes para compreender a condição da população negra no Brasil, são eles: a Lei de Terras de 1850, a abolição do tráfico de africanos escravizados para o Brasil, a política imigratória europeia e a abolição da escravatura. Após cerca de 316 anos de “tráfico negreiro”, esses acontecimentos foram determinantes para a produção e manutenção do racismo no país.

A lei de terras serviu para preservar uma dinâmica conservadora na estrutura fundiária do país, impossibilitando a compra de terras por parte da população negra, que no contexto do pós-abolição, não tinha dinheiro para adquirir terras através da compra, tampouco a adquiriram por herança. Nesse contexto, a imigração europeia foi amplamente incentivada, como política de Estado, para embranquecimento do país. Os imigrantes vinham para o Brasil com direito a terra, emprego garantido e isenção de serviço militar (MELO, 2011).

Por isso, importa destacar que as relações de poder no campo brasileiro preservam conflitos não só ambientais e econômicos, mas também expressam as desigualdades raciais. Estas desigualdades operam com a solidificação de uma

hierarquia étnico-racial, que permite a produção de privilégios para uma elite agrária branca, descendente dos colonos europeus.

No campo brasileiro, as relações são orientadas pela hegemonia do agronegócio, um modelo de produção altamente danoso e centrado no lucro. O Brasil se posiciona, no cenário global, enquanto um país agroexportador, que prioriza a produção de *commodities* e depende tecnologicamente dos países desenvolvidos. Esse contexto, que se impõe como um dos sustentáculos da economia brasileira, não é suficiente para promover desenvolvimento social e econômico para a maioria da população, ao contrário, produz desigualdades e danos econômicos, sociais e ambientais (BURIGO; PORTO, 2019).

As consequências desses impactos recaem principalmente sobre comunidades não-brancas, camponesas de agricultura familiar, de pescadores/as artesanais, populações quilombolas, indígenas e toda a diversidade de povos que resistem no campo, na floresta e nas águas. Os dados preliminares do Censo Agropecuário de 2017 sobre produtores e produtoras rurais no Brasil mostram a presença majoritária de negros/as (52%). Em Pernambuco, a população negra soma 64,73% entre os produtores/as rurais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

A maioria numérica, porém, não representa autonomia política e equidade no acesso aos bens e serviços produzidos. Essa desigualdade pode ser exemplificada a partir da distribuição por raça/cor da posse da terra no Brasil. Os dados do Censo Agropecuário de 2017 mostram que brancos possuem 208 milhões de hectares de terra, enquanto pretos e pardos possuem menos da metade, 99 milhões de hectares.

No âmbito da Saúde Coletiva, considerar esse contexto é fundamental para apreender o processo saúde-doença-cuidado de populações e comunidades do campo brasileiro. A determinação social em saúde é uma categoria importante para compreender em que condições são produzidos os processos de saúde e como estes são distribuídos na sociedade (BREILH, 2010), visto que o tripé saúde-doença-cuidado é um fenômeno socialmente condicionado, o que pode ser identificado a partir da relação entre as iniquidades sociais e as precárias condições de saúde das populações mais vulnerabilizadas.

Não obstante o reconhecimento de que as relações sociais interferem nos processos de saúde, são poucos os estudos que buscam compreender a ingerência do racismo na determinação social das desigualdades em saúde. Embora a matriz

tríplice da iniquidade inclua as dimensões de classe, gênero e etnia (BREILH, 2013), ainda são privilegiadas as leituras materialistas de classe em detrimento das outras dimensões, havendo uma limitação teórica na compreensão das relações raciais enquanto fundantes da estrutura social vigente. Elis Borde (2014) defende uma abordagem crítica da determinação social da saúde para que a questão racial e o racismo sejam vistos como problemas centrais na sociedade brasileira, assim sendo, que se expressam no processo de produção da saúde-doença-cuidado.

Nesse sentido, a produção do cuidado está fundamentada na dimensão política da determinação social em saúde. Assim como elucida Dantas e colaboradores (2020), compreende-se que o cuidado deve ser territorializado, visto que é produzido em diálogo com as questões políticas, sociais e culturais, incorporando as singularidades das comunidades e seus modos de vida.

A proposta desta pesquisa foi pensada a partir da formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase no Campo (RMSFC), realizada no município de Caruaru-PE, durante o período de março/2017 a fevereiro/2019. O referido programa de residência tem como objetivo atuar em territórios do campo, em assentamentos e acampamentos da Reforma Agrária e em Comunidades Quilombolas nos municípios de Caruaru e Garanhuns.

A partir do trabalho realizado enquanto assistente social na Atenção Básica, durante a formação na RMSFC e no Programa Estadual de Prevenção em Conflitos Agrários Coletivos (PPCAC) foi possível identificar a presença majoritária negra no campo em Pernambuco, as especificidades das necessidades sociais, as expressões do racismo na saúde e vida dessas comunidades, mas também, as diferentes formas de enfrentamento e resistência.

Diante disso, acredita-se que este trabalho será uma contribuição importante para a academia e gestão dos serviços de saúde, por promover a discussão sobre o racismo enquanto determinação social em saúde, assim como um instrumento de reivindicação no que tange a urgência da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA).

Portanto, ao considerar as necessidades em saúde das comunidades quilombolas e a ingerência do racismo na determinação social em saúde, buscou-se analisar como se dá a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado da população negra residente na comunidade Serra Verde em Caruaru.

A dissertação foi organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, está a fundamentação teórica, intitulada: Da formação social do Brasil às desigualdades raciais em saúde: diálogos sobre o processo saúde-doença-cuidado de comunidades quilombolas, subdividida em três partes: na primeira, debate-se sobre a formação social do Brasil e a historicidade do racismo na sociedade brasileira; na segunda, a determinação social da saúde, sendo esta uma categoria importante para compreender em que condições os processos de saúde são produzidos e como estes estão distribuídos na sociedade (BREILH, 2016). A partir de então, foi discutido o conceito de necessidades sociais e a dimensão política do cuidado em saúde. Por fim, foi analisado o processo saúde-doença-cuidado das comunidades quilombolas, situando a compreensão de quilombo que orienta este trabalho e debatendo um contexto amplo da saúde da população negra e do campo.

No segundo capítulo, está descrito o percurso metodológico da pesquisa alinhado à perspectiva epistemológica e ético-política. Desse modo, foi realizada uma abordagem qualitativa por meio da estratégia de estudo de caso e pesquisa com narrativas.

No terceiro capítulo analisa-se os resultados e discussões. Neste momento, se apresenta os/as interlocutores/as da pesquisa, o contexto da produção de narrativas e a análise, realizada a partir da condensação de significados, subdividida nos seguintes pontos: 1) territorialidade quilombola e relações raciais em Serra Verde; 2) determinação social em saúde da comunidade de Serra Verde e 3) cuidado e necessidades em saúde na comunidade quilombola Serra Verde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado da população negra residente na comunidade Serra Verde em Caruaru.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as necessidades em saúde da comunidade de Serra Verde, Caruaru - PE;
- b) Analisar como a comunidade de Serra Verde compreende o processo saúde-doença-cuidado;
- c) Analisar como profissionais de saúde que assistem a comunidade de Serra Verde compreendem o processo saúde-doença-cuidado da comunidade;
- d) Compreender como profissionais de saúde e comunitários percebem a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado.

3 DA FORMAÇÃO SOCIAL DO BRASIL ÀS DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE: DIÁLOGOS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Neste capítulo se discute a fundamentação teórica, subdividida em três partes: na primeira, debate-se sobre a formação social do Brasil e a historicidade do racismo na sociedade brasileira; na segunda, a determinação social da saúde, sendo esta uma categoria importante para compreender em que condições os processos de saúde são produzidos e como estes estão distribuídos na sociedade (BREILH, 2006). A partir de então, foi discutido o conceito de necessidades sociais e a dimensão política do cuidado em saúde. Por fim, foi analisado o processo saúde-doença-cuidado das comunidades quilombolas, situando a compreensão de quilombo que orienta este trabalho e debatendo um contexto amplo da saúde da população negra e do campo.

3.1 FORMAÇÃO SOCIAL DO BRASIL: RACISMO, COLONIALIDADE E RESISTÊNCIAS

Como diz Abdias do Nascimento (2016, p. 57) “[...] no Brasil, é a escravidão que define a qualidade, a extensão, e a intensidade da relação física e espiritual dos filhos de três continentes que lá se encontraram”. A partir da invasão europeia, soma-se às populações originárias que já ocupavam e produziam vida neste território, o negro africano e o branco colonizador. Por isso, compreender a formação social do Brasil é fundamental para analisar as expressões do racismo na contemporaneidade, visto que a história do país está marcada pela violência proporcionada pela expansão do mundo moderno-colonial (MUNANGA, 2000).

Sobre a colonização, é preciso deixar explícito o caráter violento e aniquilador desse processo. Para viabilizar a exposição à tortura, ao excesso de trabalho e aos contínuos abusos foi preciso estruturar as relações raciais com base na negação da humanidade dos escravizados e na supremacia branca-europeia. Autores afirmam que a proximidade ao continente africano, o baixo preço de escravizados e consequente facilidade no tráfico de pessoas alavancaram o caráter cruel das condições em que negros e negras foram submetidos no Brasil, reduzindo sua expectativa de vida, diminuindo sua capacidade reprodutiva e limitando outros aspectos da vida social, cultural e familiar (NASCIMENTO, 2019).

Com a travessia transatlântica (NASCIMENTO, 2018), estima-se que foram sequestrados para o Brasil em torno de 3 a 18 milhões de africanos, entre os séculos XVI e XIX, o que demonstra a expressividade de pessoas negras na composição da população brasileira, ainda que o número exato de escravizados não seja calculado devido à precariedade dos registros e do sistema de tráfico presente no período, que fez muito africano entrar no país sem ser registrado. Essa expressividade negra e indígena foi tida pela elite colonial como obstáculo para a criação de uma identidade nacional, visto a diversidade racial e diversidade étnica ou cultural do Brasil. A preocupação com o estabelecimento de uma única identidade nacional foi evidenciada principalmente em três momentos históricos: independência (1822), abolição (1888) e anos 1930, no contexto da industrialização (MUNANGA, 2000).

Kabengele Munanga (2000) afirma que teóricos brasileiros discutiram a formação de uma identidade nacional no Brasil tendo a raça como eixo norteador e a influência das teorias raciológicas europeias. A preocupação da elite branca e intelectual brasileira era com o desenvolvimento socioeconômico do país e com a transformação de culturas e valores diversos, numa única coletividade, em um só povo, o povo brasileiro.

Dentre os teóricos, destaca-se Nina Rodrigues (1862-1906), que, influenciado pelo determinismo biológico do século XIX, discutia a dificuldade de construir no Brasil uma nação civilizada, haja vista a presença marcante da mestiçagem com povos considerados inferiores, os povos originários da América e africanos.

Outro teórico, Oliveira Viana (1883-1951), defende o “ideal do branqueamento” como única alternativa para o desenvolvimento do país; este ideal seria alcançado a partir da miscigenação e da imigração europeia massiva, com o objetivo de que as raças inferiores assimilassem características da raça “ariana pura”, construindo, desse modo, uma civilização e uma identidade nacional. Munanga discute a argumentação apresentada por Oliveira Viana sobre o processo natural do branqueamento do povo brasileiro, afirmando que este aconteceria pelos seguintes fatores:

[...] a reprodução natural do homem branco, que era superior ao homem negro e do índio; a imigração europeia, que levaria ao cruzamento com os mestiços já existentes no país; a taxa de mortalidade mais elevada de negros e mulatos, que era submetido a fome e a miséria após a abolição (MUNANGA, 2000, p. 182).

As teorias profundamente racistas e eugênicas do século XIX, preocupadas com a questão do desenvolvimento nacional, só vislumbravam a situação do negro e

dos povos originários da América a partir do seu aniquilamento. Inclusive, após a abolição da escravatura, o africano e seu descendente são excluídos da classe trabalhadora em ascensão, ocorrendo um processo de imigração massiva de trabalhadores europeus. Sobre esse episódio da história do Brasil, Abdias do Nascimento (2019, p. 43) afirma: “torna-se imperioso considerar a política imigratória do Brasil, concebida sob o explícito propósito de embranquecer a população como uma prática metódica de privar os africanos e seus descendentes dos meios de sobrevivência” (NASCIMENTO, 2019).

No texto “Os cotistas desagradecidos”, Tau Golin (2014), jornalista e historiador, ilustra que a política colonial, com nítido interesse de embranquecer o Brasil, representou um sistema de cotas em favor dos imigrantes brancos empobrecidos na Europa, mas que acessaram as garantias necessárias para enriquecer no novo território.

Ofereceram-lhes em primeiro lugar um lugar para ser seu, um espaço para produzir, representado pelo lote de terra; uma colônia para que pudesse semear o seu sonho. E lhes alcançaram juntas de bois, arados, implementos agrícolas, sementes, e o direito de usar a natureza – a floresta, os rios e minerais – para se capitalizarem. No processo, milhares não conseguiram pagar a dívida colonial e foram anistiados. E quando ressarciram foi em condições módicas (GOLIN, 2014, p. 1).

No contexto da industrialização, nos anos 1930, o interesse no desenvolvimento social e a busca por um novo direcionamento na política nacional, inviabilizou a defesa explícita das teorias raciológicas, tornando-as obsoletas. Desse modo, surgiram investidas de teóricos brasileiros para construir o imaginário de um país sem racismo, o que resultou na negação desse sistema enquanto produtor de desigualdades econômicas-sociais-políticas. O mito da democracia racial, defendido por teóricos como Gilberto Freyre, foi fundamental para endossar esse imaginário, servindo para fortalecer a tese de que no Brasil, diferente das experiências caribenha e estadunidense, alcançou-se a façanha de integrar socialmente africanos, europeus e indígenas (NASCIMENTO, 1984; OLIVEIRA, 2020).

Conceitos como a “democracia racial” se utilizam da miscigenação para justificar que no Brasil não há racismo. Porém, como afirma Abdias do Nascimento, se trata de um caminho para o massacre, visto que tal conceito foi cunhado não só para negar o racismo, como também, para contribuir com o aniquilamento físico e cultural do negro africano, através do projeto de embranquecimento do país e assimilação da cultura branca (NASCIMENTO, 1978).

Nesse sentido, é fundamental recuperar o processo colonial para afirmar a centralidade do racismo na estrutura sócio-histórica do Brasil. Isso porque o silêncio em torno da questão racial dificulta a mobilização e organização política contrárias ao racismo sistêmico. Essa amnésia sobre os crimes coloniais é produzida e reproduzida pela supremacia branca com o objetivo de evitar qualquer tentativa de reparação histórica e proporcionar a manutenção do *status quo* (OLIVEIRA, 2020).

Sobre a relevância de uma leitura crítica da formação social do Brasil e a centralidade das relações raciais nesse processo, Carlos Moore (2007, p. 27) afirma:

Relembrar à sociedade o processo verdadeiro por meio do qual se constituiu realmente a Nação traz também o desafio de se criar um terreno favorável para a implementação de medidas públicas tendentes a reduzir o impacto histórico cumulativo que teve a escravidão sobre aqueles brasileiros, hoje metade da população, que se encontram confinados, em sua maioria, nas posições sociais de maior precariedade.

A desigualdade racial no Brasil tem sido estudada e denunciada pelo movimento negro há décadas, alertando a população brasileira sobre as incoerências do mito da democracia racial, o qual Carlos Moore (2007) chama de mito-ideologia de autoengano. O referido autor cita algumas iniciativas do estado brasileiro, em resposta às reivindicações do movimento negro, para conter ou minimizar as desigualdades socio raciais, como a criminalização do racismo em 1989, a adoção das políticas públicas de ações afirmativas em 2000 e a instituição do ensino geral da história e cultura africana e afro-brasileira em 2003, atualizada em 2008 com a inserção do ensino da história e cultura indígena. Importa destacar também a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída em 2009. Essas iniciativas e os progressos alcançados contra o racismo sistêmico ainda são discretos e frágeis quanto aos seus resultados (MOORE, 2007).

Nesse sentido, as iniciativas para omitir, ou mesmo acentuar, a desigualdade racial no Brasil, foram historicamente priorizadas pelo Estado e demais setores, e possuem uma intencionalidade. Segundo Abdias Nascimento (1984), a ação e omissão do Estado frente à população negra demonstra o caráter genocida do país. Dessa forma, o negro africano não foi visto na perspectiva de sua integração à sociedade no contexto do pós-abolição, pelo contrário, o objetivo de aniquilar o povo negro fisicamente e culturalmente está explícito nos dados sociodemográficos que representam as condições de vida e os lugares ocupados por negros e negras no país.

As famílias negras brasileiras apresentam índices mais elevados de vulnerabilidade social quando comparadas às brancas. De acordo com o Instituto de

Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2015, a renda per capita média de um homem chefe de família negro era R\$ 942,50, enquanto para o homem branco com a mesma atribuição era R\$ 1.688,8. Com relação às mulheres chefes de família, a renda per capita era R\$ 831,3 e R\$ 1.572,5 para brancas. Segundo o IPEA, no documento intitulado *Desigualdade de Gênero e Raça*, a distribuição racial da riqueza é incontestável. Em 2015, adotando a classificação do Plano Brasil Sem Miséria, 6,1% dos negros eram extremamente pobres, 9,1% pobres e 66,4% estavam em situação de vulnerabilidade. Para a população branca, este percentual era, na mesma ordem: 4,1%, 6,7% e 60,3%. Em 2009, 70% das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família eram chefiadas por negros/as.

Entre 1995 e 2015, na população adulta branca subiu de 12,5% para 25,9%, o percentual de pessoas com 12 anos de estudo, enquanto na população negra na mesma faixa etária passou de 3,3% para 12%, ou seja, alcançando em 2015 o patamar da população branca de vinte anos atrás (BRASIL, 2015). As pessoas brancas chefes de família têm maior escolarização que as pessoas de referência familiar negra. Dentre as mulheres negras que são referência familiar, 14,7% têm apenas 1 ano de estudo, enquanto que entre mulheres brancas o percentual é de 8,6%.

O tamanho das famílias sob responsabilidade de brancos/as é menor que aquelas dirigidas por negros/as. Famílias com chefes negros/as apresentam proporções mais altas de chefia feminina. Ao todo são 28,8 milhões de lares, e mulheres negras estão à frente de quase 16 milhões (BRASIL, 2015). Além disso, os índices apontam que “entre 1995 e 2009, as famílias chefiadas por mulheres negras mantiveram-se sempre na posição de piores rendimentos, seguida pelos homens negros, mulheres brancas e, por último, pelos homens brancos” (BRASIL, 2011, p. 29).

O documento intitulado “A desigualdade racial no Brasil nas três últimas décadas” avalia que a desigualdade racial permanece intocada de 1986 a 2019, utilizando o critério da distribuição de renda.

A renda média dos brancos permanece ao menos duas vezes maior que a dos negros. E a concentração dos negros entre os mais pobres é pouco mais que um terço do que seria em uma sociedade com castas raciais de renda, na qual nenhuma pessoa branca teria renda inferior à de uma pessoa negra. (...) Impávida, a renda média dos brancos persiste sendo o dobro da renda dos negros. Somente em 2014, quando a renda média dos brancos chegou a US\$ 24 por dia, a renda média dos negros ultrapassou o mínimo histórico dos brancos, de US\$ 12 em 1992. Na maior parte do tempo, a pior renda

média dos brancos esteve acima da melhor média dos negros. Apenas em quatro anos, 2015, 2016, 2018 e 2019, a maior renda média dos negros ultrapassou a menor média dos brancos, sem, contudo, chegar aos US\$ 13 diários (BRASIL, 2021, p. 22).

Os dados socioeconômicos apresentados acima reafirmam a continuidade dos desígnios coloniais sobre a população negra. Isto embasa a argumentação de que o racismo não deve ser compreendido como um sistema que se encerra no passado colonial, “mas como uma vontade de poder e um regime de verdade no presente que buscam colonizar o futuro” (OLIVEIRA, 2020, p. 78).

Importa destacar que as disparidades socioeconômicas, apesar de nefastas, não são únicas consequências da colonização/colonialidade. Denilson Oliveira (2020, p. 84) afirma que desterritorializar, referindo-se ao processo de sequestro de África, e desontologizar são perfeitos complementares. Isto porque os negros e negras africanos foram roubados do continente mãe e de sua matriz cultural, sendo submetidos à crença de que a condição de ser humano só é possível sob referências brancas, enquanto único ideal de humanidade. Como complemento, tudo relacionado ao negro africano é minorado. Dessa forma, é criada uma identidade homogeneizadora com apenas um modo de “ser, crer, pensar, existir e viver”.

Nesse sentido, Quijano (2005) cunhou o conceito de colonialidade, que compreende a existência de uma manutenção da supremacia branca não rompida com o fim do período colonial. O referido autor argumenta que, para a formação do capitalismo, que desde o início foi colonial/moderno e eurocentrado, a raça foi utilizada como o principal instrumento de classificação social da humanidade, o primeiro critério na definição de lugares e posições nas relações de poder, que produziu identidades sociais novas como índios, negros e mestiços.

A herança do escravismo, a integração falaciosa à sociedade brasileira e a negação do racismo enquanto sistema complexo, impõem à população negra situação de maior vulnerabilidade social e destituição da condição de ser. Principalmente por se tratar de um racismo muito peculiar à realidade brasileira, como diz Abdias Nascimento (2019, p. 34):

Um racismo de tipo muito especial, exclusiva criação luso-brasileira: difuso, evasivo, camuflado, assimétrico, mascarado, porém tão implacável e persistente que está liquidando os homens e mulheres de ascendência africana que conseguiram sobreviver ao massacre praticado no Brasil.

Essa compreensão da superioridade e inferioridade baseados na raça foram amparados pela produção científica eurocêntrica. modo de produzir conhecimento na sociedade moderna - colonial/moderno, capitalista e eurocentrada.

O estabelecimento da colonialidade do poder, do ser e do saber produziu a concepção de que o europeu é produto da evolução civilizatória, que tem o estado de natureza como ponto de partida. Ou seja, a Europa produziu o que Quijano chama de mito fundacional da versão eurocêntrica da modernidade ao se auto definir como única produtora de conhecimento e tecnologias, demarcando a diferenciação das sociedades consideradas como primitivas. Por isso o interesse em tornar a cultura e a organização ocidental o padrão universal, posto que a racionalidade e modernidade foi tida como exclusividade europeia (QUIJANO, 2005).

Foram adotadas algumas estratégias para universalizar a cultura e favorecer a dominação a nível global: reprimir, de variadas maneiras, a forma de produzir conhecimento do colonizado ao tempo em que expropria o conhecimento que serve ao capitalismo colonial; e imposição dos padrões culturais materiais, tecnológicos e subjetivos dos dominadores (QUIJANO, 2005).

A incorporação de tão diversas e heterogêneas histórias culturais a um único mundo dominado pela Europa, significou para esse mundo uma configuração cultural, intelectual, em suma intersubjetiva, equivalente à articulação de todas as formas de controle do trabalho em torno do capital, para estabelecer o capitalismo mundial. Com efeito, todas as experiências, histórias, recursos e produtos culturais terminaram também articulados numa só ordem cultural global em torno da hegemonia européia ou ocidental. Em outras palavras, como parte do novo padrão de poder mundial, a Europa também concentrou sob sua hegemonia o controle de todas as formas de controle da subjetividade, da cultura, e em especial do conhecimento, da produção do conhecimento (QUIJANO, 2005, p.121).

Sobre a concentração de poder e sua consequência para a sociedade brasileira, Abdias afirma:

Um rígido monopólio do poder permanece, no Brasil, nas mãos da camada “branca” minoritária, desde os tempos coloniais até os dias de hoje, como se fosse um fenômeno de ordem “natural” ou de um perene direito “democrático”. O mito da “democracia racial” está fundado sobre tais premissas dogmáticas. Daí resulta o fato surpreendente de todas as mudanças socioeconômicas e políticas verificadas no país, desde 1500 a 1978, não terem exercido a menor influência na estrutura de supremacia racial branca, que continua impávida - intocada e inalterável. O fator da condição racial permanece, de forma irredutível, como fundamental contradição dentro da sociedade brasileira (NASCIMENTO, 2019, p. 38).

A colonialidade também se expressa pela atualização das formas de controle e manutenção do status quo, visto que são reformuladas em contraposição aos processos de resistência, organização, manutenção e preservação dos saberes e da

matriz cultural africana. Essa resistência seria o retrato da “África que incomoda”, conforme argumenta Kabengele Munanga (2010) no prefácio do livro de Carlos Moore com este mesmo título. O autor afirma que nas diásporas houve continuidades e novas construções, mas não rupturas totais da ancestralidade africana.

A África e suas diásporas incomodam quando começam a lutar pela defesa das suas dignidade e liberdade humanas; quando reivindicam a igualdade do tratamento, das oportunidades e do respeito de suas diferenças culturais e identitárias. Incomodam quando tentam sair do espaço de inferioridade a elas predestinado para participar igualmente da distribuição do produto social, da estrutura de poder e de todos os mecanismos simbólicos de superioridade, reservados ao segmento social eurodescendente da sociedade. Os africanos e seus descendentes incomodam quando começam a buscar a recuperação de sua humanidade negada, sua história e sua cultura destruídas durante os séculos de escravização e colonização contra eles forjada. Como disse Frantz Fanon, o autor de *Pele Negra Máscaras Brancas*, a África incomoda quando tenta quebrar a máscara branca para exibir com orgulho seu rosto negro escondido (MUNANGA, 2010, p. 7).

A simbologia da máscara, utilizada por Fanon (2018), mas também por Grada Kilomba (2010), retrata a construção dessa imagem do outro, do outro que é o sujeito negro, inferior, sentimental, irracional, desprovido de beleza, de potencial cognitivo e humanidade. O outro é exatamente tudo aquilo que o branco nega em si ou não quer ser relacionado. A autora se refere a máscara utilizada de forma arbitrária nos africanos escravizados para impedi-los de comer cana de açúcar ou cacau, mas também se refere a máscara do silenciamento, um instrumento utilizado para imprimir medo e dominação.

A herança do escravismo, a integração falaciosa à sociedade brasileira e a negação do racismo enquanto sistema complexo, impõe à população negra situação de maior vulnerabilidade social e destituição da condição de ser, o que demonstra a urgência em formular políticas públicas e fortalecer iniciativas comunitárias que promovam a equidade e consciência racial e devolva a humanidade do povo negro.

3.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E DA VIDA E NECESSIDADES SOCIAIS EM SAÚDE

No âmbito da Saúde Coletiva é ampla a produção acadêmica que relaciona as desigualdades dos indicadores de saúde com a estrutura societária. O reconhecimento do processo saúde, doença e cuidado enquanto produto da sociedade colonial/capitalista revela o caráter injusto e mutável destas desigualdades. Porém, compreender que o adoecimento está para além de um evento clínico-

biológico não é suficiente para produzir respostas mais assertivas no cuidado em saúde. Alguns autores (ALMEIDA-FILHO, 2010; BREILH, 2010) defendem que além de associar os indicadores de saúde a questões sociais é fundamental investigar as raízes dessas desigualdades. Nesse sentido, foi formulado o conceito da determinação social em saúde.

A determinação social em saúde é uma categoria importante para compreender em que condições os processos de saúde são produzidos e como estes estão distribuídos na sociedade (BREILH, 2016), haja vista que o tripé saúde, doença e cuidado são socialmente condicionados, o que pode ser identificado a partir da relação explícita entre as desigualdades sociais e as precárias condições de saúde das populações mais vulnerabilizadas.

Construída no âmbito da epidemiologia crítica latinoamericana, a determinação social se propõe a ser uma ferramenta transformadora para a defesa e promoção da saúde e da vida, uma ruptura com o paradigma da saúde pública dominante (BREILH, 2010). A epidemiologia crítica defende que o rigor ético e metodológico diz respeito ao reconhecimento dos interesses de classe e das relações de poder que interferem na relação entre a reprodução social da saúde e o modo de viver, adoecer e morrer das populações (BREILH, 2013).

Nesse sentido, o conceito da determinação social da saúde é uma alternativa a compreensão dos “determinantes sociais em saúde”, que, segundo seus críticos, possui uma análise probabilística dos “riscos” de adoecer, fragmentando a realidade e naturalizando as disparidades na ocorrência de doenças e agravos. Almeida-Filho (2010) defende que além de quantificar, é fundamental compreender a gênese e analisar os efeitos dos processos sociais na produção da saúde, doença e cuidado. O referido autor afirma que é mais importante reconhecer a dinâmica da determinação social das desigualdades e iniquidades em saúde no sentido de eliminá-las do que apenas medi-las.

A síntese desse debate é apresentada no trecho a seguir por Jaime Breilh:

No sirve en resumidas cuentas una epidemiología que la haga el juego a la hegemonía, es decir, que denuncie sin revelar; que informe sin movilizar, y que enfoque factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas ecosociales con los que entran en una dinámica determinante. Requerimos enfocar el debate alrededor de esa ruptura con la lógica empírico analítica y el causalismo, y eso implica replantearse algunas relaciones y categorías (BREILH, 2010, p. 100).

O questionamento direcionado para a epidemiologia e ciências da saúde é qual o posicionamento ético que deve ser assumido frente ao atual modelo civilizatório. Modelo este que integra um contexto de apropriação da natureza, centralidade do lucro, de desenvolvimento destrutivista e subjugação de povos e territórios. Desse modo, é fundamental compreender os impactos atuais e futuros dessa "civilização da morte" na saúde das populações e da mãe natureza, visto que, segundo Breilh, ancorado na ética dos povos originários da América, só é possível defender a promoção da vida humana atrelada a defesa da natureza, superando o antropocentrismo euro-colonial. Para isso, o referido autor defende uma ascensão de uma epidemiologia da saúde para uma 'epidemiocologia' da vida (BREILH, 2010).

A salvaguarda da natureza está fundamentada na concepção de que a humanidade a constitui e se preserva a partir dela. Sobre essa relação de pertencimento a natureza, Ailton Krenak afirma:

[...] fomos nos alienando desse organismo de que somos parte, a Terra, e passamos a pensar que ele é uma coisa e nós, outra: a Terra e a humanidade. Eu não percebo onde tem alguma coisa que não seja natureza. Tudo é natureza. O cosmos é natureza. Tudo em que eu consigo pensar é natureza (KRENAK, 2019, p. 17).

A alienação da natureza, resultado da hegemonia ocidental sobre o mundo, forjou o antropoceno, a era geológica marcada pela ação humana. Para viabilizar a superação desse modelo destrutivista, Breilh argumenta sobre os três "s" que devem auxiliar na construção de uma sociedade para a vida. O primeiro "s" é a sustentabilidade, que deve criar condições para que os socioecossistemas possam produzir uma vida "plena, digna, feliz e saudável". O segundo "s" é a solidariedade, em que a estrutura econômica é ordenada pela primazia da vida e do Bem Viver¹. O terceiro "s" é a possibilidade real de ser saudável, com base nos dois "s" anteriores e aspectos protetores coletivos, familiares e individuais que proporcione saúde em todos os aspectos da vida (BREILH, 2010).

Em linhas gerais, o debate em torno da determinação social em saúde orienta o questionamento sobre a conformação das desigualdades sociais e o impacto dessas desigualdades nas condições de saúde. Porém, não obstante o reconhecimento de que as relações sociais interferem nos processos de saúde, ainda são raros os estudos que buscam compreender a ingerência do racismo na determinação social

¹ “[...] se apresenta como uma oportunidade para construir coletivamente uma nova forma de vida. [...] O Bem Viver é, essencialmente, um processo proveniente da matriz comunitária de povos que vivem em harmonia com a Natureza” (ACOSTA, 2016, p. 23).

das iniquidades em saúde. Embora a matriz da tríplice inequidade inclua as dimensões de classe, gênero e etnia (BREILH, 2013), ainda são privilegiadas as leituras materialistas de classe em detrimento das outras dimensões que integram a supremacia branca e a exploração capitalista/colonial.

Nesse sentido, Elis Borde (2014, p. 123) aponta as limitações teóricas da determinação social no reconhecimento do racismo enquanto eixo central nas relações de dominação. A autora afirma:

Constatamos que é preciso reconhecer a “questão racial” e o racismo como problemas centrais do cenário brasileiro no qual se inserem os processos de determinação social das iniquidades (étnico-raciais) em saúde. Deste reconhecimento deriva que a problemática racial e étnica deve ser reconhecida tanto como veículo de produção e reprodução dos processos saúde-doença, na medida em que define os processos de dominação, exploração e marginalização no sistema-mundo, quanto como elemento de constituição dos poderes políticos, econômicos e culturais dominantes, que controlam a implementação e o funcionamento das atividades econômicas e políticas geradoras destes processos, em grande parte, racializados.

Além de apontar a negligência da dimensão racial na compreensão do processo saúde-doença, Elis Borde afirma que a abordagem dominante das iniquidades raciais transformou raça e etnia em fatores de risco, atribuindo tais iniquidades às práticas sociais e culturais e a “disfunções biologizantes”, porém, sem analisar os processos sócio-históricos que estruturam a vulnerabilização de populações não-brancas em países como o Brasil. Outro trabalho que se vincula a epidemiologia crítica latinoamericana para compreender as iniquidades raciais em saúde é o de Wanessa Gomes (2019), que utiliza essa abordagem para investigar os processos de determinação social em saúde de uma comunidade quilombola.

Apesar do pouco compromisso com a centralidade das desigualdades raciais nos debates da determinação social, o acúmulo teórico e metodológico dessa perspectiva na Saúde Coletiva permite relacionar o sistema de exploração forjado pela hegemonia eurocêntrica com a produção de saúde, doença e cuidado da população negra. Nesse sentido, realizar análises sociais coerentes orienta a identificação das necessidades em saúde e das demandas de cuidado, sem naturalizar as desigualdades ou incorrer no erro de culpabilizar as populações vulnerabilizadas.

Por esse motivo, a necessidade em saúde precisa ser analisada em relação aos direitos sociais e as determinações sócio-históricas (SERVALHO, 2016). Portanto, ela é compreendida por diferentes perspectivas, sendo orientada a partir de cada concepção de sociedade, e quando empregada de forma incoerente pode ir de encontro aos interesses sociais. Breilh define duas grandes correntes de

necessidades em saúde, uma corrente liberal, que individualiza o acesso aos serviços para satisfação das necessidades, deixando a cargo das famílias e indivíduos adquirirem-nas no mercado, e outra que ele denomina de corrente solidária, que compreende a satisfação das necessidades como direito inalienável. O referido autor também argumenta que a necessidade em saúde é um conceito fundamental para investigar, planejar, monitorar e controlar as condições sanitárias das ações e programas (BREILH, 2006).

A compreensão da necessidade em saúde na perspectiva solidária deve direcionar a organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho das equipes, para isso, é fundamental apreender a determinação social do processo saúde, doença e cuidado. A operacionalização do conceito se relaciona com a identificação das necessidades em saúde das populações, que são múltiplas, considerando o território, raça/cor, etnia, religião, identidade de gênero, orientação sexual e geração (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Nesse sentido, a escuta dos profissionais de saúde, equipes, serviços e rede de serviços deve ser sensível para identificar as necessidades, visto que elas são mais complexas do que as demandas que geralmente os sujeitos levam ao atendimento. Isso ocorre, como afirma Cecilio (2006), porque a demanda dos usuários/as é a tradução das necessidades moduladas pela oferta dos serviços. O referido autor afirma que a capacidade de compreender as necessidades representa um caminho mais amplo para a integralidade no cuidado em saúde, a partir de uma escuta mais atenta das pessoas que buscam o cuidado (CECILIO, 2006).

No âmbito desse debate, Cecilio (2006) adota uma taxonomia das necessidades em saúde que se organiza em quatro eixos. O primeiro deles refere-se a ter “boas condições de vida”, cujo entendimento perpassa por compreender que diferentes condições de vida forjam diferentes necessidades de saúde; o segundo é sobre a possibilidade de acessar toda tecnologia de saúde disponível capaz de melhorar e prolongar a vida; a terceira categoria de necessidades diz respeito a criação de vínculo entre usuários e profissionais de saúde; a quarta e última se relaciona à necessidade de cada sujeito desenvolver “autonomia no seu modo de levar a vida”, o que implicaria a reconstrução dos sentidos da vida.

As questões elucidadas por Cecilio (2006) relacionam-se à aplicabilidade e operacionalização do conceito de necessidades em saúde no cotidiano profissional, com vistas a proporcionar um cuidado mais qualificado e humanizado. Apesar de

afirmar que o alcance da integralidade só é possível a partir da identificação ampliada das necessidades, o autor diferencia as ações da integralidade focalizada (micro) e integralidade ampliada e macro da atenção, afirmando que por serem complexas as necessidades, a integralidade não será plena em nenhum serviço de saúde singular, mesmo que o profissional e equipe sejam comprometidos, dando ênfase também às ações articuladas em rede.

No sentido oposto ao debate apresentado acima, Campos e Bataieiro (2007) identificaram que os serviços de saúde têm adotado uma perspectiva operacional das necessidades em saúde, tais necessidades são restringidas às necessidades de consumo dos serviços, principalmente consulta médica. A resposta às necessidades é percebida como atendimento de agravos ou de eventos específicos dos ciclos de vida, sem considerar as determinações macro estruturais nesse processo, tampouco as demandas de ordem social.

Desse modo, importa salientar que a produção do cuidado deve estar fundamentada na dimensão política da determinação social em saúde e das necessidades sociais em saúde. Como afirma Cecilio (2016, p.78), “cuidar é sempre um ato político”, pois o cuidado se insere em um campo de disputas e pode se vincular a uma “perspectiva mais ou menos emancipatória, mais ou menos controladora, mais ou menos comandada por um biopoder”. Nesse sentido, como elucida Dantas e colaboradores (2020), compreende-se também que o cuidado deve ser territorializado, visto que é produzido em diálogo com as questões políticas, sociais e culturais, incorporando as singularidades das comunidades e seus modos de vida.

3.3 ACERCA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

“Quilombo é aquele espaço geográfico, onde o homem tem a sensação do oceano”. A frase anterior é de autoria da quilombola e intelectual Beatriz Nascimento (2018, p. 336), ela traz a referência da travessia, (trans)atlântica, para refletir sobre as influências africanas na formação do continente americano. Segundo a autora, quilombo é um termo próprio dos africanos bantos, habitantes da África Centro Ocidental. O significado do termo é proveniente de Angola, e representava acampamentos de guerreiros na floresta. A autora conta que os invasores portugueses, ao chegarem nesta região, encontraram sistemas sociais complexos e

diversificados. Assim, o quilombo era um sistema social de povos de origem caçadora, e por isso, guerreiros. Essa organização social era bastante temida pelos colonos portugueses, pois avançavam no domínio e disputas territoriais.

O historiador Flávio dos Santos Gomes (2015) afirma que os quilombos e as comunidades negras rurais representam a continuidade e reordenamento de um processo dinâmico da ocupação dos territórios, que se remete tanto ao período escravista quanto ao pós-abolicionista. O autor reitera que as comunidades construídas por africanos libertos “produziram histórias complexas de ocupação agrária, criação de territórios, cultura material e imaterial próprias baseadas no parentesco e no uso e manejo coletivo da terra” (GOMES, 2015, p. 7).

No contexto do pós-abolição as comunidades remanescentes de quilombos continuaram a se reproduzir “migrando, desaparecendo, emergindo e se dissolvendo no emaranhado das formas camponesas do Brasil, de norte a sul” explica Gomes (2015). O autor afirma que após a abolição esses territórios foram invisibilizados e estigmatizados pela fragilidade das políticas públicas. Uma das formas de invisibilização ocorria através da ausência de informações sobre as populações negras nos recenseamentos populacionais e censos agrícolas.

Nesse sentido, Gomes (2015, p. 123) afirma: “O invisível passaria a ser isolado e depois estigmatizado”. A invisibilização, isolamento e estigma desses territórios e populações fazem parte de um mesmo processo. A invisibilização vem com a ausência de informações sobre os territórios, o que cria e fortalece a ideologia do isolamento das comunidades rurais e negras. Esse isolamento não se restringe a dispersão territorial, ele representa o isolamento com relação aos direitos sociais como comunicação, transporte, educação, saúde, lazer, dentre outros. O estigma social viria como consequência da invisibilização e ideologia do isolamento, reforçados pelo racismo e consequente ausência de direitos. O estigma interfere até os dias atuais na identificação dessas populações e comunidades com a denominação “quilombolas”.

Parte da rejeição ao termo quilombola advém das narrativas hegemônicas sobre quilombos. Beatriz Nascimento compreende os quilombos como subversão que vai além da fuga. Para a intelectual, os quilombos representam muito mais a reação ideológica, social e político-militar, posto que anuncia a necessidade de auto organização fora dos limites e imposições dos colonizadores. Embora a narrativa estigmatizante de “fugitivos” tenha ganhado muita força entre os estudiosos, a autora

situa a organização quilombola inicialmente nos marcos das sociedades africanas e, posteriormente, na busca por caminhos possíveis de organização frente às necessidades encontradas no território brasileiro.

Dessa forma, os movimentos negros no Brasil incorporaram a designação quilombo para agregar mulheres e homens negros em torno de uma pauta política, na luta por direitos. Abdias de Nascimento (2011) defende que os quilombos dos séculos passados trouxeram como patrimônio uma prática quilombista, que reconhece a importância da luta coletiva e dos valores civilizatórios ancestrais africanos. Sobre essa concepção de quilombo, Beatriz Nascimento (2018, p. 337) afirma:

O quilombo é uma história, essa palavra tem uma história. Também uma tipologia de acordo com a região e de acordo com a ordem no tempo, sua relação com seu território. É importante ver que hoje o quilombo traz pra gente não mais o território geográfico, mas o território a nível de uma simbologia. Nós somos homens, temos direito ao território, à terra. Várias e várias partes da minha história me contam que eu tenho direito ao espaço que ocupo na nação. E é isso que Palmares está dizendo naquele momento. Eu tenho direito ao espaço que ocupo dentro desse sistema, dentro dessa nação, dentro desse limite geográfico que é a capitania de Pernambuco. A terra é o meu quilombo, meu espaço é o meu quilombo. Onde eu estou, eu estou. Onde eu estou, eu sou.

As comunidades negras e quilombolas preservam as práticas de organização política, os valores e as dimensões de identificação com os territórios que os pertencem por direito. Durante o processo da redemocratização do país e debate da constituinte na década de 1980, com a efervescência das organizações políticas e movimentos sociais, foi criada a Fundação Cultural Palmares (FCP). O objetivo da FCP era “potencializar a participação da população negra brasileira no processo de desenvolvimento, a partir da sua história e cultura.” Nesse contexto, comunidades negras do campo e outros povos e populações das águas e das florestas reivindicaram terra, território e políticas públicas (GOMES, 2015).

Gomes (2015) afirma que nas décadas de 1980 e 1990 ocorreram vários encontros de comunidades remanescentes de quilombos, em que o direito à cidadania e a terra estavam em discussão. Como fruto das reivindicações das comunidades, o termo remanescente de quilombos foi aprovado na Constituição de 1988, em que foi reconhecida a propriedade definitiva das terras ocupadas, devendo o Estado garantir o direito possessório das terras ocupadas e herdadas pelos antepassados. Atualmente, em torno de 2000 comunidades quilombolas são reconhecidas e certificadas pela FCP e algumas dezenas obtiveram a titularidade através do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Outras comunidades ainda

estão em processo de luta pelo reconhecimento e certificação na FCP, como também pela garantia da cidadania e de todos os direitos sociais.

A mobilização e organização dos movimentos sociais negros resultou em alguns avanços, mesmo que tímidos, no reconhecimento das necessidades da população negra, esteja ela no campo ou na cidade, por parte do estado brasileiro. No âmbito da saúde, tem-se como exemplo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009 e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), instituída em 2011. As referidas políticas foram construídas com a participação social e demarcam o reconhecimento das desigualdades e necessidades em saúde dessas populações.

As duas políticas referidas são importantes marcos para a saúde da população quilombola. A PNSIPN por reconhecer o racismo enquanto determinante social da saúde e afirmar o compromisso do Estado no combate às desigualdades raciais no SUS; e a PNSIPCFA por reconhecer os modos de vida e os determinantes sociais no processo saúde-doença das populações do campo, da floresta e das águas. Os objetivos da PNSIPCFA incluem: o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida.

A PNSIPCFA aponta que no campo brasileiro são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, consequências da não garantia dos bens e serviços fundamentais. Além disso, a política enfatiza que questões como o acesso restrito à água tratada e saneamento básico, as relações de trabalho, os conflitos pela posse e propriedade da terra e a dispersão territorial são importantes para compreender o adoecimento e a qualidade da atenção à saúde nos contextos do campo. No seu texto introdutório são referidas questões como a concentração de terras e riquezas, a exploração do trabalho e da natureza, o histórico da escravidão e o extermínio dos povos indígenas, mas também, são destacados os conflitos e lutas de resistência ao modelo político, social e econômico vigente.

Jurema Werneck (2016) afirma que as investidas do movimento social negro, atuante na luta popular pelo direito à saúde desde o período da constituinte, não foi suficiente para inserir, no Sistema Único de Saúde, mecanismos explícitos de combate às barreiras de acesso da população negra. A instituição dessas políticas

não foi acompanhada por mudanças estruturais que pudessem proporcionar para essa população melhores condições de vida. Segundo Silva (2020, p. 184) a população negra no Brasil continua “convivendo com o pior cenário de habitação, saneamento, renda e acesso a bens e serviços, não obstante, seguiu experimentando os piores indicadores de saúde”.

Partindo do pressuposto de que as necessidades em saúde estão para além da dimensão biológica, é preciso atentar para as relações existente entre o racismo e a forma como nascem, adoecem e morrem os negros e negras no Brasil. A não garantia de trabalho formal, menor renda, pobreza, exposição a ambientes insalubres, ausência de água, desnutrição, encarceramento, exposição à violência, assassinatos, preterimento e baixa autoestima são algumas das consequências da colonialidade que determinam a experiência da população negra.

As expressões do racismo citadas acima são produtos de uma das dimensões do racismo, que está presente como um mecanismo de exclusão nas instituições. O racismo institucional se expressa nas ações e políticas, nas instituições públicas e privadas, influenciando as experiências da população negra na busca pela garantia dos direitos. A forma como essa dimensão do racismo opera possibilita pouco espaço para a defesa e contestação, visto que é capilarizado e não ocorre apenas de forma interpessoal ou individual. Por ter caráter estrutural, o racismo institucional contribui com a produção e reprodução do próprio racismo enquanto sistema (WERNECK, 2016).

Em 2006, o racismo institucional foi reconhecido oficialmente pelo Ministério da Saúde, em decorrência da realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Entre as doenças de maior prevalência para a população negra, estão aquelas relacionadas a fatores genéticos agravadas por questões ambientais: anemia falciforme, doença hipertensiva específica da gravidez, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Em 2012, a taxa de mortalidade por diabetes mellitus e hipertensão foi maior na população negra. Enquanto que para a população branca a morte por hipertensão esteve estável entre 2005 e 2012 e a morte por diabetes diminuiu entre 2000 e 2012, para a população negra e indígena, essa taxa recrudescer (BRASIL, 2016). Essa desigualdade pode ser explicada a partir da seguinte hipótese:

Maior subdiagnóstico nos pretos e pardos, o que leva à desassistência, gerando maiores complicações e por fim mais mortes; maior risco desses grupos (geneticamente estas doenças podem se apresentar de forma mais agravada); e ainda maior vulnerabilidade social, levando a desassistência independente do diagnóstico feito (BRASIL, 2016, p. 33).

Com relação ao processo saúde-doença-cuidado de comunidades quilombolas, alguns estudos apontam a importância do território para compreender a produção de saúde dessas populações. Wanessa Gomes (2020) destaca que é no território que as comunidades produzem e reproduzem seu modo de vida. É nesse espaço que se estabelece as relações de trabalho, de afeto, de lazer e de moradia.

Arêda-Oshai (2017) na pesquisa realizada em territórios quilombolas marajoaras, traz a seguinte fala de uma mulher quilombola: “tudo é importante, mas nossa bandeira de luta mesmo é o território”, com isso ela afirma que o território não é apenas terrenos de conflitos e de relações de poder, mas é também local de interação, de reprodução do coletivo e onde se produz a saúde, doença e cuidado.

Na perspectiva do cuidado, Lacerda e Mendes (2018, p. 115) utilizam o conceito de territorialidade do cuidado, situando seu caráter relacional que, principalmente para as comunidades tradicionais, está fundamentado na reciprocidade das relações cotidianas. Os autores afirmam: “Uma pessoa só é uma pessoa por meio de outras pessoas e também por meio de todos os seres do universo. Cuidar “do outro”, portanto, também implica o cuidado para com o meio ambiente e os seres não humanos”.

Portanto, a produção de saúde, doença e cuidado das comunidades negras e quilombolas do campo são determinadas pelo histórico da colonialidade e da negação de direitos, mas também pelas potencialidades das lutas e vivências cotidianas na ocupação desses territórios.

4 ORIENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: SOBRE UMA PESQUISA PRODUZIDA NO CAMPO

“Alguém me avisou pra pisar nesse chão devagarinho.”

Dona Ivone Lara

Fotografia 1 – Estrada de Serra Verde



Fonte: Acervo pessoal.

A fotografia acima ilustra a principal estrada de Serra Verde. Ao caminhar por essa estrada, foi fundamental assumir a ética e o compromisso de “pisar nesse chão devagarinho” em todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, assim como cantou a sambista Dona Ivone Lara, “alguém me avisou para pisar nesse chão devagarinho”.

Neste capítulo está descrito o percurso metodológico da pesquisa alinhado à perspectiva epistemológica e ético-política ao qual nos vinculamos. Ancorada na produção político-científica contra colonial, a pesquisa foi formulada em diálogo com as epistemologias negras, com base na ética dos povos originários e africanos que,

mesmo colonizados e desacreditados da sua capacidade de produzir, refletir e criar, possuem um acúmulo milenar de conhecimentos, tendo suas ciências e saberes expressos especialmente nas narrativas, nas histórias, na oralidade.

Conforme conceituou o mestre Nego Bispo (2015), a contracolonialidade representa o enfrentamento entre povos, raças e etnias no mesmo espaço físico geográfico. O mestre compreende que a colonização deixou marcas profundas na sociedade brasileira, mas não a define, pois houve resistência e luta em defesa dos territórios e manutenção dos ensinamentos ancestrais, especialmente nas comunidades originárias e quilombolas, em contraposição ao que foi imposto pelo branco colonizador.

Importa destacar que o menosprezo à ciência e cosmopercepção dos povos não-brancos tem uma causa e razão de ser; posto que a ciência ocidental forjou um *modus operandi* que vem sustentando a hegemonia eurocêntrica ao longo dos anos. Por essa razão, tal ciência desconsidera os saberes tradicionais e populares. Ao pautar a objetividade e imparcialidade na produção do conhecimento, se camufla, em muitos momentos, a defesa dos interesses do Capital. Esse entendimento foi defendido por Sueli Carneiro (2005) quando a autora retoma o conceito de epistemicídio de Boaventura de Sousa Santos (1997) e afirma que se trata da produção de indigência cultural, tanto porque deslegitima um conhecimento em detrimento do outro, quanto porque retira a possibilidade dos povos subjugados de acessarem o conhecimento legitimado.

Dessa forma, frisa-se que a ciência que se pretende universal é insuficiente para analisar o impacto da colonialidade na saúde e na vida das comunidades negras que vivem no campo, visto que foi construída, sem ouvi-las e sem considerar a humanidade e a contribuição civilizatória dessas famílias e comunidades.

Nesse sentido, Luiz Rufino (2019) apresenta um caminho pertinente para pensar uma perspectiva teórico-prática contrária à monologização do mundo: a noção de encruzilhada. Tal noção, vinculada ao orixá Exu, vai de encontro aos binarismos, posto que compreende as possibilidades de forma complexa, ampla, forjada nas arestas, na bricolagem. No encruzo, compreende-se que o universalismo e a razão totalitária produz a destruição dos múltiplos saberes praticados durante séculos. “A encruzilhada-mundo emerge como horizonte para credibilizarmos as ambivalências, as contaminações, as dobras, os atravessamentos, os não ditos, as múltiplas

presenças, sabedorias e linguagens, ou seja, as possibilidades” (RUFINO, 2019, p. 18).

Essa compreensão direcionou a nossa escolha pelo uso do estudo de caso e pesquisa narrativa. As entrevistas narrativas realizadas com moradores de Serra Verde e profissionais de saúde foram fundamentais para alcançar as experiências e percepções dos/as entrevistados/as, dando-lhes liberdade para escolher o ponto de partida e oferecendo a possibilidade de aprofundarem os elementos sobre saúde, doença e cuidado que julgaram pertinentes. Durante as entrevistas, os/as narradores/as apresentaram as perspectivas, histórias e memórias que para eles/as eram relevantes.

Vale salientar os desafios de realizar uma pesquisa nessa perspectiva, especialmente no contexto do campo, tendo como interesse de estudo uma realidade comunitária e quilombola, com os entraves, as demandas e potencialidades que esta oferece. Para a pesquisa narrativa o tempo para a escuta, criação de vínculos e uma relativa aproximação com a realidade, para então falar sobre ela é imprescindível.

A pandemia do COVID-19, junto à necessidade do tempo, também se constituiu um obstáculo ao desenvolvimento da pesquisa. Embora toda a comunidade estivesse vacinada, o contexto dificultou a proposição de atividades coletivas, assim como, limitou mais possibilidades de encontros com a comunidade e com os/as profissionais de saúde. As distâncias, além de tornar os trajetos mais caros, algumas vezes inviabilizavam o encontro com mais de uma pessoa no mesmo dia, sendo necessário muitos ajustes na agenda durante o trabalho de campo.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Para alcançar o objetivo de analisar a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado da população negra residente na comunidade Serra Verde, foi realizada uma abordagem qualitativa por meio da estratégia de estudo de caso e pesquisa com narrativas. A abordagem qualitativa se justifica pelo interesse em compreender as experiências e sentidos atribuídos pelos interlocutores/as da pesquisa ao objeto do estudo. Como afirmam Bauer, Gaskell e Allum (2002, p. 21) “na pesquisa social, estamos interessados na maneira como as pessoas espontaneamente se expressam e falam sobre o que é importante para elas e como elas pensam sobre sua ação e as dos outros”.

O estudo de caso, segundo Goldenberg (2004), se refere à exploração intensa e detalhada de um único caso para o conhecimento holístico do fenômeno estudado. Associado a entrevistas em profundidade, é possível analisar o significado atribuído pelos indivíduos às situações. O estudo de caso permite uma variedade de técnicas, informações, dados e evidências e pode ser utilizado para compreender fenômenos sociais complexos, como a expressão do racismo na formação de uma comunidade quilombola rural e no processo saúde, doença e cuidado dessa comunidade.

De acordo com Yin (2015), a estratégia de estudo de caso pode ser utilizada para responder a questões relativas a “por que” e/ou “como” para fenômenos contemporâneos, quando o contexto não pode ser desconsiderado no estudo. Ou seja, o autor afirma que quando o contexto é “altamente pertinente” ao estudo, é possível utilizar o estudo de caso, podendo ser de caso único ou múltiplo.

Com base nas definições de Riessman (2008), as narrativas são uma modalidade de estudo de caso. Gubrium e Holstein (2009) acentuam o caráter social da produção de narrativas como algo onipresente e central na vida em sociedade e destacam que a pesquisa narrativa se interessa pela vida e como ela é vivida, pela experiência historicamente situada e localizada. As narrativas, portanto, são compreendidas como produção social situadas e endereçadas a alguém, e embora sejam vividas como biografias, são construídas coletivamente.

Gubrium e Hosltein (2009, p. 25) afirmam que mais do que analisar subprodutos textuais, a análise deve incorporar o contexto da produção das narrativas, com isso, apresentam a etnografia narrativa como alternativa. A etnografia narrativa, segundo eles, “focaliza a atividade narrativa cotidiana que se revela na interação situada. Ela implica no reconhecimento da miríade de camadas de contexto social que condicionam a produção de narrativas”.

Dessa forma, se enfatiza que as narrativas não são neutras, visto que são elaborações da experiência social e situam ao mesmo tempo histórias pessoais e coletivas. Sobre as funções da narrativa, Riessman (2008) afirma que ela serve para lembrar o passado, para formular argumentos, para persuadir, para envolver o ouvinte na experiência de quem narra e para engajar a mobilização coletiva.

Para Javchelovitch e Bauer (2012, p. 91) por meio das narrativas “as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que confrontam a vida individual e social”. Os autores também enfatizam que todas as

experiências humanas podem ser expressas na forma de uma narrativa e que nas narrativas as perspectivas particulares do grupo social são preservadas de forma mais autêntica. As histórias são elaboradas com palavras e sentidos em consonância com a experiência e modo de vida próprias de quem as conta.

Castellanos (2014) destaca o crescente interesse das pesquisas qualitativas em saúde pelas narrativas, destacando a importância dessa abordagem para as ciências sociais em saúde. Nesse campo, a pesquisa narrativa contribui com a compreensão das experiências de adoecimento e cuidado em saúde. Busca-se romper com as narrativas hegemônicas do “imperialismo médico” e do saber biomédico em favor de outras racionalidades no cuidado em saúde, ouvindo aquele/a que deve ser o centro do cuidado. Desse modo, o objeto de estudo desta pesquisa, ao se interessar pela compreensão de diferentes atores acerca do processo saúde-doença-cuidado de uma comunidade negra do campo, delineia um terreno fértil para o uso das narrativas.

4.2 “SERRA VERDE É UMA GRANDE FAMÍLIA”: SOBRE O LOCAL DO ESTUDO

A comunidade quilombola Serra Verde está localizada na zona rural do município de Caruaru – PE, aproximadamente a 13 km do centro da cidade, fica próxima aos sítios: Antas, Tapuia, Jucá e Caldeirão, ninguém na comunidade conseguiu explicar o porquê do nome. Os principais meios de transporte são o ônibus ou a Toyota, que são jipes bastante utilizados nessa região como meio de transporte alternativo para as pessoas e cargas, produtos indo ou voltando da feira de Caruaru. Estes transportes coletivos circulam apenas na PE-95, na via principal, sentido Riacho das Almas ou sentido Centro. De Toyota, o custo da passagem de Serra Verde a Caruaru é R\$ 4,00.

Apenas os transportes particulares circulam nas estradas vicinais, o que significa que quando precisam se locomover, os moradores de Serra Verde caminham até a estrada principal para pegar um transporte, que funciona, em sua maioria, até às 17:30 ou 18:00 horas. Ao cair do dia, o fluxo de Toyota e ônibus vai diminuindo, até não passar mais transporte coletivo. Em um dos dias de trabalho de campo precisei pegar carona na estrada, pois não havia mais transporte para voltar ao centro. À espera da Toyota, a depender do horário, eu encontrava companhia para uma conversa, pessoas que estavam indo para a feira, indo pagar um boleto no centro,

indo trabalhar, indo visitar um familiar e até indo levar o filho para cortar o cabelo. Abaixo, um registro fotográfico de uma Toyota em Serra Verde.

Fotografia 2 – Foto de uma Toyota estacionada às margens da PE-095



Fonte: A autora, 2021.

A comunidade está localizada à margem da PE-95, próximo ao município Riacho das Almas. Ainda na rodovia é possível ver a igreja católica São José, capela da qual a comunidade se orgulha de ter construído no terreno que fora doado para esse fim. Do outro lado da estrada está localizada a escola municipal e a sede da associação, que também é o ponto de apoio da Unidade Básica de Saúde de Serra Velha. Em frente à sede da associação, avistando a igreja, é possível assistir a um bonito pôr do sol, quando a temperatura vai baixando e sopra um vento gelado, mesmo no verão. O clima da região é do tipo semiárido, possuindo verões quentes e secos e invernos amenos e chuvosos.

A maioria das famílias que residem na comunidade são moradores antigos, que nasceram e cresceram em Serra Verde. Porém, nos últimos anos tem ocorrido um

processo de loteamento do território, o que tem atraído outras pessoas para o local. Além do loteamento, existem algumas chácaras e uma fazenda, que aparentemente é a maior propriedade de Serra Verde e destoa bastante da característica geral do lugar. Ao que foi dito na elaboração do mapa falado, a fazenda não faz parte do quilombo, o proprietário não mora no local e não estabelece vínculos cotidianos com a comunidade. Sobre o tempo de existência da comunidade, não se sabe com precisão, mas é certo que tem mais de 100 anos, posto que o morador mais antigo da comunidade tem 95 anos e a comunidade precede muitos anos o seu nascimento.

O quilombo não possui a certificação junto a Fundação Cultural Palmares, e embora esse processo tenha sido iniciado em 2015, a comunidade está (re)construindo sua identidade quilombola. O debate em torno da identidade comunitária foi resgatado pela vacinação que ocorreu no contexto da pandemia de COVID-19, em que quilombolas fizeram parte do grupo prioritário. Nesse sentido, a escolha do território para desenvolvimento do estudo se justifica por ser uma comunidade predominantemente negra, que vive no campo e com algumas barreiras para a garantia de direitos como saúde, transporte, trabalho, lazer, educação e previdência social.

Serra Verde é formada por aproximadamente 4.534 pessoas, tendo como a principal fonte de renda trabalhos relacionados à costura: fabrico, facção, remoção de pêlo de jeans ou lavanderia de jeans. Estas atividades são demandadas pelo polo de confecção de jeans, muito ativo em Caruaru e municípios vizinhos como Toritama e Santa Cruz do Capibaribe. O trabalho na agricultura, que já foi o principal meio de subsistência da comunidade tradicionalmente agricultora, foi perdendo força devido à ausência de políticas públicas de fomento à agricultura de base familiar no contexto do semiárido. Mesmo assim, é possível ver nos quintais das casas árvores frutíferas, leguminosas e pequenas criações de animais. Outras fontes de renda consistem nas aposentadorias, trabalho nos serviços públicos, pequenos comércios e benefícios sociais.

Apesar da subjugação e negativa de direitos, a comunidade de Serra Verde possui muitas potencialidades expressas na sua história e nos elementos de resistência da cultura negra presentes no seu cotidiano, como o grupo de capoeira “Raça nobre”, os trançados nos cabelos das mulheres, o fortalecimento e cuidado comunitário e o sentimento de pertencimento e identificação com o território. Na primeira vez que estive na comunidade havia cartazes afirmando que Serra Verde é

uma grande família, logo após os primeiros contatos, essa me pareceu a síntese mais assertiva para apresentar o lugar.

O encontro com a comunidade quilombola Serra Verde ocorreu a partir da minha inserção no projeto *Ítòjú Ìlérà L'ókò*: cuidados primários para saúde da população negra, que foi desenvolvido pela 6ª turma da RMSFC. O planejamento anual e eixos de trabalho do projeto contemplaram espaços virtuais de formação sobre saúde da população negra do campo, atividades de educação em saúde em terreiros de axé e atividades de fortalecimento comunitário em Serra Verde. As atividades desenvolvidas em Serra Verde tinham como objetivo geral reconstituir e registrar a história da comunidade, etapa bastante importante para o processo de certificação junto a FCP, e fortalecer a organização comunitária através da associação dos/as moradores/as. No sentido de registrar a história do território, foram gravadas entrevistas com o mais velho e a mais velha, a fim de registrar em material audiovisual as falas deles, patrimônios vivos de Serra Verde. Este trabalho de confecção do documentário foi desenvolvido pelo projeto Campo Comunica, idealizado por residentes da mesma turma, em parceria com o Ítòjú.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA E FONTES DE DADOS

No presente estudo, foram utilizadas as seguintes ferramentas de pesquisa: observação e anotações no diário de campo, entrevistas narrativas e análise do Diagnóstico Rural Participativo realizado pela RMSFC, assim como utilizou a pesquisadora Oliveira (2020) em acordo com a estratégia proposta por Denzin e Lincoln (2006). As autoras orientam a postura do *bricoleur* para pesquisadoras/es qualitativos, que consiste em utilizar ferramentas diversas que estejam ao alcance e dialoguem com as questões de pesquisa.

Para responder ao objetivo específico 1) Identificar as necessidades em saúde da comunidade de Serra Verde, Caruaru - PE foram revisitados áudios e fotografias do Diagnóstico Rural Participativo (DRP) elaborado pela RMSFC (2020-2022) no dia 07 de agosto de 2021. O DRP é uma metodologia na qual a comunidade constrói seu próprio diagnóstico, servindo de instrumento para coleta de dados, estímulo ao autoconhecimento comunitário e orientação para o planejamento da ação política (VERDEJO, 2010).

As ferramentas utilizadas foram o mapa falado, em que os comunitários desenharam seu território de acordo com suas percepções de espaços e dispositivos de integração sociocultural disponíveis; e a matriz FOFA, em que coletivamente a comunidade elenca as Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças do território. Após a elaboração do mapa, os comunitários identificaram os fatores de risco e proteção à saúde e vida do território, o que permitiu compreender a dinâmica do território em seus arranjos, identidades e necessidades em saúde (BEZERRA et al., 2021). Além do DRP, as entrevistas e anotações do diário de campo também serão utilizadas para identificar as necessidades em saúde da comunidade.

Para responder aos seguintes objetivos específicos: 2) analisar como a comunidade de Serra Verde compreende o processo saúde-doença-cuidado; 3) analisar como profissionais de saúde e gestores que assistem a comunidade de Serra Verde compreendem o processo saúde-doença-cuidado da comunidade e 4) compreender como profissionais de saúde e comunitários percebem a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado foram analisadas as entrevistas narrativas e as anotações do diário de campo.

4.3.1 Entrevista narrativa

Seguindo as recomendações detalhadas de Gaskell (2002), para a entrevista individual, o/a pesquisador/a inicia com breves comentários sobre a pesquisa, algumas palavras de agradecimento ao interlocutor/a e pedido para iniciar a gravação. Antes da entrevista é necessário preparar os tópicos ou perguntas que guiarão a sessão, o que Javchelovitch e Bauer (2012) chamam de questões exmanentes, formuladas com base nos interesses da pesquisadora e nas investigações preliminares.

Nesta pesquisa, os tópicos dizem respeito a compreensão dos sujeitos acerca do processo saúde, doença e cuidado; das necessidades em saúde da comunidade de Serra Verde e da relação entre o racismo e a saúde. Inicialmente, os/as interlocutores/as foram orientados/as a realizar uma narração livre, seguindo as recomendações para entrevistas narrativas. Caso a narração não apresentasse todos os elementos dos objetivos da pesquisa, eram realizadas perguntas do roteiro que está no apêndice.

Seguindo as recomendações de Javchelovitch e Bauer (2012) a entrevista narrativa requer que seja lançada uma pergunta norteadora, a fim de estimular que a/o informante narre livremente suas experiências. Nesta perspectiva, deve-se interromper o mínimo possível, para que as experiências dos/as interlocutores sejam priorizadas. O esquema de narração substitui o esquema pergunta-resposta que define a maioria das situações de entrevista. “O pressuposto subjacente é que a perspectiva do entrevistado se revela melhor nas histórias onde o informante está usando sua própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos” (JAVCHELOVITCH; BAUER, 2012, p. 95).

Após a preparação e formulação do tópico inicial para narração, inicia-se a fase 2, em que ocorre a gravação central que não deve ser interrompida até uma nítida “coda”, quando o entrevistado dá sinais que a história terminou. Nessa fase, restringe-se a uma escuta ativa e estímulos não verbais e paralinguísticos como “humhum”, “sim”, “sei”. Após a coda, ainda podem ser lançadas frases como “é tudo que gostaria de me contar?”, “haveria ainda alguma coisa que você gostaria de dizer?”. É importante também que o/a entrevistador/a anote questões pertinentes para aprofundar na terceira fase da entrevista, em que será possível fazer questionamentos tanto para completar as lacunas da história quanto para responder aos tópicos do projeto de pesquisa, o que os autores chamam de questões imanentes. A última fase diz respeito à finalização da entrevista, em que o gravador é desligado e dá espaço para conversas informais que podem ser registradas no diário de campo (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2012).

As etapas e orientações da entrevista narrativa podem ser observadas no seguinte quadro:

Quadro 1 - Fases principais da entrevista narrativa segundo Javchelovitch e Bauer.

Fases	Regras
Preparação	Exploração do campo Formulação de questões exmanentes
1. Iniciação	Formulação do tópico inicial para narração Emprego de auxílios visuais

2. Narração central	Não interromper Somente encorajamento não verbal para continuar a narração Esperar para os sinais de finalização (“coda”)
3. Fase de perguntas	Somente “Que aconteceu então?” Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes Não discutir sobre contradições Não fazer perguntas do tipo “por quê?” Ir de perguntas exmanentes para imanentes
4. Fala conclusiva	Parar de gravar São permitidas perguntas do tipo “por quê?” Fazer anotações imediatamente depois da entrevista

Fonte: Javchelovitch e Bauer (2012, p. 97)

As entrevistas narrativas foram audiogravadas e transcritas posteriormente pela pesquisadora. A pergunta norteadora e as perguntas complementares estão no apêndice, no protocolo de coleta de dados.

4.3.2 Observação e anotações no diário de campo

Segundo Gubrium e Holstein (2009), o trabalho de campo deve ser cuidadosamente registrado, visto que o foco da análise deve ir além da organização textual das narrativas, por isso é preciso estar atento ao que contextualiza os textos narrativos. É necessário prestar atenção, como habilidade metodológica, naquilo que possibilita aos sujeitos contar a história.

O diário de campo, de acordo com Benedito Medrado, Mary Jane Spink e Ricardo Mélo (2014) possui diversas possibilidades de uso como ferramenta de pesquisa. Os autores compreendem o diário como um instrumento vivo, que acompanha o/a pesquisador/a durante o exercício da pesquisa e pode ser revisitado para orientar o processo, acolhendo as impressões de toda ordem: “dos deslumbramentos às decepções; das desconfianças aos questionamentos à incerteza que mobiliza”.

O diário, como afirmamos, é um atuante: com ele e nele a pesquisa começa a ter certa fluidez, à medida que o pesquisador dialoga com esse diário,

construindo relatos, dúvidas, impressões que produzem o que nominamos de pesquisa. Esse companheirismo rompe com o binarismo sujeito-objeto, tornando o diário também um ator/atuante que permite a potencialização da pesquisa (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014, p. 278).

Os autores definem três possibilidades para o uso do diário de campo: diários como atuantes na pesquisa, diários como estratégia de adensamento das análises, diários como textos que compõem o corpus de análise. Nesse sentido, foi utilizado esse instrumento a partir das três funcionalidades possíveis. As anotações no diário ocorreram em todos os momentos em que estive em Serra Verde. Seja para marcar e realizar as entrevistas, seja para acompanhar as atividades coletivas na associação dos moradores.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas e organização do material coletado, foi realizada uma leitura atenta e cuidadosa a fim de compreender o sentido do todo. A análise ocorreu com base na condensação de significados proposta por Kvale (1996). A técnica consiste em sistematizar os significados encontrados no conteúdo. Na técnica de condensação, o/a pesquisador/a busca as unidades naturais ou núcleos de sentido no texto transcrito. As unidades naturais são extratos das falas dos/as entrevistados/as, que contêm a ideia central em formato condensado. Logo em seguida, são identificados os temas centrais contidos nas unidades naturais. Por último, sintetizam-se as descrições essenciais para responder à pergunta analisada. Esta técnica prevê os seguintes momentos:

- a) Leitura atenta das entrevistas;
- b) Identificação das unidades de significados naturais;
- c) Definição dos temas centrais relacionado às unidades naturais, a partir da compreensão do que foi expresso na entrevista;
- d) Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos do estudo;
- e) Descrição essencial dos temas identificados na entrevista, relacionando-os aos objetivos da pesquisa.

Quadro 2 - Condensação de significados com unidades naturais de análise, seus temas centrais e a descrição essencial.

Condensação de significados	
Entrevistado/a: Pergunta condutora/roteiro:	
Unidade naturais (da entrevista)	Temas centrais
Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa. Unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos.	Apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, da forma mais simples possível.
Descrição Essencial da questão de pesquisa - Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento da pesquisa se deu de acordo com algumas etapas: Inicialmente foi solicitada a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru; em seguida, o projeto foi submetido e aprovado (nº do parecer: 5.188.441; CAAE: 2059021.7.0000.5190) pelo Comitê de Ética do IAM/Fiocruz por estar condizente com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO).

Posteriormente, foi realizado contato com a equipe de Saúde da Família de referência para a comunidade de Serra Verde e com o presidente da associação dos moradores para apresentar a pesquisa e realizar os convites para as entrevistas. Para esse momento também foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a finalidade de que as/os participantes estivessem informadas/os sobre os detalhes da pesquisa, riscos, benefícios e demais questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos.

O trabalho de campo foi realizado durante os meses de agosto de 2021 e janeiro de 2022. Inicialmente, o trabalho se deu a partir da participação em atividades no território, reunião para aplicar ferramentas do DRP e participação na festa dos 30

anos da associação. Posteriormente, após aprovação da pesquisa no Comitê de ética, foram realizadas as entrevistas, em janeiro de 2022.

5 NARRATIVAS SOBRE SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO: TERRITORIALIDADE QUILOMBOLA, DETERMINAÇÃO SOCIAL E NECESSIDADES EM SAÚDE

Com o objetivo de analisar a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado da população quilombola de Serra Verde, este capítulo apresenta os resultados e discussões obtidos durante a pesquisa, alcançados à luz da determinação social em saúde e da perspectiva de Beatriz Nascimento sobre comunidades quilombolas, que, embora subjugadas pelo racismo, se organizam para (re)construir a “paz quilombola” coletivamente.

As narrativas foram produzidas em diferentes encontros e apontam para diversas experiências e concepções que se conformam no “fazer saúde” da população negra do campo. Porém, importa destacar que embora sejam vividas como biografias e experiências particulares dos/as interlocutores/as, as narrativas constituem a realidade social de Serra Verde, visto a afirmação de Riessman (1993) de que “as narrativas informam a realidade social”.

Cada interlocutor/a foi convidado/a a narrar suas experiências, e o fez a partir das suas próprias lentes sobre Serra Verde, sobre os serviços que possuem ou são desprovidos e sobre as diferentes maneiras de promover e cuidar da saúde.

5.1 SUJEITOS DO ESTUDO: DOS ENCONTROS COM QUEM NARRA E O CONTEXTO DAS ENTREVISTAS

Para a coleta de dados da pesquisa junto à comunidade e aos profissionais de saúde foram convidadas pessoas com diferentes perfis. As entrevistas narrativas foram realizadas com três profissionais de saúde que prestam assistência a Serra Verde, sendo: um profissional residente da RMSFC, uma profissional de nível superior da UBS e uma profissional de nível médio da UBS. O critério adotado para convidar os profissionais de saúde versou sobre a construção do vínculo, maior tempo de atuação na comunidade e engajamento na assistência à saúde do território. Foram entrevistadas também três pessoas da comunidade de Serra Verde, sendo critério para realização do convite ser uma pessoa negra, ter histórico de engajamento comunitário e ter passado a maior parte da vida em Serra Verde. Buscou-se priorizar a heterogeneidade de gênero e faixa etária entre os/as participantes. Nesse sentido,

dialogamos com duas mulheres, uma mais velha e uma jovem e um homem de meia idade.

Além das narrativas produzidas durante as entrevistas, registra-se ainda o que foi narrado em alguns encontros, com conteúdo tão importantes quanto os que surgiram nas situações de entrevistas, assim como orienta o trabalho com a etnografia narrativa.

A seguir, serão apresentados/as os/as interlocutores/as da pesquisa, na ordem da realização das entrevistas, com um breve relato do contexto de cada encontro. Em respeito ao preceito ético, serão utilizados nomes fictícios de origem africana. A escolha por esses nomes deve-se à importância do ato de nomear para a cultura africana, como estratégia para reafirmar a identidade e a existência da história milenar do continente. Os nomes utilizados foram escolhidos com base em características marcantes do/a interlocutor/a. Utilizou-se como referência “O livro dos nomes africanos”, de autoria de Molefi Kete Asante (2019).

5.1.1 Abeid

Abeid – “Ele é um líder”.
Região oriental da África.

A entrevista com Abeid foi a primeira a ser realizada. Nós já havíamos sido apresentados, mesmo de forma breve, em atividades anteriores realizadas em Serra Verde, no aniversário da associação quilombola e na reunião sobre as principais necessidades e demandas do território. Apesar de parecer um homem de poucas palavras, um pouco mais reservado, compreendi que era importante entrevistá-lo porque ele está há muitos anos à frente da associação de moradores e poderia trazer um pouco sobre o histórico de organização da comunidade, as principais necessidades, entre outras questões.

Fui à escola onde ele trabalha como porteiro para falar um pouco sobre os objetivos e metodologia da pesquisa, e nesse momento o convidei para participar. Prontamente ele aceitou, passou o seu telefone e disse para eu avisar o dia e o horário da entrevista via WhatsApp. Poucos dias depois, marcamos a entrevista.

No dia marcado nos encontramos na escola onde ele trabalha, às 10 horas da manhã e seguimos para o ponto de apoio da unidade de saúde, que também é sala de aula da escola municipal e sede da associação. Na entrevista, ele fala sobre o

processo de certificação da comunidade, a dificuldade de não ter médico e dentista no ponto de apoio, questões relativas ao acesso à água, à organização da comunidade para construir por conta própria a igreja e o ponto de apoio da comunidade e sobre o uso de plantas e remédios caseiros, e mais recentemente, automedicação com os fármacos realizada pelos comunitários.

5.1.2 Kakuyon

*Kakuyon – “Ele arma o povo”.
Região central da África.*

Convidei Kakuyon porque ele consolidou vínculo com o território e tem bastante propriedade sobre o cuidado que foi oferecido, durante os dois anos de formação, pela RMSFC na comunidade de Serra Verde, Kakuyon é um profissional de saúde negro, militante e bastante comprometido com a defesa do SUS, veio de outro estado especialmente para fazer a residência do campo. Ele esteve à frente do projeto *Ítòjú*. Foi ele quem me convidou para participar do projeto e me apresentou ao território. Kakuyon é bastante conectado à mística e à arte, sempre insere músicas e poesias para se fortalecer e fortalecer quem está por perto. Ao fim da nossa entrevista, ele leu o poema “Por que cantamos” de Mario Benedetti.

Kakuyon tem boa memória e narra os acontecimentos com riqueza de detalhes. Como estava no processo de finalização da residência, utilizou o espaço da entrevista para elaborar a experiência, se emocionou, chorou, sorriu e também avaliou especialmente a sua elaboração sobre o processo saúde, doença, cuidado da comunidade quilombola Serra Verde.

Ao fim da gravação, Kakuyon comentou que esqueceu uma questão muito importante. Ele avalia que a composição de sua equipe, majoritariamente branca, também influencia na oferta dos serviços de saúde, visto os limites para compreender a questão negra e quilombola, apesar da abertura e disponibilidade para aprender. Ele fala sobre a interferência do racismo em todos os aspectos da vida nesse território e a necessidade de um olhar direcionado para isso, que só é possível se houver formação para esse fim.

5.1.3 Idomenyin

Idomenyin – “Esperança.”
Região ocidental da África.

A entrevista foi marcada para uma segunda-feira à tarde. Isso porque segunda e domingo são os únicos dias em que Idomenyin tem folga do trabalho. Combinamos de nos encontrar na pracinha, que fica ao lado da igreja, à margem da PE 95. Chovia em Caruaru e a pista estava um pouco molhada, o que deixava o clima bastante agradável. Estando no transporte, a caminho de Serra Verde, vi uma toyota em que o motorista havia perdido o controle da direção, saiu da pista e bateu em um poste. Alguém comentou que ele tinha cochilado.

A estrada não é duplicada, é estreita e tem algumas curvas. Lembrei que apesar de gostar bastante de andar de Toyota (pelas boas conversas que ouço, pelas músicas sertanejas que acompanha a viagem e por permitir ver a vista bonita da estrada), sempre me senti insegura nesse transporte; porque dificilmente o cinto de segurança funciona e as pessoas ficam muito expostas em estradas que são de grande porte, onde muitos carros, inclusive de cargas, circulam. De todo modo, era assim que eu ia trabalhar durante a residência e foi assim que realizei as entrevistas em Serra Verde.

Quando cheguei em Serra Verde, Idomenyin já me esperava, estava com sua moto estacionada na mercearia/bar que fica na beira da estrada, ainda chovia um pouco. Sentamos para iniciar a entrevista lá, mas tinha um homem jovem que aparentava estar sob efeito do álcool, sentado na barraca, ainda bebendo. Ele começou a falar mal do posto de saúde, talvez por ter ouvido algo da minha conversa com Idomenyin: “E Serra Verde tem posto?” “Qual o posto de Serra Verde?” “Se me perguntar eu digo a qualquer pessoa, aqui não presta nada, se precisar de atendimento tem que ir lá para Serra Velha”. Aproveitamos que a chuva passou e fomos para a pracinha, lá iniciamos a entrevista com mais privacidade.

Idomenyin contou com muita animação e orgulho que vai iniciar o curso de bacharelado e licenciatura em Educação Física, na Asces, onde ela conseguiu bolsa de estudo integral. O ensino superior é um sonho antigo de Idomenyin. Ela pretende conciliar o estudo com o trabalho na lavanderia de jeans. Inclusive, falou que vai ser “fichada”, em breve o patrão vai assinar a sua carteira de trabalho. Ela pretende trabalhar durante o dia e estudar à noite, e precisará combinar com o patrão para

largar mais cedo depois que as aulas começarem. Por enquanto, está fazendo cerção (prática de estender a jornada de trabalho para à noite em tempos de alta demanda) para guardar dinheiro antes da faculdade começar, largando do trabalho às 20 horas todos os dias.

A maior preocupação dela é o transporte. Como a faculdade fica na área urbana, Idomenyin precisa garantir uma forma de chegar lá todos os dias. Ela disse que buscou a prefeitura de Riacho das Almas e fez um cadastro para utilizar o transporte que é ofertado pelo município para os alunos que estudam à noite, pois Caruaru não possui esse serviço, inclusive falou que se tivesse o título de eleitora de Riacho das Almas, ela conseguiria um auxílio mensal de R\$ 100,00, um incentivo que a prefeitura concede aos estudantes de nível superior.

Na entrevista, Idomenyin falou sobre sua relação com Serra Verde: “Serra Verde é meu xodó, eu não saio daqui”. Ela afirma que quer continuar lá, que não menospreza o seu trabalho atual, mas busca por condições melhores de vida e trabalho. Falou que tem sua casa própria, que conseguiu construir com recurso público e zela muito por seu “cantinho”. Contou das suas primas de Serra Verde que hoje são fisioterapeutas e precisaram sair de lá para trabalhar. Ela não pretende fazer o mesmo.

Por tudo que foi dito em nossos encontros é possível perceber que Idomenyin é cheia de sonhos. É uma mulher jovem, trancista e gosta muito de plantar. Ela é bastante engajada nos assuntos coletivos da comunidade, já trabalhou como recepcionista no posto de saúde e agora trabalha na lavanderia de jeans.

5.1.4 Nomusa

Nomusa – “Ela é misericórdia”.
Região sul da África.

Conheci Nomusa nas primeiras atividades da associação em parceria com a residência (projeto Ítòjú e campo comunica). Nomusa é bastante religiosa, engajada e herdou a profissão da mãe, que foi ACS de Serra Verde durante muitos anos. Nomusa é ACS de um sítio vizinho, mas acaba sendo referência também para Serra Verde, que é uma área descoberta, o que a deixa sobrecarregada.

A primeira vez que fui a casa de Nomusa foi acompanhando a equipe do Ítòjú para realizar uma gravação de entrevista com a sua mãe. Ela estava se organizando

para ir em algum evento da igreja, se arrumava e passava as roupas da igreja. Ela também demonstrou muito cuidado e preocupação com a sua mãe. Nesse momento, conversei sobre a pesquisa e ela falou que eu poderia pegar o seu telefone. Algumas semanas depois, estive na comunidade e fui a sua casa para marcar o dia da entrevista, mas ela tinha caído de moto e estava machucada. Voltei lá dias depois para visitá-la. Nomusa estava bem melhor, mas achamos melhor marcar a entrevista para depois. Nesse dia ela recebeu orientações do fisioterapeuta e em seguida nos serviu um grande lanche com café, biscoitos e pipoca.

Quando ela melhorou, realizamos a entrevista no ponto de apoio da unidade de saúde, no mesmo local que entrevistei Abeid. Durante a entrevista, pediu para eu pausar a gravação algumas vezes, quando se sentia desconfortável com o que ia contar. Ao fim da entrevista, como gesto de carinho, Nomusa encomendou pastéis para lancharmos.

5.1.5 Anuli

Anuli – “Alegria”.
Região Ocidental da África.

Eu sempre via a Anuli quando visitávamos Molefi. Ela geralmente estava sorridente, conversava pouco, ao mesmo tempo em que era receptiva. Na nossa primeira visita nos ofereceu doce feito por ela e montou entusiasmada um cardápio de almoço com fava e castanha de caju, quando Molefi nos convidou para almoçar. No dia em que realizei esta entrevista, meu plano era convidar Molefi para participar da pesquisa, porém, quando cheguei a casa deles, não tinha ninguém. A vizinha avisou que eles tinham saído para participar do grupo de idosos conduzido pelo CRAS, que estava sendo realizado na associação quilombola de Serra Verde. Como já estávamos no fim da manhã, resolvi aguardar, junto com Kakuyon, alguns minutos para dar tempo de eles chegarem. Aguardamos na casa de uma vizinha, que nos ofereceu doce caseiro enquanto mostrava encaminhamentos e receita médica do município de Riacho das Almas, município vizinho a Caruaru onde a comunidade de Serra Verde procura atendimentos em saúde. Ela precisava fazer uma cirurgia no Hospital das Clínicas, mas não tinha informações suficientes sobre o processo. Kakuyon buscou agendar uma consulta para ela no posto de saúde e pegou os dados para realizar um encaminhamento para fisioterapia em Caruaru. Prontamente ela se

animou para fazer a fisioterapia, pois iria aliviar suas dores, mas ao fazer as contas de quanto gastaria de passagem para realizar as sessões, viu que não era possível.

Quando Molefi e Anuli chegaram, Kakuyon examinou Molefi (afериu a pressão arterial, mediu a glicemia), ele estava bem, mas um pouco letárgico. Anuli nos contou que ele havia ido em uma consulta particular em Caruaru e a médica receitou um medicamento “para ele dormir”. Para não tomar o medicamento junto com o anti-hipertensivo, a família suspendeu o anti-hipertensivo, sem orientação médica. A medicação para ansiedade foi prescrita em decorrência de uma situação pontual. Molefi estava ansioso porque suas filhas, que ele não via há anos pois moram em São Paulo, estavam indo visitá-lo. Diante desse contexto, decidi que não era oportuno entrevistá-lo e fiz o convite para Anuli, que rapidamente aceitou.

Anuli foi merendeira por muitos anos, foi demitida do trabalho durante a pandemia. Realizamos a entrevista no seu quintal, a gravação tem ao fundo o som de música e do galo cantando. Ela falou sobre a importância da alimentação na prevenção de doenças crônicas e evidenciou algumas vezes durante a entrevista a importância do autocuidado.

5.1.6 Camara

*Camara – Aquela que ensina através da experiência.
Região ocidental da África.*

A escolha por convidar Camara, que é profissional de saúde da UBS Serra Velha, se justifica por ela ser a profissional de nível superior que está há mais tempo na equipe. Quando fui até a UBS convidá-la para a entrevista, Camara não estava, pois era dia de atendimento em um ponto de apoio. Nesse dia não nos encontramos, apenas conheci a unidade.

Para ir a Serra Velha, local onde está a UBS, existe a limitação do transporte. Tem Toyota para chegar, mas não passa regularmente, por isso, me aconselharam a ir de ônibus. O ônibus passa nas proximidades do bairro Universitário, local onde eu estava hospedada, pontualmente às 08:00 horas. Se eu fosse antes ou depois disso, poderia ocorrer de esperar na parada uma Toyota para Serra Velha e voltar para casa sem sucesso. Outro detalhe é que o ônibus volta pontualmente às 11:00 horas.

Diante disso, entrei em contato com Camara por telefone. Ela prontamente aceitou participar, mas entramos no dilema do horário e local para realização da

entrevista. Camara só podia me atender em seu intervalo para o almoço, quando acabava os atendimentos, mas, como foi dito, às 11:00 horas passava o último ônibus para Caruaru e depois disso eu não tinha nenhuma garantia de transporte para voltar. Cogitei solicitar um carro por aplicativo, mas os motoristas não aceitam corrida para lá. Cheguei a perguntar a um motorista quanto ficaria para me levar na unidade, aguardar a entrevista e me trazer para o bairro Universitário. Ele cobrou R\$ 250, o que era totalmente inviável para mim.

A interlocutora continuou bastante solícita para participar da pesquisa, apesar dos obstáculos com o horário. Marquei um dia com Camara para nos encontrarmos no centro de Caruaru, na sua volta do trabalho. No dia marcado ela ficou de confirmar se poderia porque estava com muitas demandas de ordem pessoal e não sabia se daria tempo. Nesse dia não conseguimos nos encontrar e voltei para Recife sem a entrevista.

Dias após, sem possibilidade de um encontro presencial para realizar a entrevista, marcamos um encontro remoto, em um dia de domingo, visto a dificuldade de conciliar transporte e horários nos dias de semana.

A entrevista com Camara foi uma conversa muito rica, rendeu reflexões sobre o processo de trabalho da equipe e sobre a implicação da comunidade no fortalecimento da Saúde da Família. Ela foi a única pessoa branca entrevistada para esse estudo.

5.1.7 Molefi

Molefi – “Ele guarda as tradições”.
Região sul da África.

Antes de conhecer Molefi ouvi muito falar dele. É um mais velho, como o povo preto diz, alguém que salvaguarda a experiência e história de uma comunidade, um legítimo narrador e contador de histórias. Um dia, antes da festa de 30 anos da associação, fui conhecê-lo. Ele gravou uma entrevista para o Projeto Campo Comunica, que, como já mencionado, junto ao Ítòjú, tinha o objetivo de registrar a história de Serra Verde e deixar essa contribuição para a comunidade.

Molefi nasceu em 17 de julho de 1927, é o mais velho de Serra Verde em vida, com 95 anos. Ele conta que já nasceu em Serra Verde e para se apresentar diz de quem é filho, inclusive, lembra a data de nascimento do seu pai: 05 de maio de 1888.

Segundo ele, os pais nasceram em Caruaru, e acredita que o pai já era de Serra Verde porque ele lembra onde a avó dele morava, que era ao lado da casa em que ele morava enquanto criança. Ele teve 18 filhos, dois morreram ainda bebês, um faleceu na fase adulta, alguns foram trabalhar em São Paulo e outros moram em Serra Verde.

Molefi gosta de conversar sobre a agricultura e a relação da alimentação com a saúde, ele conta que antigamente “tinha mais agricultura do que agora, hoje não tem agricultura não, a agricultura acabou-se”. Ele aponta que as pessoas não conseguem mais se dedicar exclusivamente ao cuidado das lavouras e isto está relacionado a uma mudança no modo de vida da comunidade. Ele começou a trabalhar na agricultura com 8 anos de idade. Plantava maniva, milho, feijão, fava, algodão, jerimum, maxixe, quiabo, coentro, cebola, alho... Diz que muita coisa era cultivada em Serra Verde.

Ele afirma que agora as pessoas querem as coisas fáceis, prontas para o consumo imediato. No lugar de cultivar o alimento em casa, preferem ir às feiras comprar. Ele nos contou que quando era jovem, tudo que precisava para a alimentação era produzido por ele e sua família, cultivavam legumes, raízes, hortaliças e frutas em casa. Mas com o tempo veio um período de seca que foi matando as lavouras. Na perspectiva de Molefi, hoje não temos saúde porque nos alimentamos de coisas que não trazem saúde, comemos o que não deveríamos, o que não somos nós, nem nossa família, que produzimos. Deixamos de nos alimentar de comida natural para comer o que ele chama de comida de fidalgo.

A conversa deste dia com Molefi foi muito produtiva, em outros encontros que tive a oportunidade de conversarmos, ele falou novamente sobre a agricultura e sobre o atendimento médico que recebia no centro de Caruaru, em clínicas particulares, menos atentos e cuidadosos do que a assistência que recebe por parte da UBS e da RMSFC.

5.1.8 Abiba

Abiba – “A amada”.
Região Norte da África.

Abiba tem 84 anos. Ela nasceu, cresceu, se casou e teve treze filhos em Serra Verde, desses, sete sobreviveram. É uma senhora muito simpática, sempre sorridente e comunicativa. A conheci em sua casa, no mesmo dia em que conheci Molefi, que é

seu irmão, também para gravar o documentário do projeto Campo Comunica. Ela nos conta que seus pais eram agricultores, ambos de Caruaru. A mãe era de outra área rural, chamada Alagado, que fica na região onde hoje é o Rafael. O seu pai já era de Serra Verde, assim como nos contou Molefi, e tinha uma casa de farinha. Sem dar muitos detalhes, Abiba relata que ouvia histórias contadas por sua avó e sua mãe, de que seu bisavô paterno foi escravizado e construiu uma comunidade com a família nessa região do Alagado.

A mãe de Abiba não pôde estudar, por isso fez questão que ela estudasse, a incentivou a aprender a ler e tinha o sonho de torná-la professora, o que ela fez por um tempo, mas deixou a profissão depois que casou para trabalhar na roça, junto ao marido, o que a deixa mais feliz do que lecionar. No tocante a agricultura, ela nos diz que chovia todo ano, portanto, era possível plantar no inverno. Os reservatórios de água, os barreiros, ficavam cheios, possibilitando o cultivo nas lavouras de Serra Verde. Segunda ela, apenas no verão os trabalhadores, especialmente os homens, precisam viajar para o Sudeste em busca de trabalho, geralmente no corte de cana. Ela conta que “sem muito inverno” outras fontes de renda e formas de trabalho se tornaram predominantes. Ela diz que agradece a aposentadoria para poder comprar as coisas na feira, já que não é possível plantar.

Além de agricultora, Abiba foi ACS da própria comunidade Serra Verde e de um sítio vizinho, durante 23 anos. Iniciou a carreira no contexto do Programa Agente Comunitário de Saúde. Em 2015 ela foi exonerada devido a idade, visto que já era aposentada como agricultora.

Abiba tem muito orgulho de ter sido ACS e ter contribuído com a saúde de sua comunidade. Além de apresentar um pouco o contexto de Serra Verde no presente e no passado, ela traz a relação dessas mudanças com a saúde da comunidade.

5.2. DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE, DOENÇA, CUIDADO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA SERRA VERDE

As narrativas foram analisadas com base na condensação de significados, como descrito na orientação metodológica, a partir dos seguintes significados: conhecimento sobre a história do território; compreensão acerca das relações raciais; equipamentos sociais da comunidade; identificação dos processos que ameaçam a saúde e vida do território; identificação dos elementos que promovem a saúde e vida

do território; práticas de cuidado no território (cuidado comunitário, cuidado tradicional/popular); práticas de cuidado do setor saúde (serviços ofertados pelo SUS); percepção do acesso aos serviços de saúde; avanços e desafios da implementação da PNSISPN e PNSIPCFA e conhecimento sobre as necessidades em saúde da população negra do campo.

As informações acima foram organizadas em três eixos temáticos: 1) “Como assim história?”: territorialidade quilombola e relações raciais em Serra Verde; 2) Determinação social em saúde da comunidade de Serra Verde: processos protetores e destrutivos da saúde e da vida; e 3) Cuidado e necessidades em saúde na comunidade quilombola Serra Verde.

5.2.1 “Como assim história?”: territorialidade quilombola e relações raciais em Serra Verde

“Porque é um direito nosso viver, sonhar, lutar e alcançar os objetivos”.
(Nomusa)

“Como assim história?” A frase que inicia esse eixo temático foi dita por Abeid quando questionado sobre o que sabia da história de Serra Verde. A frase também ilustra a reação por parte de outros/as interlocutores/as ao mesmo questionamento, que afirmaram não saber muito sobre a história do território, ao passo que compartilhavam informações importantes que contemplavam as memórias sobre a formação de Serra Verde.

O conhecimento sobre a própria história, a origem da linhagem familiar e a história da comunidade a qual pertence, é atravessado pelo projeto da supremacia branco-europeia para os países colonizados. Luiz Rufino (2019) afirma que a história não é composta apenas dos elementos conhecidos, mas também do desconhecimento produzido intencionalmente. Segundo o autor, “a história, como um ofício de tecer narrativas, investe fortemente sobre o esquecimento” (RUFINO, 2019, p. 14). Em defesa da existência única e universal em detrimento da diversidade, se produzem apagamentos e silenciamentos. É nesse contexto que se insere a narrativa dos/as interlocutores/as sobre Serra Verde.

Abeid nos conta que até poucos anos não tinha muito interesse em se apropriar da história da comunidade e promover a organização comunitária. Ele diz que passou

a buscar informações em prol da coletividade quando precisou obter crédito pelo Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) e percebeu a importância de fundar uma associação para acessar políticas públicas de fomento à agricultura. Nesse contexto, a associação foi fundada em 2001 e pouco depois foi possível obter o financiamento do PRONAF.

De acordo com o relato dos/as moradores/as, a identificação da comunidade quilombola ocorreu a partir da Secretaria de Políticas para Mulheres de Caruaru (SPM) e outros órgãos da justiça do município, que identificaram as características do território e decidiram investigar a ancestralidade e história da comunidade. Entrevistaram os mais velhos, reuniram documentos e registros da comunidade e mobilizaram um debate interno sobre o assunto. Os/As participantes da pesquisa informaram que uma trabalhadora da SPM trouxe representantes de outras comunidades quilombolas para falar sobre suas vivências. Essa ocasião os dividiu, visto que despertou o receio de que, sendo reconhecida e certificada como comunidade quilombola, a terra correspondente a Serra Verde passaria a ser propriedade coletiva.

O Decreto nº 4.887, de 2003 (BRASIL, 2003), que trata da certificação das comunidades quilombolas, preconiza em seu artigo 17, que a titulação deve ser reconhecida e registrada mediante título coletivo, o que torna a terra um bem inalienável e impenhorável. O mesmo artigo define que as comunidades devem ser representadas por uma associação legalmente constituída.

Abeid relata como foi o diálogo com a representação quilombola que veio do Piauí para uma roda de conversa sobre a certificação.

Aí ela disse que o povo quilombola lá, a terra é uma terra só. Por exemplo, a gente tem vinte hectares de terra. Ali se faz um documento para abrigar todas as famílias, se tem vinte famílias ou cinquenta famílias quilombolas, aí mora tudo naqueles vinte hectares de terra ali. Não pode ser cada um ter a sua terra individual, né? E aqui onde hoje a gente mora, cada um tem a sua terra, um tem cinco hectares, outro tem quatro, tem seis, tem dois. Aí fica difícil juntar porque no meio desse pessoal a gente mora todo mundo junto não (ABEID, 2022).

Esse debate sobre a unificação da propriedade das terras é fundamental para discutir a relação histórica do povo negro com o território, mesmo em um contexto em que os valores regidos pelo capital interferem na segurança de tornar a terra um bem coletivo, sem diferenças de hectares. Os povos originários e africano compreendem a terra essencialmente como um bem coletivo, que deve ser utilizado sob a ética da comunhão e relações de cuidado entre si e com a natureza. Em Serra Verde foi

possível identificar que a dificuldade de acesso a direitos fundamentais e ausência de formação política para compreender a importância de certificar as terras, produz nos comunitários o receio de perder um bem valioso, adquirido por familiares com tanto suor e trabalho.

A esse respeito, Rosane Oliveira (2021) afirma que a luta pela terra e território da população negra, especialmente a que vive no campo, e dos povos indígenas, representa uma concepção distinta da ideia capitalista de propriedade da terra, que a compreende como uma mercadoria que não possui valores e vínculos afetivos e/ou espiritual. Nesse ponto de vista, ainda que a violência perpetrada pelo capitalismo incida na relação com o território e que essa relação guarde contradições do modo de produção vigente e da colonialidade, para esses povos a terra permanece como referência da história ancestral.

Ainda assim, Abeid relata que em 29 de janeiro de 2015 a comunidade deu entrada no processo de certificação, com o apoio jurídico de trabalhadores de órgãos públicos da cidade de Caruaru. A consulta realizada no documento da FCP intitulado “Comunidades remanescentes de quilombos (CRQS) com processo de certificação em andamento” consta pendência de documentação da comunidade de Serra Verde, sendo eles a ata da reunião da associação, que conste que os presentes concordam e se reconhecem como quilombolas e um breve histórico da comunidade. Segundo Abeid, esses documentos foram enviados, mas em virtude do contexto de desmonte da FCP, ainda não obtiveram retorno.

Soares (2019) analisa as tendências das gestões do governo brasileiro desde 1995, quando ocorreu a primeira demarcação, no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, até 2018, no governo Temer, e conclui que apesar das conquistas, inclusive expressas nos marcos jurídicos-formais, o estado brasileiro permanece negligente no dever de reconhecer as comunidades quilombolas e garantir os seus direitos. Esta tendência esteve presente e acentuada no governo Bolsonaro (2019-2022), inclusive reforçada pelo desmonte da FCP, quando foi nomeado como presidente da fundação o jornalista Sérgio Camargo, opositor declarado das políticas públicas de enfrentamento ao racismo.

Para contar a história do processo de certificação de Serra Verde, Abeid e Nomusa resgatam a forma como ocorreu e as pessoas que estiveram envolvidas. Os relatos retratam a presença do trabalho escravo nos engenhos e senzalas na trajetória de suas famílias. Mesmo após o falecimento dos familiares, essa memória se mantém

viva, consolidando informações fundamentais para a compreensão da história de formação de Serra Verde.

(...) E ela através disso visitou a comunidade e viu que aqui tinha, como é que diz? Tinha um olhar para comunidade quilombola. E começou a entrevistar meu pai, entrevistar minha tia, para procurar saber se aqui tinha sido uma sede de quilombo, alguma coisa assim. E era. A minha tia contava que era a avó dela, ou era a mãe dela, trabalhou com esse pessoal de engenho, né? Lá de senzala, essas coisas pra lá. E dali teve a entrevista porque a maioria do povo, a maioria do pessoal, já faleceram, né? Meus tios, minhas tias, tudinho (ABEID, 2022).

A verdade, eu sei pouca coisa, né? Que a minha mãe conta que o meu avô já foi de uma geração do ventre livre. Aí teve uma condiçãozinha financeira na época, que eu nem sei que moeda era na época e comprou um pedacinho de terra aqui. Aí já vieram outros moradores, de outros lugares. Aí foram formando a comunidade de Serra Verde (NOMUSA, 2022).

Os entrevistados não conhecem a razão para a escolha do nome da comunidade e não sabem ao certo quantos anos tem Serra Verde, mas acreditam que tenha entre 150 e 200 anos. Como foi dito anteriormente, a pessoa mais velha do território viva tem 95 anos e já nasceu na comunidade, assim como o seu pai também já nasceu no local, segundo relato dele e da sua irmã. Sua irmã conta que ouvia histórias, quando criança, que a sua bisavó foi escravizada. Para o morador mais velho da comunidade, o nome Serra Verde tem relação com a expressiva presença de área verde no local.

De acordo com Gomes (2015), uma das maneiras de constituição dos quilombos foi a iniciativa dos africanos libertos de reconstruir territórios para si e suas famílias, quando as famílias ampliadas vivenciaram processos de imigração em busca de terra e trabalho. A formação das comunidades negras camponesas, décadas após a abolição da escravatura, ocorreu a partir do trânsito dessas famílias nas áreas rurais do Brasil. Ou seja, os quilombos constituídos nesse contexto, se reproduziram, migraram e se recriaram capilarizados nas comunidades negras camponesas.

Os/As comunitários/as de Serra Verde trazem alguns marcos para o desenvolvimento da comunidade: a construção da escola, a construção da capela de São José e da praça que fica ao lado, a fundação da associação, a construção do ponto de apoio da unidade de saúde, a iniciativa do processo para certificação quilombola e os recentes loteamentos. Todos os equipamentos sociais foram construídos coletivamente por iniciativa própria, em terrenos doados, sempre por intermédio de comunitários/as e os respectivos proprietários.

Aí não tinha igreja aqui, nem católica, nem evangélica e um dos senhores, Senhor José Cassimiro, ele doou... Aliás, perdão, Seu Joaquim do

Nascimento. Ele doou um pedacinho de terra para fazer a construção da igreja. Foi no ano de 76. Aí construíram a igreja. Antes, as missas eram aqui, na escola, porque quando começou a existência da comunidade de Serra Verde, aí já construíram uma escolinha, aí os padres vinham celebrar, batizar, aqui. Aí depois foi que construíram a igreja. E assim foi se formando a comunidade de Serra Verde (NOMUSA, 2022).

A pergunta sobre a história de Serra Verde não gerou na maioria dos entrevistados/as uma relação direta com o processo de certificação quilombola ou alguma identificação nesse sentido com o território. A maioria das pessoas falou do processo de certificação após ser questionada diretamente sobre o tema. Apenas Kakuyon, profissional de saúde residente, trouxe esse debate desde a pergunta disparadora.

Então a gente chega lá com a notícia de que aquela era uma comunidade quilombola e aí essa notícia já vem atravessada por processos de invisibilização, de invisibilidade, porque não se sabia que existia comunidade quilombola em Caruaru, não se falava disso, não se sabe disso. Então, todo mundo: oxe, uma comunidade quilombola em Caruaru? Nunca ouvi falar. Como assim? E aí isso tem um porquê, né? Que já vem dentro dessa história aí de marginalização mesmo. [...] A gente é recebido, em meio a pandemia [...] e aí a gente, ao perguntar "ah, a gente ouviu falar que Serra Verde é uma comunidade quilombola..." Aí ela responde: "ah, teve essa história mesmo, mas a gente não topou, porque a gente não quer ser escravo de novo". [...] Então a gente veio compreendendo depois, né? Que, por exemplo, dentro da comunidade, essa própria identidade enquanto povo quilombola é completamente atravessada pelo racismo. [...] A gente sabe, todo mundo sabe que a gente sofre muito e que, portanto, não é confortável falar sobre isso (KAKUYON, 2022).

Nesse relato é possível identificar que não há visibilidade para a comunidade Serra Verde em Caruaru, o que é atribuído ao processo de marginalização sofrido pelas comunidades quilombolas. A chegada da equipe de residentes ao território, já com a informação de que se tratava de uma comunidade quilombola e a associação que é feita por quem os recebeu entre ser quilombola e escravo ratifica a compreensão do interlocutor de que a formação da identidade é atravessada pelo racismo, o que torna desconfortável se afirmar negro e quilombola na sociedade brasileira. A respeito disso, Carlos Moore (2008, p. 18) enfatiza que "a primeira imagem de África, que surge pra nós, representa os africanos como eternos escravos", o que certamente contrasta, de acordo com o autor, com o fato do continente ser o berço civilizatório, onde se estabeleceram as primeiras civilizações baseadas na solidariedade.

Kakuyon relaciona também a formação da identidade em Serra Verde com a centralidade na construção e manutenção da igreja católica no território, o que demonstra o espaço das referências brancas/cristãs na história da comunidade, em detrimento das religiões de matriz africana. O entrevistado explica que chegou a essas

conclusões porque há o relato de que existiram Ilês na comunidade, mas não havia adesão a essas casas.

Mas, para além disso, existe um processo, por exemplo, que é determinante, que é a questão do... Da religiosidade e elementos da cultura, das culturas de matriz africana dentro da comunidade. Então, a gente tem uma comunidade que é completamente atravessada e tem uma presença massiva da igreja católica. A igreja católica tem duas grandes igrejas dentro da comunidade. Inclusive, uma é um centro de encontro de pessoas de vários lugares do estado que vão pra lá, Comunidade Jesus Misericordioso. Tem alojamentos, espaço de eventos, enfim... Enorme. E a igreja de São José, que foi construída pela comunidade [...] Hoje tem a presença também de uma igreja evangélica, que tá desativada, mas que existe lá instalada (...) E aí a gente percebe que parece, a suspeita é de que a presença da igreja católica ela vem em detrimento da presença de religiosidades de matriz africana que existiam e que foram extintos dentro da comunidade. Então existiam cerca de dois a três ilês, né? Casas de axé que foram extintas mesmo assim, a gente não tem registro fotográfico, não tem as peças, né? Foram queimadas, jogadas fora... E os relatos que ficaram, pelo menos das lideranças, de quem a gente escuta, são relatos de não adesão a essas práticas, e relatos que não são relatos positivos acerca dessa prática. Aí a gente vê de alguma forma ali a estrutura do racismo religioso presente, de forma a ser reproduzido. Nessa própria determinação de como as coisas foram acontecendo, né? A questão da presença de benzedeadas, rezadeiras e parteiras também. Então a gente vê uma extinção mesmo dessa existência. Existem uma ou outra, mas não fazem isso de forma aberta. Fazem isso quase que escondido, né? Para pessoas da família, para pessoas que estejam precisando muito (KAKUYON, 2022).

Além do destaque para a religiosidade cristã católica e não adesão às casas de matriz africana, observa-se um processo de invisibilidade das práticas tradicionais de cuidado ofertados por rezadeiras, benzedeadas e parteiras, que existem no território, mas o exercício desses saberes ocorre de forma privativa.

Mogobe Ramose (2011) em seu estudo sobre a filosofia africana afirma que a colonização estava ancorada em pelo menos dois pilares, sendo um deles a cristianização, a crença de que todo ser humano devia ser convertido à fé católica, mesmo contra a sua vontade. No Brasil, a violência colonial contou com estratégias bem definidas de catequização de africanos e indígenas, reprimindo, estigmatizando e demonizando as crenças e o sagrado das pessoas colonizadas, isso se reflete até os dias atuais, com a presença expressiva das religiões cristãs nas comunidades negras, em detrimento das religiões de matriz africana.

Apesar dos relatos e avaliações descritas acima, Kakuyon faz um comentário pertinente sobre o papel que a igreja católica desempenha na comunidade:

Então, a gente percebe que essa presença da igreja católica, ela tem muitos pontos negativos, mas ela também tem alguns pontos, que eu não sei se pode chamar... Se a gente tem como chamar de positivos, mas que são pontos que são importantes para aquela comunidade, como por exemplo o espaço de comunhão, de união da comunidade, né? A comunidade hoje se une a partir da igreja, da igreja católica. Então esse é o espaço de união, de debate, de...

Como é que eu posso dizer? De troca mesmo, de convívio dentro da comunidade. E aí isso é muito positivo (KAKUYON, 2022).

Essa percepção sobre a centralidade da igreja católica é ratificada por Abeid em sua entrevista, quando afirma que a igreja é a “pedra fundamental da comunidade” e foi construída quando sua mãe ainda era viva, fruto de uma luta dela junto com os/as demais moradores/as. A construção da igreja católica São José foi referida pela maioria dos/as interlocutores/as quando narravam a história de Serra Verde, dada a sua importância.

A percepção dos/as comunitários sobre a identidade racial e o processo de se reconhecer enquanto comunidade quilombola pode ser identificada em alguns trechos narrativos, Abeid afirma:

O pessoal mesmo de Serra Verde não se aceita como negro, mas é assim. Aí pronto, aí teve essa entrevista e foi aonde eles pegaram, juntaram aquelas peças, né? Conversaram com a minha tia, conversaram com o meu pai, já dos antepassados deles e foram juntando. Aí eles viram que aqui tinha se... Meus pais, meus avós e meus tios já tinham vindo de um pessoal que é de Quilombo. Aí ali eles fizeram essa entrevista, essa documentação e a gente deu entrada na Fundação Palmares (ABEID, 2022).

É fundamental analisar como o colonialismo e a colonialidade impactam na formação da identidade negra. Neusa Santos Souza (1983) afirma que o negro brasileiro não possui uma identidade positiva para que possa negar ou afirmar. Experienciar um processo de desraizamento, discriminação e violências, não produz necessariamente uma identidade negra. A autora compreende a afirmação da identidade negra enquanto um processo de “tornar-se negro”, um processo político, de ruptura com o modelo que se aprende desde a infância, pautado no branco enquanto modelo a seguir.

Apesar disso, há elementos na comunidade que demonstram referência e afirmação da ancestralidade negra. Segundo registro do diário de campo, durante a festa de 20 anos da associação, o grupo de capoeira Raça Nobre realizou uma apresentação. Iniciaram com uma roda de capoeira e uma peça teatral que retratou a luta de africanos/as contra à escravidão, numa linguagem popular, o que produziu um momento emocionante e simbólico. Essa apresentação foi bastante representativa porque o grupo de capoeira escolheu referenciar a ancestralidade negra em um momento em que a comunidade estava reunida para celebrar e impulsionar o associativismo.

Nesse sentido, Kakuyon e Idomenyin compartilharam algumas práticas da ancestralidade negra presentes na comunidade, como a capoeira e as tranças. A

capoeira se apresenta enquanto espaço de prática corporal, de integração social, de fortalecimento das crianças e adolescentes e de formação sobre a resistência negra.

Só ao longo dos dois anos que a gente foi descobrindo essas coisas que estão em processo. Esses elementos da cultura, inclusive, da cultura preta que estão em processo de... Gradativamente de apagamento e de extinção mesmo, né? Então a gente foi descobrir que tem um grupo de capoeira dentro da comunidade, inclusive um grupo de capoeira com uma perspectiva de inclusão social. Então é um grupo de capoeira onde a gente tem pessoas com um histórico de adoecimento mental, muitas crianças com questões de déficit de desenvolvimento cognitivo, comportamental. Então a gente tem o mestre de capoeira que tem um processo de convívio com uma deficiência auditiva. Porque lá é um núcleo do grupo Raça Nobre, né? Que é um grupo grande. O maior grupo de Caruaru de capoeira. O grupo Raça Nobre do mestre Tizil e que sua esposa é Luzia, que é de Serra Verde. Então o mestre Calado, formado Calado, é quem tem esse núcleo em Serra Verde e que desenvolve o trabalho lá com as crianças na perspectiva de inclusão social mesmo, que contribui com a saúde dessas crianças, com a proteção etc. Então existe o grupo de capoeira. Isso quer dizer muita coisa (KAKUYON, 2022).

A prática de trançar os cabelos crespos é realizada de forma majoritária por mulheres jovens, inclusive utilizada como modo de trabalho por algumas delas. Foi possível perceber que há um debate político sobre a transmissão desse saber pelas mais velhas e sobre o significado dessa prática para a valorização da estética negra.

Não é à toa que as tranças têm uma importância simbólica para as mulheres e homens negros. Trançar os cabelos é uma prática ancestral que tem o poder de elevar a autoestima e reafirmar a identidade. Além disso, no período colonial, os trançados serviam como possibilidade de esconder sementes no momento de fuga dos escravizados, garantindo possibilidade de início em outros territórios. Esses e outros elementos se configuram como estratégias utilizadas para manutenção das referências culturais africanas.

Eu trabalho com trança também no meu tempo livre e aprendi com minha tia, que fazia em mim. Daí eu observei ela fazendo na minha prima, daí eu fui tentando fazer e consegui. E até hoje ela diz que eu faço melhor do que ela, mas não é. Tudo que eu sei eu aprendi com ela. E como forma de trabalho aqui é bem assim, limitado, vamos se dizer assim. Porque aqui é uma comunidade deslocada da cidade. Se a gente tiver algum cliente que seja da cidade pra vir pra cá e não conhecer a comunidade, é muito ruim pra ele. Aí a gente tem que se deslocar daqui pra fazer atendimento à domicílio. Eu faço dessa maneira. Já a minha prima ela casou, que também fazia trança junto comigo, ela casou e já tem o espaço dela em Caruaru, mas a gente vai divulgando, assim pelas redes sociais, eu tenho meu Instagram pessoal e tenho o de trabalho. No de trabalho, eu vou divulgando tudo o que eu faço. E daí vai chamando atenção, um divulga e aquilo outro... Tem pessoas que moram aqui vizinho e querem fazer, vem até a minha casa e quando não é eu vou a domicílio mesmo. Enquanto não tenho espaço (IDOMENYIN, 2022).

Abdias do Nascimento (2019) afirma que apesar dos esforços, a lógica dominante não foi capaz de apagar as referências culturais africanas dos

escravizados, o que pôde ser mantido ocorreu como estratégia de resistência e promoção do cuidado. Nesse sentido, a capoeira e as tranças se destacam enquanto um dos elementos promotores da saúde e da vida da comunidade.

Durante a entrevista foi possível identificar como os/as interlocutores/as afirmam sua identidade racial. Algumas, como Nomusa e Idomenyin, trouxeram a informação enquanto se apresentavam, no momento inicial da entrevista. Outros, como Kakuyon e Abeid, se identificaram como negros no decorrer da narrativa, exemplificando a informação que estavam narrando com a sua própria experiência. Nas demais entrevistas o tema não apareceu.

Sim, eu esqueci. Tu falou como eu me defino na questão racial... Tipo aceitação da raça mesmo? Ou a questão da aceitação do quilombo? [...] Eu tenho orgulho de ser negra sim. Sempre tive. Isso pra mim nunca foi um problema. Mesmo diante de toda situação que a raça negra enfrenta, desde os antepassados, mas eu sempre tive orgulho do que sou, eu nunca me deixei levar por uma questão de cor, nunca deixei, nunca me deixei, na verdade. Então eu gosto... Eu amo ser negra. Valorizo muito a minha raça, corro atrás dos meus direitos, dos direitos da minha raça, que são direitos como de outras raças qualquer, mas assim, infelizmente, muitas coisas foram tiradas, negadas e tem muita gente que pelo medo de correr atrás, porque já foi tão ferido, deixa pra lá, mas é preciso avançar. **Porque é um direito nosso viver, sonhar, lutar e alcançar os objetivos** (NOMUSA, 2022).

Em se tratando do entendimento sobre comunidade quilombola para os/as interlocutores/as, os sentidos foram amplos, mas no geral, compreendem como uma coletividade negra, com ancestrais em comum, que se identificam com o território deixado pelos seus antepassados e lutam conjuntamente por dias melhores.

Acho que é uma comunidade que se reconhece quilombola, que luta pelos direitos e deveres dela, porque muitas vezes, independente se é comunidade ou não, tem gente que só pensa nos direitos, não pensa nos deveres, mas a vida é uma via de mão dupla, né? Tem direitos e deveres. E a valorização da raça mesmo. A quebra de preconceito dentro da própria raça, que ainda existe, infelizmente, né? (NOMUSA, 2022).

Sobre o mesmo assunto, Abeid e Abiba respondem de forma pragmática, compartilhando mais sobre o processo de certificação do que sobre o que entendem por comunidade quilombola. Anuli e Molefi não responderam essa questão. Molefi não compreendeu a pergunta e Anuli disse que não sabia responder. Kakuyon, por sua vez, utiliza Beatriz Nascimento como referência para explicar o que compreende por comunidade quilombola. Ele afirma que mais do que um "checklist" que estabeleça e dite os critérios, uma comunidade quilombola é um espaço de comunhão e acolhimento, elementos que identificou em Serra Verde.

É uma pergunta muito forte, mas eu aprendi com um documentário que eu vi, que chama Òrì, de Beatriz do Nascimento, (...) que ela diz que o quilombo é aquele espaço geográfico que você sente a sensação de oceano. E eu senti

essa sensação de oceano, mas eu não sabia explicar o que era isso desde a primeira vez que eu pisei em Serra Verde, por exemplo. [...] Então é algo que você sente aquela imensidão, você se sente pertencente àquilo, você é acolhido, abraçado por aquela comunidade, né? A psicóloga da nossa equipe, diz que ela sente como um abraço de mãe quando ela chega lá. Porque sempre tem lugar para você comer, sempre tem lugar para você dormir, uma mão amiga que vai te ajudar com alguma coisa que você precisa, uma porta aberta, né? Pessoas que às vezes se dedicam à solidariedade, ao cuidado, à ajuda, à comunhão, à coletividade para além dos seus limites, sabe? (...) Beatriz Nascimento me explicou uma coisa que eu sentia, mas que eu não sabia o que era e não conseguia descrever (KAKUYON, 2022).

No documentário *Òrì*, Beatriz Nascimento (1989) defende que há uma conotação ideológica para o termo quilombo, que representa, por sua vez, uma comunidade conectada pelo sentimento de coletividade e pela luta por melhores condições de vida. Assim como foi discutido no aporte teórico, Beatriz Nascimento compreende quilombo como espaço geográfico que traz a sensação de oceano, ou seja, traz a referência africana para além do atlântico. Do mesmo modo, Abdias (2019) extrapola a compreensão de quilombo à junção de pessoas escravizadas fugidas. Pelo contrário, ele utiliza o conceito de quilombismo para defini-lo como uma reunião fraterna, livre, baseada na solidariedade, convivência e comunhão.

A leitura dos autores sobre quilombos é percebida em variados aspectos em Serra Verde. Nas entrevistas foram narradas a presença da solidariedade, cuidado, respeito aos mais velhos e comunhão. Segue outro relato sobre como essas relações ocorrem no território, especialmente em situações de necessidade de cuidado:

Lá em Serra Verde a gente teve a grata... O grato presente assim de encontrar com uma pessoa, que partiu, né? Seu Loro, Seu Laurindo, que nos ensinou justamente essa... Nos mostrou, na verdade, essa... (pausa) potência que tem a coletividade dentro daquela comunidade. Então ele era cuidado por cada um da comunidade. Comia todos os dias na casa de uma pessoa, ele recebia água cada dia de uma pessoa e foi uma pessoa que morreu quase sem documento, o único documento que ele morreu em posse foi o cartão do SUS, que a gente tirou (fala com a voz trêmula, chorando). Então, é isso. Acho que quilombo é isso, é essa coletividade, pra resistir e conseguir sobreviver. Em meio a essa estrutura que tenta matar essas pessoas todos os dias... (Kakuyon chora novamente) (KAKUYON, 2022).

Foi possível identificar o suporte comunitário em outras narrativas, à exemplo do que é compartilhado por Idomenyin, no momento em que relata que ninguém fica sozinho quando precisa de suporte na ocasião de uma urgência/emergência. Mesmo quando a pessoa ou os familiares próximos não possuem carro, algum vizinho sempre é chamado para levar o enfermo a um serviço. Além disso, a pessoa nunca vai sozinha. Sempre tem alguém acompanhando para ter notícias atualizadas e informar aos demais comunitários a situação de saúde de quem precisou ajuda. Essa situação

demonstra tanto o apoio social e suporte comunitário para o cuidado em saúde, quanto a ausência do estado.

Existe um processo também de respeito aos mais velhos, dentro da comunidade, a gente observa isso. Então, pra você ter uma ideia a gente veio ter contato visual com os dois mais velhos da comunidade [...] quase que no final do primeiro ano, depois de muito tempo. Porque eles eram guardados a sete chaves, eram assim, a grande preciosidade da comunidade e "calma lá, vocês não vão ter contato com ele agora". E aí muito por conta da pandemia. Então muito por conta da proteção deles por conta da pandemia, né? [...] Então existe um respeito enorme a essas figuras mais velhas, existe um processo de proteção a esses mais velhos, né? E existe um processo muito de dinâmica familiar mesmo dentro da comunidade. Então a gente vê muito presente relações de solidariedade, de partilha, então eles plantam pra poder trocar entre eles (KAKUYON, 2022).

Essa dinâmica da coletividade em Serra Verde, a relação comunitária que se faz na perspectiva de uma família ampliada, o respeito e salvaguarda dos mais velhos, relembra o que Beatriz Nascimento entendeu como “possibilidade nos dias de destruição”. Para a autora, quilombo demanda a necessidade de resistência, mas também promove a harmonia, a “paz quilombola”, o descanso, a alegria e o prazer de partilhar aquele território uns com os outros.

O quilombo é um avanço, é produzir ou reproduzir um momento de paz. Quilombo é um guerreiro quando precisa ser um guerreiro. E também é um recuo se a luta não é necessária. É uma sapiência, uma sabedoria. A continuidade de vida, o ato de criar o momento feliz, mesmo quando o inimigo é poderoso, e mesmo quando ele quer matar você. A resistência. Uma possibilidade nos dias de destruição (NASCIMENTO, Beatriz, 2018).

No tocante a identificação com o território, vale destacar que diferentes gerações da comunidade de Serra Verde afirmam conexão e intenção de permanecer na área rural. Essa relação com o campo é compartilhada por Idomenyin. Como já apresentamos, ela é uma mulher jovem com muitos sonhos e aspirações, diz que quer concluir o ensino superior, buscar melhores oportunidades de trabalho, mas que não pretende sair da comunidade. Demonstrando a sua identificação com o território, ela diz que Serra Verde é o seu “xodó” e reafirma que tem muito apreço por seu “cantinho”. Molefi, por sua vez, nos conta que gosta de morar na área rural, pois é onde ele se sente sossegado.

Vixe, Maria, não tem aquele caruaru ali? Me dê aquele Caruaru ali: “Olha, aquele Caruaru é seu para você morar nele”. Eu digo: obrigado. Eu quero morar no meu terreno de terra. Lá eu fico à vontade, vou ali, vou cá, não escuto muita zoada. Meu terreno é pouco. Eu digo assim, não é querendo me gabar não, mas se disser assim: esse Caruaru é seu para você morar. Eu digo obrigado, mas eu quero morar lá dentro dos matos. Eu gosto de ir pra rua para fazer minha feira, meus negócios, vou ao médico e depois pra casa. Aqui eu fico à vontade, sossegado. Eu nasci e me criei nos matos e vou terminar nos matos. Negócio de rua é luxo (MOLEFI, 2022).

A conexão do povo negro com a terra pode ser percebida no trecho a seguir de Beatriz Nascimento, quando ela afirma que a formação dos quilombos ocorreu também para cumprir a função de garantir a conexão dos/as quilombolas com a terra.

Por isso, acho que os quilombos surgiram não só como resultado de uma situação negativa, de fuga da escravidão, mas como uma ação positiva para recriar a ligação primordial do homem com a terra. A terra não como propriedade, mas como elemento indispensável ao conjunto da vida humana, em seu significado espiritual (NASCIMENTO, 2018, p. 210).

A territorialidade quilombola é constituída por meio das relações sociais estabelecidas entre os/as comunitários/as e o espaço físico ao qual estão vinculados/as. Os ditos e interditos sobre a história da comunidade, o processo de certificação quilombola, a autopercepção racial e as compreensões sobre quilombo anunciaram importantes aspectos da territorialidade em Serra Verde. Em decorrência da formação social brasileira, a comunidade está submetida às experiências do racismo, mas uma análise mais cautelosa da comunidade permite identificar as subversões e as resistências expressas na manutenção do legado negro, nas relações, no cuidado coletivo e na construção da autonomia, apesar da negação de direitos por parte do Estado.

5.2.2 Determinação social em saúde da comunidade de Serra Verde: processos protetores e destrutivos da saúde e da vida

“Se for depender tudo do poder público, é muito difícil”
(ABEID).

O debate sobre as subversões e resistências do povo negro no campo e a negação dos direitos sociais por parte do Estado permite identificar os processos protetores e destrutivos da saúde em Serra Verde. Esse eixo temático analisa as necessidades em saúde percebidas pelos/as interlocutores/as e observadas durante o trabalho de campo.

Observou-se que ao longo da história de Serra Verde ocorreram algumas mudanças no âmbito do trabalho e principais fontes de renda da comunidade. Já houve produção de corda, casa de farinha, predominância da agricultura, migração sazonal da força de trabalho para outras áreas produtivas e, mais recentemente, predominância da confecção têxtil.

Estas mudanças, ocorridas em Serra Verde, estão alinhadas ao contexto mais geral das comunidades rurais do agreste pernambucano localizadas na região do polo de confecções, que correspondem aos municípios de Caruaru, Toritama e Santa Cruz do Capibaribe. Estas cidades estão situadas na região mais seca do agreste, registrando baixos índices pluviométricos, concentrados em apenas três meses no ano, o que provoca problemas nos recursos hídricos (LIRA, 2006).

Em decorrência da ausência de subsídios para as políticas públicas do campo e de estratégias de convivência com o semiárido, Serra Verde foi submetida a um processo de transição da predominância da agricultura de base familiar para o trabalho precarizado na confecção têxtil, processo que segundo Lira (2006) ocorre em Caruaru a partir da década de 1980. Lira (2018) localiza essa transição no bojo das transformações do mundo do trabalho trazidas pela reestruturação produtiva, caracterizada por estratégias de exploração que se estabelecem pela desregulamentação e flexibilização do trabalho, fruto da Acumulação Flexível. Nesse contexto, a produção têxtil no agreste segue a tendência da subcontratação de empreendimentos informais.

Os/As comunitários/as justificam essa transição principalmente pelo longo período de estiagem e falta de água somada às altas temperaturas, o que dificulta o cuidado das lavouras. Relatam que antes chovia mais, a água da chuva ficava armazenada nos barreiros e utilizavam essa água para o consumo e produção agrícola. Nesse cenário, o trabalho precarizado na costura se apresenta como uma das poucas alternativas de renda.

Durante a pesquisa de campo, em diálogo realizado sobre o processo de trabalho com trabalhadoras de uma facção familiar, elas afirmaram não possuir outras fontes de renda no território e que muitas vezes não compensa trabalhar na cidade devido ao alto custo com o transporte e ao desgaste para sair dos sítios todos os dias. De acordo com informações do diário de campo, as temperaturas elevadas e a falta de água destruíram o roçado que essas mulheres mantinham com coentro, couve, banana, etc. Com a falta de água, as famílias precisam pagar entre R\$120 a R\$140 pela água do caminhão pipa, o que a torna um bem inviável para a maioria das famílias.

Em se tratando da remuneração, as trabalhadoras relatam que recebem por produção, em média R\$ 1,80 para costurar uma calça jeans quase completa, uma peça que é vendida entre R\$ 25 a 30. Elas compreendem que o pagamento não é

justo, mas uma delas afirmou: “se a gente tentar negociar o valor, ele não vai discutir, ele vai levar as peças para outra facção.” O salário, ao fim do mês, é menos de um salário mínimo, em torno de R\$ 600 a 700 por uma carga horária de 8h30min de trabalho, de segunda a sexta-feira. Além disso, as máquinas e as linhas, a energia e o conserto das máquinas em caso de algum dano são responsabilidades das costureiras, que precisam tirar esse custo do pagamento. Por receberem por produção, não há descanso remunerado, como pode ser visto no documentário “Estou me guardando para quando o carnaval chegar”, dirigido por Marcelo Gomes (2019). As costureiras afirmaram ainda que durante a pandemia o pagamento atrasou mais e algumas facções, especialmente as poucas que assinam a carteira das/os trabalhadoras/es, demitiu muita gente.

O trabalho na costura demanda muito do corpo e interfere na saúde, pois o corpo inteiro precisa estar atento para costurar. Esse trabalho, segundo os relatos, requer bastante atenção da visão e dos pés. O pé direito é utilizado para acelerar a máquina e o calcanhar esquerdo para parar, sendo esses movimentos contínuos durante o dia inteiro de trabalho. Em decorrência disso, as trabalhadoras relatam inchaço nas mãos, nos pés e dores na coluna. Sobre a saúde dos/as trabalhadores/as nesse contexto, Lira et al. (2020) afirmam que a superexploração somada à desproteção social agudiza o desgaste precoce dos/as trabalhadores/as, pois não existem elementos que possibilitem sua recuperação adequada.

É dessa maneira que a fragilidade no apoio aos agricultores familiares também se expressa, pois, por não possuírem incentivos e garantias para extrair o seu sustento da agricultura, a população é exposta às condições precárias de trabalho. Esse contexto também vulnerabiliza crianças, idosos, mulheres gestantes e pessoas em sofrimento mental, visto que impõe que toda família trabalhe para garantir uma renda melhor.

E aí nessa dificuldade de plantar, meio que o que sobra de alternativa para o processo de trabalho é o trabalho com costura, com confecção têxtil, as facções, os fabricos que existem dentro da comunidade. E aí a gente sabe, né? Que esse trabalho específico com costura em Caruaru, agreste pernambucano... Caruaru, Santa Cruz do Capibaribe e Toritama é um trabalho caracterizado pela super exploração. Pela não observância de direitos trabalhistas, que fragiliza mais ainda a saúde dessa comunidade [...] E aí, a gente observa muito, inclusive a gente observa famílias que alugam as máquinas, né? Crianças que trabalham, então a gente tem em Serra verde a presença de trabalho infantil, inclusive com crianças pretas. A gente tem a presença de trabalho de pessoas em sofrimento mental também. Em processos como tirar pelo, uma coisa mais assim tida como não tão complexa na linha de produção para costura. A gente tem idosos, mulheres que estão gestantes... (KAKUYON, 2022).

Com relação às diferenças entre o mesmo trabalho realizado no campo e na cidade, as mulheres pontuaram maior vulnerabilidade dos/as trabalhadores/as que vivem na zona rural. Como as oportunidades são menores no campo, os donos das peças impõem menores remunerações com facilidade. Segundo elas, na cidade tem mais trabalhadores com carteira assinada, são assegurados mais direitos e a remuneração é melhor. Pontuaram também que o ambiente de trabalho tem uma estrutura melhor na cidade, na zona rural o local de trabalho é improvisado. Geralmente as facções e fabricos são cobertos por Brasilit, o que intensifica o calor no verão e o frio no inverno.

Lira, Gurgel e Amaral (2020) analisam a superexploração do trabalhador realizada no polo de confecções como parte das mudanças contemporâneas ocorridas no mundo do trabalho. A pesquisa desenvolvida pelos autores identificou que a superexploração se expressa, nesse contexto, no pagamento da força de trabalho abaixo do seu valor, no prolongamento da jornada de trabalho, no aumento da intensidade de trabalho e no desgaste precoce da força de trabalho, que pode ser percebido pelo adoecimento e/ou perda da capacidade para o trabalho.

Em se tratando ainda das relações de trabalho em Serra Verde, importa destacar as fontes de renda acessadas pela comunidade de acordo com Nomusa.

A relação com o trabalho é assim, a maioria das pessoas migram para Caruaru. Os homens ficam mais na parte de construção civil. A juventude, no comércio. E as mulheres mais antigas, posso falar assim, as mães dessa juventude, ficam costurando em casa, e poucas na agricultura. É... Aí é assim que funciona mais ou menos (NOMUSA, 2022).

Os interlocutores também afirmam que alguns jovens da comunidade, após concluir o ensino médio, buscam emprego no centro de Caruaru com o desejo de ascender socialmente e dar condições melhores para a família.

E os mais jovens, como eu, tentam procurar uma coisa na cidade. Porque terminou os estudos, quer uma coisa mais aprofundada, né? Quer estudar mais, conseguir um emprego mais digno para dar uma condição melhor pra sua família, já que você pode ser um dos primeiros da sua família a conseguir algo, entrar no ensino superior, né? (IDOMENYIN, 2022).

Dessa forma, o trabalho se apresenta enquanto elemento destrutivo da saúde e da vida em Serra Verde, visto o contexto de precarização, superexploração e enfraquecimento da agricultura.

Ainda sobre os processos protetores e destrutivos da vida e saúde da comunidade, importa destacar que a agricultura não era apenas a principal atividade econômica, mas também orientadora das relações sociais e modo de vida da

comunidade. Como já foi dito, esse assunto é muito caro para Molefi, que acompanhou fases diferentes na história da comunidade. Ele aponta que as pessoas não conseguem mais se dedicar exclusivamente ao cuidado das lavouras e isto está relacionado a uma mudança no modo de vida das famílias. Molefi acredita que agora as pessoas “querem as coisas fáceis”, prontas para serem compradas nas feiras, mercados e farmácias, ao invés de produzi-las em casa, diferente do que ocorria há alguns anos, em que a maior parte dos produtos que era necessário para a alimentação e cuidado em saúde, era produzido pelas famílias da comunidade.

Molefi cita uma lista de plantas medicinais que ainda são cultivadas e utilizadas na comunidade: capim santo, cidreira, mulungu, caju roxo, jucá, aroeira; mas, registra como a diminuição no cultivo e utilização terapêutica dessas plantas está associada às mudanças no cuidado em saúde das pessoas da comunidade.

Sobre o tema, Anuli avalia a importância de cuidar da alimentação para evitar o adoecimento. Ela conta que diminuiu o consumo de gorduras, “retirou o óleo das comidas”, não consome refrigerante, evita café e álcool e prioriza beber água. A leitura dela sobre saúde está associada ao autocuidado e mudanças no estilo de vida que devem ser feitas no cotidiano para promover saúde. Anuli lembra ainda a importância do saber popular no cuidado em saúde, relatando que aprendeu muitas coisas com a sua mãe, que plantava ervas e fazia chás.

A cebola, aquela cebolinha miudinha bem alvinha que tem naquelas barracas de raiz. Nós compra ela, nos corta ela, lava e bota com açúcar, uma xícara de açúcar na panela e mexe, quando tá bem douradinha a gente bota água e deixa ali ferver, quando tá bem fervidinha que ela já quer soltar aquele fio, nós tira, coa e já toma ele. Num tem remédio melhor que aquele... É, é bom! Bota dois limões dentro, pronto. Ferveu pode botar num copinho e pode tomar todo dia. Alivia muito viu? Eu fui comprar dois xaropes, é mesmo que nada. Aí depois que tomou esse lambedor melhorou mais, tá vendo que foi melhor do que o xarope? Aí eu aprendi a fazer assim (ANULI, 2022).

Sobre o assunto, identificou-se que há processos protetivos na comunidade relacionados ao cuidado tradicional. Esse cuidado está pautado numa relação horizontal com a terra e seus frutos e com a capacidade de cura pelos saberes populares. Ao mesmo tempo, Anuli afirma que atualmente as pessoas não querem mais fazer remédios caseiros e geralmente preferem ir à farmácia. Ainda assim, afirma que ela e outras pessoas da comunidade cultivam algumas plantas medicinais e relata as situações em que fazem uso. A partir da sua experiência, Anuli faz críticas ao uso de venenos na alimentação e pontua ainda que os xaropes de farmácia são ineficazes quando comparados aos caseiros.

Molefi relaciona o debate da alimentação com o tempo das coisas e ritmo da vida. Ele retrata outros elementos do que para ele representa a mudança no modo de vida da comunidade e dá o exemplo do uso da panela de pressão, que cozinha tudo mais rápido, mas muitas vezes são de materiais maléficos para a saúde, como o alumínio. O pensamento de Molefi sobre a agricultura, apesar de responsabilizar apenas a população, é uma rica leitura sobre a saúde, uma contribuição da sabedoria das comunidades negras rurais, mantida ao longo dos tempos.

Observa-se uma visão crítica sobre a relação entre o processo de adoecimento da comunidade e a fragilização da agricultura de base familiar, com uma crítica aos danos causados pelo agrotóxico utilizado pelo agronegócio e a produção de animais nas granjas, que utilizam antibióticos maléficos para a saúde humana a fim de dar conta da alta demanda por produção. Uma frase sábia dita pelo entrevistado sintetiza essa crítica: “comida é onde tem toda a doença”.

Este pensamento é consoante com o do médico Llaila Afrika (2013), que cunhou o termo *nutricídio* para descrever os males físicos, mentais e espirituais causados pelas mudanças no sistema alimentar da população negra a partir da colonização, com alto consumo de sal refinado, açúcar e alimentos ultraprocessados. Do mesmo modo, o curandeiro e fitoterapeuta Dr. Sebi, proferiu a célebre frase atribuída a ele: “Não espere estar saudável se é o seu inimigo que te alimenta”, referindo-se à produção de alimentos realizada pelas grandes indústrias do agronegócio.

Essa compreensão pode ser feita à luz da articulação entre a saúde coletiva e a agricultura, visto que o sistema alimentar hegemônico realizado em escala industrial, não produz saúde, não respeita a natureza e a diversidade cultural no campo e direciona suas preocupações e ambições ao acúmulo de capital. A agroecologia, por sua vez, preza pela saúde e direito das pessoas e da natureza, por isso, é a alternativa protagonizada pelos camponeses e comunidades tradicionais para sistemas alimentares efetivamente sustentáveis e saudáveis. Nesse contexto, de maior incidência de doenças crônicas decorrentes da má alimentação, foi produzido o termo *sindemia global*, para tratar da pandemia da desnutrição, obesidade e mudanças climáticas que ocorrem de forma simultânea (PAULA; BEZERRA; PAULA, 2022).

A crise climática que resulta de um sistema alimentar de produção industrial que expulsa, expropria, contamina e mata também difunde e impulsiona uma alimentação baseada em produtos comestíveis de alta densidade energética com elevadas concentrações de açúcares e gorduras, pobre em micronutrientes e de baixo custo, causando doenças relacionadas com

obesidade e desnutrição. O termo 'Síndemia Global' expressa essa complexa relação e favorece a reflexão acerca de fenômenos distintos, mas que convergem entre si, quando associados à determinação social, política e econômica do processo saúde-doença que os recolocam no centro do debate (PAULA; BEZERRA; PAULA, 2022, p. 269).

Analisar os aspectos da alimentação e da agricultura é de suma importância para promover a saúde da população negra do campo, tendo em vista que a influência das mudanças climáticas e do agronegócio, com a tendência da monocultura, dos alimentos transgênicos e uso dos agrotóxicos, não possuem compromisso com a alimentação e saúde das famílias e tende a atingir mais intensamente a população negra.

Os dados do II Relatório VIGISAN (PENSSAN, 2022), mostram que a população rural tem índices piores de condição alimentar, tendo 60% dos domicílios em condição de insegurança alimentar. Com relação ao quesito raça/cor, os resultados do relatório apontam que a cada 10 domicílios, cujo responsáveis sejam negros, 6 estão em situação de insegurança alimentar.

Além da insegurança alimentar, foi possível identificar que os/as comunitários relacionam a alimentação com a prevalência de doenças crônicas. Em sua entrevista, Anuli afirma que as mulheres são diagnosticadas com doenças crônicas e geralmente se cuidam mais do que os homens, que só tratam os sintomas, mas não buscam investigar o problema a longo prazo, com orientação médica e mudanças no estilo de vida. Segundo ela, os homens ingerem mais álcool, não se cuidam e não são diagnosticados com doenças.

No trecho a seguir, Nomusa relaciona diretamente a alimentação e a hereditariedade à presença de doenças crônicas entre os/as comunitários/as.

Hipertensão. É algo assim... Não sei, não sei se é por conta da população negra, né? A maioria dos componentes aqui são negros, que a hipertensão também é um dos fatores que assola a raça negra, né? Mas a hipertensão é algo assim bem presente na vida, na nossa vida aqui, né? [...] Anemia. Muita anemia, muita gente anêmica aqui. Também... Eu não atribuo somente a questão da raça, mas da má alimentação. Porque muitos não têm uma condição boa de tá se alimentando. Outros, até que tem, mas faz questão de comer coisas que não dá sustância, como dizem os mais antigos (NOMUSA, 2022).

A fragilização da agricultura em Serra Verde se apresenta como um dos elementos destrutivos da comunidade, visto que incide na alimentação e nas relações de trabalho. Não obstante, a ferramenta do FOFA (Fortaleza-Oportunidades-Fraquezas-Ameaças) permitiu identificar que a relação com o território do campo foi

destacada como uma fortaleza para os comunitários, e que o vínculo com a agricultura está atrelado a isso.

Um coentro, alguma coisa que a gente já planta, por aqui, a gente já não compra lá na cidade. Só vai comprar mesmo os industrializados, né? Que a gente chama [...] Vai no mercado, alguma coisa sim. De frutas, alguma fruta que a gente não tem em casa. Mas o que a gente tem a gente já vai economizando nisso [...] No mês de junho a gente já começa a plantar e é a maior alegria, né? Porque a terra lá molhadinha, arada, já faz a plantação pra colher, pra gente comer no mês de julho, o milho, feijão. Geralmente a gente quando planta feijão é sacos e mais sacos de feijão. Aí dá um trabalho, mas a gente planta porque a gente precisa e também serve para vender, caso a gente necessite também (IDOMENYIN, 2022).

Nesse trecho, observa-se que apesar de todas as dificuldades enfrentadas para a produção agrícola, a comunidade preserva, em alguma medida, a produção de alimentos como o milho, o feijão e algumas frutas. Desse modo, a comunidade garante, principalmente em algumas épocas do ano, a manutenção do cuidado com a terra, que se apresenta como um elemento protetor para a saúde e a vida na construção da autonomia e soberania alimentar da comunidade, que pode ser fortalecida com investimentos públicos.

No tocante à educação, há uma escola municipal na comunidade que atende estudantes até o último ano do ensino fundamental 2. Ao concluir essa etapa, o/a estudante é direcionado para as escolas de Caruaru para cursar o ensino médio. Os relatos são de que para os/as alunos/as, que irão cursar o ensino médio, há disponibilidade de transporte escolar. Porém, o transporte não é ofertado para quem precisa estudar à noite, seja para cursar o ensino médio nesse horário, em virtude do trabalho, seja para acessar a Educação de Jovens e Adultos (EJA), ou para cursar o ensino superior.

Para o setor de educação acredito que precisaria mais de um ônibus para à noite, né? Tem muita gente que não terminou os estudos, mas que pelo dia-a-dia necessita terminar, querem terminar, mas não tem como se locomover para lá. Porque aqui a gente só tem até a quinta série. Depois todos os alunos que terminaram aqui têm que terminar em Caruaru. Ônibus a gente tem para essas pessoas, esses alunos que vão daqui pra Caruaru, ele chega aqui umas sete horas, umas seis e meia, mais ou menos sete horas e volta umas cinco e pouco trazendo os alunos. Em questão disso, tudo bem, mas só à noite mesmo que é esquecida assim porque muita gente quer, mas não tem como. Tem que ir para outra cidade procurar ajuda, né? Porque não é serviço deles ajudarem da outra cidade, porque a gente não é morador de lá, é de Serra Verde. Então Serra Verde pertence a que município? Caruaru. Caruaru é quem tem que prestar esse auxílio a gente (IDOMENYIN, 2022).

A cidade vizinha à qual Idomenyin se referiu é Riacho das Almas, onde alunos/as que precisam estudar à noite procuram o transporte escolar em decorrência da negativa de Caruaru. A ausência do ensino médio no território foi definida como

uma ameaça à comunidade na matriz FOFA, assim como a volta do EJA está presente na matriz como uma possível oportunidade para os moradores.

Interessa ressaltar que a importância do EJA está para além de receber o certificado de conclusão do ensino médio. Através dessa modalidade de ensino, pessoas que não tiveram a oportunidade de estudar podem desenvolver habilidades fundamentais, capazes de garantir oportunidades e melhores condições de vida, como é o caso da emissão da Carteira Nacional de Habilitação.

E é importante porque hoje em dia muitas pessoas querem tirar habilitação, mas na época deles não teve como eles terminarem os estudos, hoje querem tirar a habilitação, inclusive eu me disponibilizei pra ser professora, dar um auxílio pra ver se ele conseguia, ele sabia ler só que não sabia fazer uma leitura por completo, só pausadamente. Tentei dar um auxílio, mas pela minha correria não deu mais para continuar. Inclusive não só era ele, depois apareceu mais outra pessoa tendo interesse também. A gente vê isso, a gente vai vendo de acordo com o dia-a-dia. Uma pessoa me procurou, perguntando se eu poderia dar aula a ele, pude. Depois apareceu outra pessoa. Que ele falou para outra pessoa que estava tendo aula comigo, que era dessa forma e tal. E eu acho que se tivesse um ônibus era bem acessível. E eu acho que uma grande maioria ia (IDOMENYIN, 2022).

O acesso à educação, importante mecanismo para gerar oportunidades, se apresenta em partes como um elemento protetivo, pois há uma escola municipal na comunidade e garantia de transporte escolar para o ensino médio diurno. Porém, a dificuldade de acesso dos jovens e adultos que precisam estudar à noite e a falta de incentivo para os concluintes do ensino médio ingressarem no ensino superior, se apresentam como elementos destrutivos em Serra Verde. Os índices de analfabetismo e evasão escolar são mais elevados na população negra (PNAD, 2018), por isso é fundamental criar estratégias para garantir a oferta e o acesso dos estudantes, além de proporcionar uma educação alinhada com a singularidade territorial quilombola, como frisa Carril (2017).

Como foi possível perceber, o contexto da educação expõe a fragilidade de outro serviço público que é o transporte, sinalizado no DRP enquanto uma ameaça ao território. Como já foi dito, os veículos só funcionam geralmente até às 18:00 horas. Isso significa que estudantes que precisam optar pelo turno da noite só podem estudar se tiverem condução própria, visto que o município de Caruaru não disponibiliza transporte à noite, o que se apresenta como uma barreira para o acesso à educação da comunidade.

Além de influenciar no acesso à educação, o transporte se apresenta como uma dificuldade para o acesso a outros direitos, como lazer e à saúde. A maioria dos

equipamentos sociais estão localizados no centro da cidade, o que conforma uma barreira geográfica entre a comunidade, localizada no limite dos municípios de Caruaru e Riacho das Almas, e os serviços.

Então, a comunidade fica no limite do município, entre Caruaru e Riacho das Almas. Então existe essa barreira geográfica enorme. Os serviços de saúde, lazer, esporte e educação... Ficam concentrados no centro da cidade, ou seja, a 15 km de distância ou mais da comunidade. A própria unidade de saúde que cobre a comunidade, a unidade de Serra Velha, ela fica a 12 km de distância. Então existe essa barreira enorme geográfica (KAKUYON, 2022).

Sobre o lazer, foram referidos a capoeira, que é mais realizada pelos homens jovens e a igreja como esse espaço de encontros e comunhão. Para acessar os espaços de lazer é necessário realizar o deslocamento para Caruaru.

Acesso a espaços de lazer e cultura, né? Que é uma dificuldade também dentro da comunidade. A gente percebe que iniciativas do esporte não tem muito. Então não tem aquela coisa do futebol, aquela coisa que em algumas comunidades é muito forte. A gente não observa muito isso em Serra Verde. É... E aí meio que o espaço de lazer se confunde com a prática religiosa que, portanto, cai de novo na igreja católica, né? Ou essas pessoas têm que se deslocar até a cidade de Caruaru para poder acessar algum espaço de lazer (KAKUYON, 2022).

E de lazer... A gente não... Esporte o que a gente tem aqui, o único esporte que a gente tem aqui é a capoeira. Que tem dois dias que tem as formações deles, mas não é todo mundo que quer participar e tem tempo, né? Porque é à noite. Eles também não têm espaço pra tá fazendo isso. Eles fazem ao ar livre aqui na pracinha mesmo e é isso. De lazer a gente só tem isso (IDOMENYIN, 2022).

Na matriz FOFA foram destacadas algumas fraquezas e ameaças não mencionadas na maioria das entrevistas, nem registradas no diário de campo, foram elas: a falta de segurança e ocorrência de assaltos e a ausência de coleta de lixo. A ausência da coleta de lixo foi referida apenas por Camara, que afirmou não ter certeza se havia coleta, visto que na maioria dos atendimentos na USF, os comunitários afirmam queimar o lixo.

Eu não sei porque eles queimam tanto lixo, mas era uma coisa que eu realmente deveria saber da área. Mas a maioria que eu pergunto, eles queimam. Só que aí eu nunca perguntei: "E o lixo, passa lá?" Eu imagino, na minha cabeça, que não tem, uma vez que eles queimam e também não sei se em decorrência do local, do território mesmo, se tem acesso. O carro que eu vou, ele vai pela pista, não vai por dentro. Então não sei como é o acesso. Na realidade, eu não sei a área toda, eu não sei se todo mundo tem acesso pra cá, se tem recolhimento de lixo (CAMARA, 2022).

As barreiras enfrentadas pela comunidade de Serra Verde para acessar os direitos sociais, demonstram a histórica negligência com as populações do campo. A exposição a essa segregação espacial, que direciona os serviços e investimentos

públicos para áreas urbanas e abastadas, revela a incapacidade do Estado em responder às desigualdades sociais e raciais, haja vista que as populações do campo em situação de vulnerabilidade social, especialmente no Nordeste, são majoritariamente negras.

Sempre aqui no campo nunca foi uma coisa fácil, né? Sempre foi difícil. E eu creio que isso não vai mudar, porque a questão é que não tem interesse, o interesse do político, do poder público é no dia... É nas vésperas da eleição que é atrás do voto, aquele voto comprado [...] aí passa quatro anos, passando necessidade em questão de água, questão de uma máquina para arar a terra, uma máquina para fazer estrada, uma limpeza de barreiro (ABEID, 2022).

Apesar da contradição eleitoral que Abeid apresenta, os comunitários de Serra Verde lançaram mão de estratégias autônomas para construir equipamentos sociais, arrecadando dinheiro a partir de doações, brincadeiras coletivas e atividades religiosas.

Mas sempre foi desse jeito. O pessoal para conseguir as coisas aqui foi fazendo bingo, na época tinha pastoril, cantoria, novena, reizado, né? E foi onde a gente conseguiu ter o nosso objetivo e conseguir construir porque se for depender tudo do poder público, é muito difícil (ABEID, 2022).

A partir deste debate destaca-se que as relações sociais e de poder, que determinam a distribuição de bens necessários à reprodução social e as condições de vida, são socialmente produzidas. Breilh (2015) compreende que para analisar as condições de saúde e os processos para a vida (protetores e destrutivos) se faz necessário considerar a estrutura societária. A identificação dos processos protetores e destrutivos é fundamental para compreender as vulnerabilizações a qual uma comunidade é submetida, mas também as possibilidades que possui de produzir saúde e cuidado.

A análise realizada neste eixo apresenta informações relevantes para compreender a determinação social do processo saúde-doença-cuidado do território, visto que discute as relações de trabalho, a precarização e superexploração nas confecções, o enfraquecimento da agricultura e o acesso à educação, transporte, lazer e demais direitos sociais. Discute também a organização comunitária para se fortalecer e esperançar coletivamente. A fim de otimizar a leitura da determinação social em saúde de Serra Verde, o apêndice B apresenta uma síntese dos processos protetores e destrutivos da saúde e da vida no território identificados no decorrer da

pesquisa. Esses processos informam a dinâmica mais ampla do processo saúde-doença-cuidado da comunidade.

5.2.3 Cuidado e necessidades em saúde na comunidade quilombola Serra Verde

“O que adocece é isso, que a gente precisa, mas não tem a orientação devida”
(IDOMENYIN).

Neste eixo temático será analisado como os/as comunitários/as de Serra Verde e profissionais de saúde que assistem a comunidade compreendem o processo saúde-doença-cuidado do território e a influência do racismo nesse processo. O debate está estruturado à luz da análise sobre a história da comunidade e territorialidade quilombola, sobre as necessidades em saúde e a determinação social do processo saúde-doença-cuidado.

Assim como foi possível observar com os demais direitos sociais, a assistência à saúde em Serra Verde ocorre em meio a muitas barreiras de acesso. Para ilustrar os facilitadores e tais barreiras serão utilizadas as dimensões de acessibilidade que dizem respeito à garantia de obter cuidado em saúde quando necessário, de forma eficaz e adequada, e a capacidade de produzir serviços que atendam às necessidades em saúde de uma determinada população, segundo define Donabedian (2003).

Para uma análise mais ampla do acesso é pertinente desagregá-lo em dimensões distintas que levam em consideração aspectos geográficos, econômicos ou sociais, visto que o acesso vai além da oferta de serviços. A desagregação por dimensões auxilia no desenvolvimento de medidas operacionais que identificam os determinantes do acesso aos cuidados em saúde. Desse modo, utilizam-se as seguintes dimensões propostas por Levesque, Harris e Russell (2013) para aprofundar a análise: 1) Abordagem; 2) Aceitabilidade; 3) Disponibilidade e Acomodação; 4) Acessibilidade; 5) Adequação.

A abordagem está relacionada ao conhecimento dos/as usuários sobre quais os serviços e as possibilidades existentes para atender suas necessidades em saúde; a aceitabilidade caracteriza a receptividade dos serviços por parte dos usuários influenciados por aspectos sociais e culturais; a acomodação diz respeito a garantia de que os serviços de saúde possam ser acessados em tempo proficiente, a disponibilidade constitui a existência de uma estrutura física que torne viável a

produção dos serviços; a acessibilidade se refere à capacidade econômica dos usuários investirem recursos e tempo para usar os serviços necessários; por fim, a adequação se refere à quais serviços são prestados e à qualidade desse serviço, ao modo do qual ele é ofertado ao usuário para atender de fato às suas necessidades em saúde (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

Em Serra Verde, em relação à disponibilidade e acomodação, observaram-se fatores práticos que interferem no cuidado em saúde estão associados a: cobertura insuficiente de profissionais; estrutura física inadequada; acessibilidade geográfica pela distância da UBS Serra Velha para a comunidade de Serra Verde; limitação no uso do carro para realizar atendimento domiciliar; a não disponibilidade do SAMU para situações de urgência e emergência e a dificuldade para acessar a média complexidade.

A comunidade Serra Verde é uma das microáreas da UBS Serra Velha, unidade localizada em uma comunidade vizinha. Em decorrência da distância entre Serra Verde e a UBS, foi construído pelos comunitários um ponto de apoio em Serra Verde. Após a iniciativa da construção, a gestão municipal da época contribuiu com a finalização da estrutura.

Veja só, e sobre a saúde aqui do campo, aqui a saúde é muito precária. Em questão de quê? Em questão que hoje a gente tem uma unidade de saúde, nós temos porque foi a associação que construiu, certo? Apesar de que o poder público ele deu uma... Lá, finalizando, ele deu a sua contribuição, mas só que hoje tem uma microárea na comunidade que foi feita pela Associação no ano de dois mil e quatro, né? Porque antes não tinha e o pessoal era atendido na igreja. Mulher grávida e o pessoal pra fazer pré-natal, fazer exame periódico era tudo na igreja. A associação vendo essa dificuldade, juntou a comunidade e construiu uma unidade de saúde. [...] É, a nossa saúde aqui devido ao poder público é muito difícil (ABEID, 2022).

Nesse contexto, foi possível identificar que a compreensão dos comunitários acerca das necessidades em saúde expõe a negligência do poder público que, por ação ou omissão, produz situações de precariedade e dificuldades no acesso ao cuidado em saúde. É possível perceber também que diante das barreiras, a auto-organização comunitária é um elemento facilitador da promoção do cuidado no território.

A luta do povo negro pela sobrevivência se deu historicamente em processos comunitários de auto-organização. É nessa perspectiva que Beatriz Nascimento (2018) e Abdias Nascimento (2019) compreendem o quilombismo, como possibilidade de construir estratégias coletivas para enfrentar a violência e omissão do Estado, que nega cotidianamente a humanidade da população negra.

Nesse sentido, o pesquisador Renato Nogueira (2020) analisa a relação entre o pensamento de Achille Mbembe (2018), em *Necropolítica*, e Frantz Fanon, em *Os condenados da terra* (1968). Ao elaborar o conceito de *Necropolítica*, Mbembe define que “a soberania é a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é descartável e quem não é” (p.41). Para Mbembe, o conceito de *necropolítica* representa as formas contemporâneas de dominação, que subjagam a vida ao poder do Estado em decidir quais vidas devem ser preservadas; isso relaciona-se a centralidade que Fanon dá às consequências do colonialismo quando afirma que algumas pessoas já nascem “os condenados da terra”.

De acordo com Renato Nogueira (2020), Mbembe e Fanon identificam que os herdeiros dos brancos colonizadores estabelecem estratégias para manter os povos colonizados nos lugares onde a política de produção de morte prevalece. Os territórios onde impera o livre exercício da morte são, essencialmente, os territórios negros da atualidade, sejam as favelas nos grandes centros humanos, sejam as comunidades negras no campo.

A ação ou omissão do Estado, quanto à implementação de políticas públicas para as comunidades quilombolas, representa o descaso intencional do poder público, respaldado na compreensão de que são vidas cuja humanidade não se reconhece. O debate sobre o acesso e cuidado em saúde em Serra Verde precisa ser situado nesse contexto.

Os quilômetros de distância que separam a comunidade de Serra Verde e a UBS Serra Velha representam uma barreira geográfica para o acesso à saúde. Da Escola Municipal Francisco Borges, próximo ao local onde os/as comunitários/as esperam o transporte coletivo, até a UBS Serra Velha, por exemplo, são 10 km de distância. Essa distância não é propícia para percorrer a pé, especialmente por idosos, gestantes, crianças e pessoas com deficiência, pois representam em média mais de 2 horas de caminhada. Para ir de transporte coletivo é necessário pagar duas passagens.

A gente tem que, ou se deslocar para a cidade vizinha ou para Caruaru, mas por via das dúvidas, por ser uma cidade pequena, a outra cidade, a maioria prefere ir pra lá (Caruaru). E... Não é que deixa de ser atendido aqui (ponto de apoio de Serra Verde), porque quando tem alguma coisa, um exemplo, a marcação de dentista ou a marcação para médico, aqui fica cheio, lotado de gente, porque a gente necessita, né? Mas é uma quantidade de vaga limitada e daqui que o médico venha pra cá, e também com o deslocamento daqui pra lá, fica muito difícil, aí ninguém quer ir pra lá (UBS Serra Velha), só se for ser atendido aqui em Serra Verde. Porque gasta muito até chegar lá, né? São duas conduções. Quem tiver condução própria, vai por dentro, aí economiza

um pouco, mas quem não vai, tem que pegar duas conduções para poder chegar lá (IDOMENYIN, 2022).

Durante a pesquisa identificou-se que a comunidade de Serra Verde geralmente busca atendimento em três locais: na cidade vizinha, Riacho das Almas, onde a comunidade procura atender suas demandas espontâneas e serviços de urgência e emergência menos graves; na cidade de Caruaru, onde buscam atendimento para demandas espontâneas, para acessar a média e alta complexidade, para os serviços de urgência e emergência e para realização de exames; na UBS Serra Velha e no ponto de apoio construído na própria comunidade de Serra Verde.

Esse contexto revela que a comunidade não identifica a eSF como responsável pelo seu cuidado em saúde, consequência de uma fragilidade existente no papel da equipe de referência, enquanto equipe responsável pelo cuidado. De acordo com Campos e Domitti (2006), a equipe de referência deverá manter uma relação longitudinal com a população adscrita a ela, da qual preze a criação de vínculo, a responsabilidade sanitária da equipe e a integralidade do cuidado. Esse arranjo organizacional objetiva diminuir a fragmentação na saúde.

A fragilidade na construção de uma equipe de referência para a comunidade é resultado da alta rotatividade profissional da UBS Serra Velha e dificuldades na acessibilidade à saúde. Desse modo, ao passo que a UBS não é reconhecida como principal local a ser procurado na ocasião de uma necessidade de saúde, há uma quebra do primeiro contato, atributo essencial da APS.

Para uma APS ter qualidade se faz necessário que os seus atributos sejam reconhecidos e efetivados. É fundamental entender o que deve ser garantido pela saúde da família para que seja efetivada. Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade. Os primeiros quatro são os atributos essenciais e os três últimos os atributos derivados (MENDES, 2015, p. 33).

Os atributos da APS podem ser divididos em quatro essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e três derivados, que devem perpassar os essenciais: focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. O primeiro contato se refere à acessibilidade e ao uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema, para os quais se procura atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato define, portanto, a APS como a porta de entrada dos serviços de saúde, quando a população adscrita e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser procurado quando há uma necessidade de saúde.

Observa-se que há na comunidade uma fragilidade no atributo, uma vez que a população não procura a equipe quando surgem necessidades de saúde.

Muita gente vai pro atendimento e chega com a solicitação de Riacho das Almas pra colocar no sistema. E aí eu vou pro oftalmologista e a gente vê que é de Riacho das Almas. Aí orientam ele a voltar pro posto, para o posto que eu trabalho... Passar pelo médico, porque tem que ter a solicitação médica do município... Aí é aquele transtorno. Ou só marca por lá... Então, muita gente vai direto pra cidade quando tem alguma necessidade ou vai pra Riacho das Almas, que às vezes é mais próximo do que ir pro posto. Pra chegar no posto de Serra Verde pra lá é muita contramão, quem tem moto, quem tem carro, quem tem alguma condição melhorzinha pra pagar um transporte, tudo bem. [...] A única solução que tem é a gente ir até eles, não tem outra. Que é um direito deles também, né? Eles precisam de assistência. E tem uns que não vão porque não podem, não tem dinheiro pra chegar (CAMARA, 2022).

Percebe-se além da quebra do atributo do primeiro contato, que há uma fragilidade relacionada à baixa oferta dos serviços, à distância geográfica dos serviços existentes e ao impacto financeiro para as famílias em virtude da barreira de acesso. No caso das comunidades localizadas nos limites geográficos entre dois municípios observa-se ainda, uma ausência de articulação entre as gestões a fim de assegurar o acesso às ações e serviços de saúde.

A narrativa também demonstra que a unidade de saúde de Serra Verde não divulga à comunidade sua oferta de cuidado, assim como, sobre os fluxos assistenciais necessários para acesso à rede de atenção, apontando para uma fragilidade do conceito de acessibilidade, que segundo Levesque, refere-se à transparência das informações sobre a oferta de cuidado e de ações de educação em saúde.

Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) reiteram a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo revolucionário da APS, porém, sinalizam que um dos problemas da sua implantação no Brasil e garantia da universalização do acesso à saúde é o pior desempenho identificados em áreas rurais. Outros problemas indicados pelos autores são a fragilidade na participação social e a fragilidade da territorialização para priorização de ações conforme o risco. Os autores afirmam que as populações do campo, da floresta e das águas sofrem com a acessibilidade de tempo, em relação ao horário ofertados pelos serviços, a acessibilidade geográfica e ao que denominam acessibilidade psicossocial, que expressa barreiras de linguagem ou culturais à comunicação.

Em Serra Verde, a acessibilidade geográfica é comprometida haja vista a distância da UBS e dos demais serviços de saúde e as condições estruturais que

dificultam o acesso. Existe, por exemplo, uma limitação no uso do carro que é utilizado para transportar a equipe da unidade e também um número limitado de usuários/as que precisam realizar exames ou consultas em Caruaru. Para a equipe da RMSFC não havia disponibilidade de carro para a realização dos atendimentos domiciliares, o que condicionava o atendimento a longas caminhadas dos/as profissionais residentes.

Desse modo, o tempo de deslocamento para os serviços e o alto custo com o transporte também impactam o processo de trabalho dos profissionais de saúde e se caracterizam como um aspecto impeditivo de acesso à saúde para a comunidade.

Então assim, olhar muito a questão do outro, da valorização e você aprende muito quando você vai até o local. A saúde no campo só funciona se eu for, se eu não for, não vou saber a realidade. A minha falha maior é em decorrência da extensão, né? Eu fui fazer visita puerperal a manhã todinha e eu só consegui fazer 4 visitas. Porque era uma em Malhada de Pedras, a outra lá em Riacho do Viado, a outra em outro lugar e assim vai. Então, pra eu chegar de uma casa pra outra era uma vida (CAMARA, 2022).

A extensão territorial das áreas rurais se apresenta como um desafio para a gestão dos serviços de saúde. A não observância desse aspecto para o planejamento em saúde e a ausência de uma distribuição equânime dos recursos, impacta na assistência recebida pelas populações do campo. O debate sobre acesso, pensado do ponto de vista da equidade e atenção às necessidades em saúde, é fundamental para decidir sobre a alocação de recursos e o processo de trabalho das eSF.

A alternativa para viabilizar o acesso dessas populações é elaborar uma logística consoante com as distâncias reais percorridas pelos usuários, inclusive no acesso a outros serviços da rede assistencial. No financiamento, é fundamental considerar também as distâncias percorridas pelas equipes que atuam em territórios de menor densidade demográfica e maior dispersão territorial (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Franco, Lima e Giovanella (2021) realizaram uma revisão integrativa da literatura internacional sobre a saúde das populações do campo nos últimos vinte anos, objetivando identificar e analisar os desafios referentes ao acesso, a organização da atenção à saúde e a força de trabalho em saúde na APS no campo. Com relação ao acesso, os artigos discutiam os seguintes temas centrais: aspectos geográficos, necessidades de deslocamento dos usuários e acesso aos serviços hospitalares e especializados.

Ainda segundo Franco, Lima e Giovanella (2021), a extensão dos territórios e os recursos limitados de infraestrutura, transporte e serviços, perpetuam dificuldades

de acesso e submetem essas populações à vulnerabilidade de condições sociais, sanitárias e epidemiológicas, que demandam um planejamento estratégico com soluções viáveis para as especificidades no campo.

Os parâmetros de cobertura assistencial e de planejamento para adscrição da população rural ou ribeirinha não devem seguir os mesmos critérios para a população urbana. Isso deveria repercutir, conseqüentemente, na ampliação de oferta de equipes de saúde, neste caso em análise, na área rural. A UBS Serra Velha tem a sua população adscrita dividida em 12 microáreas, distribuídas em 85km². Os pontos de apoio, nesse contexto, são estratégias importantes para aproximar a eSF da população, mas não se configuram como uma equipe disponível cotidianamente e com estrutura suficiente e adequada para assegurar a atenção primária em seu sentido abrangente.

Apesar dos esforços da comunidade em construir uma estrutura adequada para o atendimento da eSF no território, a falta de manutenção no espaço físico torna-o inadequado para o atendimento. Uma das justificativas da equipe para não atender habitualmente no ponto de apoio é a falta de água na unidade, ocasionada pela quebra de uma caixa d'água, o que impossibilita a assepsia adequada para a realização dos atendimentos e a utilização do banheiro pelos profissionais e comunitários. Além disso, faltam instrumentais e equipamentos de saúde no ponto de apoio, e também, não há limpeza na unidade, o que acumula mofo e torna o ambiente insalubre.

Estudos indicam a importância dos pontos de apoio nas áreas rurais como estratégia para ampliar o acesso às ações e serviços da Atenção Primária à Saúde para a população do campo. Porém, Soares et al. (2020) avaliaram que a estrutura e o modo de funcionamento dos pontos de apoio, em algumas realidades, são insuficientes ou inadequados para atender às necessidades da população.

Em decorrência da ausência de estrutura física do ponto de apoio e da alta demanda por atendimento em outras microáreas e na própria UBS Serra Velha, os atendimentos em Serra Verde se resumem ao pré-natal e à puericultura, que ocorrem apenas uma vez ao mês. Este contexto afeta as dimensões disponibilidade e acomodação, visto que não há oferta de ações e serviços de saúde próximos à comunidade.

Depois botaram outra caixa d'água e não tinha água no ponto de apoio, por isso um profissional deixou de atender, que até eu ia achar um absurdo isso. Hoje eu só tô indo uma vez ao mês para lá, atender gestantes e crianças, fazer o controle na puericultura. Em decorrência dessa distância, a agente de saúde: "oh, tem como você vir um dia?", eu digo: "tenho". Então eu dividi o

cronograma, coloquei apenas um dia, o que é muito pouco... Porque eu ainda tenho Saguim, Malhada de Pedra e Serra Velha. Então, pra administrar tudo fica meio difícil. Hoje a gente tem na unidade 43 gestantes, que não é muito, mas também, ao mesmo tempo, se torna, né? Porque você tem que sair do posto, da unidade pra atender em algumas microáreas, se não você não consegue atender todo mundo (CAMARA, 2022).

Outro elemento que se soma às barreiras de acesso é a ausência de ACS de referência para Serra Verde. Antes havia ACS, mas desde que a profissional se aposentou, há aproximadamente oito anos, ela não foi substituída. Por um tempo, a ACS de referência para outra microárea deu suporte a Serra Verde, mas ficou sobrecarregada, pois acumulava trabalho.

Assim, o que atrapalha mesmo é que a área que a gente mora é uma área sem agente de saúde e a agente de saúde é muito importante pra tá nos orientando de várias coisas, das doenças que tem, do cuidado, que eles estão passando na casa, olhando tudo, se tem algum vestígio de água parada, alguma coisa. E daí vai amenizando a situação. **E o que adoecer é isso, que a gente precisa, mas não tem uma orientação devida.** Não vai para o posto de saúde por ser longe, quando abre aqui é só uma vez, não tem como ter um diálogo, porque o agente de saúde está lá para a gente poder dialogar com ele o que é que tá se passando na nossa casa, né? O que tá se passando com a gente, pra ele tentar conseguir alguma vaga, alguma coisa do tipo, vendo pela necessidade da gente, e como a gente não tem, isso é o que tá dificultando muito (IDOMENYIN, 2022).

A fala de Idomenyin deixa nítida a sua compreensão sobre como os processos de adoecimento da comunidade são diretamente afetados pela ausência de um agente comunitário de saúde. De acordo com Soares et al (2020), o trabalho do ACS, especialmente em áreas rurais, é responsável por reduzir a distância entre a população e o serviço de saúde. O profissional amplia a percepção da comunidade sobre a produção do cuidado, sobe o acesso a serviços de saúde e também dá conta de reconhecer as necessidades em saúde da população.

Foi possível identificar as especificidades na assistência à saúde do campo em relação ao acesso, que denuncia de antemão a ausência de investimentos do poder municipal e de iniciativas que promovam a equidade. No trecho a seguir, Camara compara a estrutura de uma unidade de saúde localizada na zona urbana com uma localizada na zona rural.

Eu fui atender em outra unidade que a profissional ficou de atestado, aí pedem outra para dar suporte. Posto de saúde chique, minha filha. Arrumado! Com ar-condicionado... Eu disse: "Meu deus, eu não tenho nem costume de trabalhar com ar-condicionado". Um calor da bexiga na minha sala, um aperto, uma agonia. É outro mundo, é outra situação. Quando eu olhei pra farmácia eu disse "Eu peço tanto remédio, tanta coisa e pra mim vem tão reduzido, não sei porquê." Acho que eles fazem, não sei, se é pela população... Se eles dizem que é rural e tem que mandar menos. O que a gente pede não manda. É..."Ah, eu preciso de um sifão para pia", "Ah, eu preciso de uma lâmpada que queimou". Poxa, quantos meses? Serviço de

capinação aí com 10 meses depois é que vem, o mato já tá tomando conta do posto. Assim, algumas coisas que podiam agilizar e não agilizam, agilizam pra uns e pra outros não. Por que? (CAMARA, 2022).

Ao comparar a infraestrutura de outras unidades de saúde com a da UBS Serra Velha, Camara destaca as diferenças na alocação dos recursos para as comunidades do campo e para as populações das áreas urbanas. A falta de remédios e de outros itens básicos para a efetivação dos serviços deixa nítida a má distribuição dos bens e serviços básicos para a promoção da saúde para a população negra do campo. Na entrevista de Kakuyon também foi relatada a ausência de iniciativas da gestão municipal direcionadas à saúde da população do campo.

Eu desconfiava que na verdade a principal ação do município, o principal programa pensando a saúde da população do campo em Caruaru é a existência da residência em saúde do campo. Eu desconfiava disso já, mas aí eu só vim ter certeza na última conferência de saúde [...] onde a gente estava passando uma moção para solicitar que com a nossa saída o município implementasse equipes do NASF nos territórios da zona rural de Caruaru. E aí quando eu fui pedir a assinatura para uma gestora, ela falou assim: "o que é que vocês querem mais para a saúde do campo?". Ah, eram duas moções, uma moção para essas duas equipes e uma moção para implementar a política de saúde da população do campo no município. E quando eu expliquei para ela e pedi a assinatura, entreguei o documento para ver se ela queria ler, ela perguntou para mim assim: "você não é residente do campo?" Eu falei: "sou". "E o que é que vocês querem mais de ação da saúde do campo além da residência? Já não tá bom não, é? Já não tem muita coisa, não é?" Eu falei "não, é porque a residência é uma iniciativa, e só tá em dois territórios, a gente queria algo que fosse para o município todo, né?" "Eu não vou assinar." E começou a fazer uma campanha para que as pessoas que estavam ao redor dela também não assinassem (KAKUYON, 2022).

As falas dos profissionais expressam mecanismos discriminatórios na assistência à saúde quando considerado o campo e a cidade. Ao afirmar que a iniciativa da RMSFC é suficiente para promover o cuidado nesses territórios, fica nítido o descaso e falta de compreensão acerca das necessidades em saúde da população do campo por parte da gestão municipal de saúde, inclusive porque a RMSFC não está presente em todo o território da área rural do município.

Foi possível identificar que a reabilitação também não é acessível para a população de Serra Verde. Mesmo em casos muito graves, em que esta intervenção é fundamental, não há mecanismos públicos que garantam o transporte, sendo a família a única responsabilizada pelo acesso. Esta situação também ocorre na área urbana, porém, nesses locais existem mais possibilidades para os usuários chegarem aos equipamentos, como transporte coletivo com acessibilidade e gratuidade na passagem, menor distância percorrida até o ponto de ônibus ou mesmo a oferta de carros de aplicativos.

Para as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida na área rural de Caruaru, não há alternativas se o/a usuário/a ou a família não conseguir custear o transporte. Dessa forma, a reabilitação é comprometida, o que influencia diretamente na qualidade de vida dessas pessoas e de seus/suas cuidadores/as. No trecho a seguir, Kakuyon relata a assistência recebida por dois usuários acompanhados por ele.

Os dois sofreram um acidente de moto e hoje um é paraplégico e o outro convive com uma paraplegia, mas que quase uma tetraplegia. E aí, ao longo desses dois anos, eles foram assistidos pela equipe do NASF residentes do campo, portanto, nós e a eSF de Serra Velha. E foram durante três meses, ou um pouco mais, assistidos pela equipe da EMADE, que é a equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, que acompanharam também. Mas aí, chegou num momento, por exemplo, que do ponto de vista da reabilitação, da fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, etc., eles precisam de equipamentos, de tecnologias duras que você só encontra mesmo na zona urbana, porque você não tem como levar isso pra lá, e que eles precisariam, desde o início, na verdade, ser encaminhados para a atenção especializada. Foi feito o encaminhamento, conseguiram ir algumas vezes, mas se esbarraram numa outra barreira que foi a barreira de acesso ao transporte. Eles simplesmente não têm como chegar até esse serviço porque eles usam cadeira de rodas. O carro da unidade de saúde de Serra Velha não pode levar porque usam cadeira de rodas, o motorista se negou a levar. O carro do CRAS também não dá, porque meio que isso é uma coisa da Saúde, não é uma coisa da Assistência. E eles tinham que pagar R\$80 ou até R\$100 para poder chegar até a cidade, fazer as sessões de reabilitação e voltar para casa (KAKUYON, 2022).

A integralidade do cuidado em saúde dos usuários cadeirantes é comprometida pela ausência de disponibilidade geográfica. Somada à distância territorial dos serviços, não há garantia de transporte municipal destinado às pessoas com deficiência que vivem no campo. Além do acesso não ser garantido pelo Estado, a situação socioeconômica dos usuários e suas famílias impossibilita o pagamento do transporte por conta própria, o que representa um vazio assistencial para esses usuários.

Em se tratando da dimensão adequação, da qual se avalia a capacidade dos serviços de se moldar às necessidades dos usuários, foi possível identificar que esta também não é garantida de forma satisfatória. A análise dessa dimensão perpassa as narrativas dos/as profissionais de saúde e dos/das usuários/as sobre o processo de trabalho e a compreensão acerca das necessidades de uma comunidade quilombola, sobre as estratégias que são incorporadas ao processo de trabalho da equipe para atender às necessidades da comunidade e sobre a identificação e reconhecimento da interferência do racismo no processo saúde-doença-cuidado.

Identificou-se que as barreiras de acesso discutidas até aqui influenciam na procura por ações de promoção e prevenção em saúde. Em decorrência das dificuldades para atendimento das demandas espontâneas, a busca por serviços de urgência e emergência são mais comuns, especialmente pelos homens, que só procuram o serviço de saúde com uma demanda aguda.

Abeid relata que não há regularidade no atendimento aos hipertensos, alguns apenas tomam o remédio controlado comprado diretamente na farmácia, sem a devida orientação e acompanhamento. De acordo com ele, quem precisa e tem condições financeiras, busca assistência em Caruaru, quem não tem, espera o atendimento em Serra Verde, sem saber ao certo quando isso acontecerá.

Eu raramente procuro uma unidade de saúde. Eu só procuro uma unidade de saúde se eu não puder resolver em casa. Aí eu vou. Caso contrário, não vou. Porque assim, eu sempre tenho, quase constante, uma dor na cabeça. Aí teve um dia, eu estava vindo da feira, eu fui e procurei a unidade de saúde lá no Vassoural. Aí não fui atendido. Eu digo “não, eu vou pra farmácia”. Aí cheguei na farmácia, aí eu comprei um comprimido, dipirona com cafeína, pronto, foi a solução. E até hoje quando eu sinto essa dor, eu tomo e rapidamente ela passa. Aí eu não procuro esse tipo de posto de saúde não. Raramente, é muito raro mesmo. [...] Nem o de Serra Velha. Eu acho que aqui nesse posto de Serra Velha eu não tenho cinco fichas não [...] Muito do pessoal que eu conheço, eles já têm o remédio em casa pra quando precisar tomar. O pessoal aqui, muitos deles, se medica por conta própria (ABEID, 2022).

Assim como Abeid, outras pessoas relatam pouco contato com a UBS, não sendo a unidade reconhecida como um espaço de referência para a saúde comunitária. A falta de vínculo com a unidade traz riscos para a população porque afasta a possibilidade de promover saúde, prevenir e investigar possíveis doenças, o que reafirma a quebra do primeiro contato, atributo essencial da APS, e a ausência de reconhecimento da equipe de referência por parte da comunidade.

A fala de Idomenyin também expressa essa priorização do cuidado em casa.

Só para tomar vacina mesmo. Porque quando tá doente a gente vai se cuidando em casa. Eu mesmo... É muito difícil eu ir lá no posto porque também a correria do dia-a-dia do trabalho, né? [...] Quando a vacina vem pra cá é melhor ainda, que a gente não vai pra lá (IDOMENYIN, 2022).

Dessa forma, é possível perceber que a ausência de disponibilidade e acessibilidade comprometem o cuidado em saúde, fragilizando também a dimensão da adequação. Exemplo disso, observa-se na inadequação da atenção às condições crônicas. Os relatos apontam ineficiência no acompanhamento da UBS, visto que mesmo para hipertensos e diabéticos não há regularidade nos atendimentos, sendo comum que usuários/as com essas condições utilizem apenas medicação de uso

contínuo como estratégia de cuidado, buscando os serviços apenas em processos de agudização.

Pensando na ineficácia desse formato de intervenção, Eugênio Villaça Mendes elaborou o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado à atuação do SUS, como uma alternativa ao paradigma da assistência focada nos episódios agudos, consequência da intervenção profissional focada nas doenças. A proposta deste modelo visa organizar o processo de trabalho na APS para que o cuidado seja longitudinal. Enquanto atributo essencial da APS a longitudinalidade representa o aporte contínuo de cuidados realizado pela equipe de saúde de modo consistente ao longo do tempo, elaborado a partir de uma relação mútua de confiança entre eSF, indivíduos e famílias (MENDES, 2015).

Percebe-se que o processo fragilizado de produção da saúde, sem arranjos organizacionais singulares que se adequem às necessidades da população, representam também uma significativa barreira de acesso.

Só quem faz acolhimento hoje são poucas pessoas. A gente não tem atendente, a gente não tem uma escala, não tem um acolhimento profissional, e aí tudo vai pra onde? Pra enfermeira [...] e às vezes eu tenho que entrar em contato com um médico para pedir consulta, para explicar a situação, e quando eu vejo que ele poderia atender porque não tem mais ninguém pra ele atender, mas ele diz: "Marque consulta!" (CAMARA, 2022).

Além da ausência de organização para acompanhar as pessoas com condições crônicas, não há acolhimento de demandas espontâneas na UBS Serra Velha, sendo a marcação de consulta, realizada uma vez ao mês, o modo mais provável de acesso a unidade. Essa dinâmica desencoraja os/as usuários/as a buscarem a unidade, pois não há garantia de que serão acolhidos.

Para que seja capaz de promover saúde, prevenir o adoecimento, coordenar o cuidado e estimular o autocuidado apoiado, se faz necessário uma reorganização dos serviços. O acompanhamento de situações crônicas na UBS exige mudanças no processo de trabalho das equipes, da atenção centrada no indivíduo à atenção centrada na família, da atenção uniprofissional para a inter/transprofissional, equilíbrio da agenda entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada, mudanças no processo de territorialização com cadastro familiar e classificação de riscos familiares e elaboração de Projeto Terapêutico Singular para os casos mais complexos que demandam maior atenção (MENDES, 2012).

Outro fator importante sobre a ampliação do acesso, resolutividade e fortalecimento da saúde nos territórios é a ampliação do trabalho multiprofissional.

Durante a pesquisa, foi possível perceber que a presença da equipe multiprofissional da RMSFC no território ampliou o escopo de atuação da unidade. Algumas intervenções da residência tiveram destaque e foram referidas pelos/as profissionais e comunitários.

Nesse um ano eu tive a oportunidade de trabalhar com os residentes, né? E aí, são vários profissionais, foram 10 residentes lá que me ensinaram demais. Aprendi muito com eles e eu queria ter o mínimo, assim, 5% da vontade, da coragem, da garra que eles têm. É impressionante, porque eles fazem, do nada, tudo acontecer. Eu sou fã dos residentes, né, do campo, que passaram por lá e ajudaram demais e ajudam ainda, né? (CAMARA, 2022).

No diário de campo também foram registradas avaliações dos/as comunitários/as sobre o serviço oferecido por profissionais da RMSFC. Durante diálogo com as trabalhadoras da costura, elas contaram que receberam visitas e orientações das profissionais de educação física e nutricionista da equipe de residentes sobre a importância dos intervalos para realizar alongamentos, exercícios e alimentação adequada para este trabalho. As trabalhadoras avaliam que isso ampliou o conhecimento delas sobre maneiras de cuidar da saúde. Sempre que podem, fazem pausas para exercitar o cuidado com o corpo.

Um diálogo entre Molefi e o residente Kakuyon, registrado em diário de campo, também ilustra a importância da equipe multiprofissional na APS. Após ser examinado, Molefi entrou em casa, buscou uma quantia de dinheiro e quis entregá-lo a Kakuyon. Ao fazer isso, Molefi afirmou querer “dar um agrado” porque Kakuyon o atende em sua casa, conversa com ele sobre vários assuntos sem pressa alguma, examina-o com cuidado e atenção, e ele não lhe oferece nada como pagamento; diferente de consultas particulares que ele recebe de profissionais médicos em Caruaru que, após todo o seu deslocamento até a cidade, o examinam com pressa e não dão atenção ao que ele está sentindo. Kakuyon não aceitou o dinheiro e explicou a Molefi que o atendimento, do modo como ocorre, é um direito garantido a ele.

A importância dessa configuração de equipe, composta por profissionais de saúde com diferentes formações, oferece resultados como os apresentados por Peduzzi et al. (2020), que destacam o potencial do trabalho em equipe na produção de melhores resultados na atenção à saúde de usuários/as, família e comunidade, como também, na melhoria da satisfação no trabalho por parte dos profissionais.

O trabalho multiprofissional na APS é fundamental para organizar os serviços e sistemas de atenção à saúde em rede e para ampliar o escopo de assistência às necessidades da população adscrita, que demandam uma abordagem ampliada e

contextualizada às suas realidades (PEDUZZI, 2020). Destaca-se ainda a importância da integração ensino-serviço, aqui caracterizada pela relação entre a unidade de saúde e a equipe de residência, assim como, seus impactos no processo de educação permanente.

Camara afirma que consegue identificar as necessidades dos comunitários quando realiza visita domiciliar. É dessa forma que ela diferencia a assistência recebida pela população do campo e da cidade, comparando suas experiências profissionais anteriores. Ela compreende as barreiras já referidas: a distância, o preço das passagens e também acrescenta aspectos importantes do processo de trabalho da equipe e da estrutura da unidade.

Então, a gente não tem hoje nem um telefone para começar, não tem nem recepcionista. Vai fazer um ano, quer dizer, um ano que eu já trabalho lá e depois que eu cheguei lá dois meses ou três, tiraram a recepcionista para fazer um atendimento não sei aonde, e ela ficou. [...] Então é, trabalhar na zona rural a gente não tem telefone para comunicação com os pacientes. Eu particularmente dou meu número para as gestantes, só. Eu não tenho estrutura, de jeito nenhum, para aguentar a população também porque a demanda é muito grande. É muita reivindicação e eu não vou resolver muita coisa. Então as gestantes que eu atendo de área descoberta, eu dou meu próprio número pessoal. "Por que?" Porque é um compromisso que eu tenho, a realidade é diferente, né? Então eu me sinto na obrigação de dar assistência (CAMARA, 2022).

Nas ocasiões em que se faz necessário encaminhar para atendimento especializado, o itinerário pode ser ainda mais árduo. Por não ter ACS, os usuários precisam voltar à UBS para buscar o encaminhamento, ir à consulta no centro de Caruaru e, quando necessário, fazer os exames, muitas vezes custeado por conta própria. Isso significa que, para alguns comunitários, mesmo que consigam a vaga para investigar ou tratar uma questão específica de saúde, o acesso à atenção especializada pode ser inviável.

Em relação às requisições, a gente pede que o paciente deixe um telefone de contato para que a gente entre em contato nessa área descoberta, inclusive Serra Verde, porque senão, quando chegar a marcação dele, ele vai perder. Tem gente que diz que não vai porque não tem dinheiro pra vir buscar esse papel e pra ir pra outro local determinado na consulta. Eu penso assim: "por que ele veio se consultar? Ele sabia que ia pedir exame". Eu entendo a situação e também entendo ele não ter nada pra ir. Aí, remarcar essa consulta porque ele disse que não tinha nem como ir buscar, nem como ir para consulta no dia (CAMARA, 2022).

Há uma clara descontinuidade do cuidado dos usuários e apesar de compreender o contexto dos comunitários em outros momentos da entrevista, Camara não faz a crítica necessária à ausência da regulação assistencial. A forma como está estabelecida a relação entre os níveis de atenção fragiliza o papel de coordenação do

cuidado pela APS, sobretudo quando os fluxos assistenciais não estão definidos e quando há uma insuficiência de oferta especializada.

Na situação descrita acima, os usuários não têm acessibilidade financeira para pagar as passagens, especialmente na quantidade de vezes necessárias para o itinerário que inclui a primeira ida à UBS Serra Velha, o retorno para buscar o encaminhamento, a ida ao atendimento da atenção especializada e novamente caso precise fazer exame ou voltar para o atendimento na UBS.

Ainda sobre a dimensão adequação, o processo de vacinação contra a COVID-19 na comunidade de Serra Verde mostrou a importância de compreender o território para atender efetivamente suas necessidades em saúde e viabilizar os direitos garantidos à essa população. O processo de vacinação de forma prioritária na comunidade só foi consolidado em decorrência de uma ampla mobilização dos profissionais da RMSFC, frente a secretaria de saúde, para cobrar que Serra Verde estivesse inserida no acesso à prioridade, tornando a vacinação um marco para o reconhecimento por parte da Secretaria Municipal de Saúde de que a comunidade é um território quilombola.

Neste trecho, Kakuyon conta como se deu esse processo:

E aí, cerca de um ano depois, a gente conquistou, junto com a comunidade e com o movimento quilombola brasileiro, a gente conquistou o processo de vacinação, de imunização da comunidade, de forma prioritária. E isso foi incrível. A comunidade relata que foi incrível e a minha sensação é de que foi isso. Porque é uma comunidade que teve direitos historicamente negados, inclusive o direito à saúde. [...] primeiro a gente ficou sabendo que a CONAQ, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas entrou com um processo na justiça solicitando a inclusão das comunidades quilombolas na campanha prioritária de vacinação. Porque historicamente o povo indígena e o povo quilombola geralmente entram juntos nos processos, enquanto povos tradicionais e comunidades tradicionais dentro dos processos de priorização de políticas públicas, inclusive de saúde. Só que dessa vez não entrou. Só entrou as comunidades indígenas, povos indígenas. O povo quilombola não entrou e aí teve que ter uma mobilização nacional [...] aí o STF obrigou o governo federal a fazer isso. E a gente "meu deus, saiu, foi autorizado, e agora?" "Então Serra Verde vai ter que ser vacinada." E agora? A gente passou um final de semana, sábado e domingo estudando isso, porque foi muito difícil achar documentos que orientavam isso (KAKUYON, 2022).

Kakuyon narra que alguns profissionais da RMSFC se basearam nos seguintes documentos para reivindicar a vacinação da comunidade: uma nota da Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos (CONAQ); um documento do Grupo de Trabalho de saúde da população negra da ABRASCO; e na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 742, em que o Supremo determinou à União a elaboração de um plano de combate à Covid-19 para a

população quilombola. Após isso, entraram em contato com a coordenação da RMSFC, a secretaria municipal de saúde e com a liderança nacional da CONAQ em Pernambuco.

Foram feitas reuniões na secretaria de saúde, onde a secretaria de saúde não sabia o que fazer, a secretaria de saúde não sabia nem que existia comunidade quilombola em Caruaru, quem dirá como fazer um processo de imunização. Queriam que a comunidade fosse... Todas as pessoas que morassem na comunidade, elas fossem pessoas pretas, com a pele retinta e que eles tivessem uma carteirinha falando que eles eram... Que aquela pessoa era uma pessoa quilombola. E aí, se não fosse a nossa presença enquanto residentes que estavam debatendo esse tema, que estavam desenvolvendo um projeto chamado Itójú Ilera L'ókô, cuidados primários à saúde da população negra, e que estivessem sendo formados em uma residência que caminha junto com a CONAQ, caminha junto com os quilombos de Pernambuco e que caminha junto com a Política Nacional de Saúde da População Negra, se não fosse a gente ali, eu realmente não sei como ia acontecer (KAKUYON, 2022).

A partir de um requerimento elaborado pela CONAQ e alguns partidos políticos de esquerda, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou a elaboração de um plano nacional de enfrentamento da pandemia da Covid-19 voltado à população quilombola, com providências e protocolos sanitários para assegurar a eficácia da vacinação na fase prioritária, a ser elaborado no prazo de 30 dias. A decisão foi tomada pelo Plenário da Corte, em sessão encerrada em 23/2/2021, ao julgar procedente a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 742. O documento enfatiza que:

A entidade e as legendas alegavam que atos comissivos e omissivos do Poder Executivo federal em relação ao enfrentamento da pandemia nas comunidades quilombolas resultaram na violação aos preceitos fundamentais relativos à dignidade da pessoa humana, ao pluralismo, à autodeterminação dos povos, ao direito à vida e à saúde, à diversidade étnico-racial e às garantias individuais visando à preservação da organização socioeconômica e das práticas culturais.

De acordo com Kakuyon, até esse episódio de mobilização para imunizar contra a COVID, a secretaria municipal de saúde não sabia que Serra Verde era uma comunidade quilombola que estava passando pelo processo de certificação. Então, quando foi feita a reunião no município para definir a operacionalização da prioridade na vacinação, por não saber como proceder, a gestão municipal convocou profissionais de saúde de algumas UBS para questionar se a comunidade era ou não quilombola. A RMSFC representou Serra Verde nesta reunião, mas, para as outras comunidades, sequer houve diálogo para averiguar a autodeclaração, prevalecendo a percepção da UBS de cobertura.

Ainda sobre a intervenção da RMSFC na comunidade Serra Verde frente a pandemia, Kakuyon afirma:

A gente tá com um governo que diz que não é para se vacinar. Então muitas pessoas sequer acreditam que existe a COVID. Então tem pessoas que não queriam se vacinar. E é um projeto de morte para essas pessoas. Que tá em curso, né? Então a gente foi fazer toda uma campanha, de novo, com o Campo Comunica, de sensibilização. A gente foi de porta em porta. "Gente, a vacina é segura, tê tê tê, tá tá tá" E aí a gente vê, né? A importância de ter uma equipe NASF com essa perspectiva de trabalho nas comunidades [...] A gente começou também a fazer um processo de mobilização da comunidade. "Chegou essa vacina, mas pode chegar muito mais, vamos nos reunir?" Porque a associação de moradores, de produtores quilombolas, estava durante a pandemia desativada no sentido de ter reuniões. Então a gente começou, a partir da vacinação, a mobilizar a comunidade. [...] "A gente se organizou às pressas para chegar a primeira dose, deu certo, mas a gente tem que se organizar com força pra chegar a segunda dose. Porque senão, não vai chegar. Foi uma luta pra chegar a primeira." E aí a comunidade topou essa organização política mesmo e social dentro da associação. Enquanto desdobramento, né? Da vacinação... A gente teve zero casos de COVID, zero casos de morte dentro da comunidade de Serra Verde. E a gente teve o processo de organização da associação, de fortalecimento da associação, como desdobramento desse processo de imunização (KAKUYON, 2022).

O trecho anterior traz aspectos fundamentais do trabalho realizado pela equipe multiprofissional. As estratégias de intervenção da equipe da RMSFC, frente ao contexto da pandemia, envolveram mobilização política para viabilizar o direito à vacina de forma prioritária para a comunidade; ações de educação popular em saúde para sensibilizar a comunidade sobre a importância de se vacinar, em meio a um contexto político negacionista; e fortalecimento da organização comunitária através da associação dos produtores quilombolas.

Brito et al. (2021), ao retratarem uma experiência de trabalho em uma comunidade rural, no âmbito do SUS, afirmam que o trabalho transdisciplinar garantiu aprendizados mútuos para a equipe e a comunidade sobre saúde, resistência e atuação comunitária. As autoras defendem que o trabalho transdisciplinar, pautado numa perspectiva antirracista, tem a potencialidade de promover territórios mais fortalecidos para o enfrentamento ao racismo. Essa abordagem só é possível dentro de um processo de trabalho que pautar o debate racial, supere os aspectos biomédicos e fortaleça a APS, com base em um cuidado integral e preventivo.

De acordo com Kakuyon, o trabalho da equipe de residentes incorporou a leitura acerca do território e das relações raciais para planejar as ações e serviços de saúde.

Aí, quando a gente chega, é uma nova possibilidade de assistência para essa comunidade, multiprofissional, no território, e parece que pelos relatos, parece que é uma das poucas vezes que a gente tem uma equipe com uma

consciência e com um recorte implementado dentro do processo de trabalho da questão da raça, da questão de ser uma comunidade quilombola, ser uma comunidade rural... Então com esse olhar parece que ao longo da história esse olhar não foi implementado pelas equipes que passaram, pelos processos que se passaram lá. E a gente sabe o quanto isso é importante, isso é o básico nesse processo de cuidado, né? Entender que é uma comunidade em vulnerabilização. Em processo de vulnerabilização (KAKUYON, 2022).

Nesse sentido, é fundamental avaliar a oferta de educação permanente para os/as profissionais de saúde que atuam em territórios negros, cuja necessidades em saúde extrapolam os aspectos clínicos. Quando questionados/as se a formação de base ou a educação permanente instruíam sobre o atendimento integral à saúde da população negra e/ou saúde da população do campo, considerando as prerrogativas da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), os/as interlocutores/as apresentaram diferentes experiências.

Camara compartilha em qual momento teve contato com o tema da saúde da população negra/população quilombola.

Agora enquanto profissional, enquanto município, junto com a coordenação também, apoiadores, os residentes... Então, a gente teve muito esses momentos na época da campanha de vacinação. Tanto a população negra, quanto a quilombola. Mesmo porque foram traçadas as estratégias de como poderia ser, é os períodos de vacinação, de campanha, e aí foi justamente nesse momento que a gente teve. Foram vários momentos. Inclusive, falando sobre os direitos, né? Os deveres da localidade pra eles, é tanto que a vacinação, a prioridade da vacinação quilombola é que seja feita naquela determinada microárea. Então foi garantido o que tinha pra garantir, a forma como deveria ser, foi seguida, mas a gente foi orientada antes (CAMARA, 2022).

Esse debate aparece apenas no momento em que ela atua em uma comunidade quilombola e teve a necessidade concreta de operacionalizar o processo de vacinação da comunidade, articulada por outros profissionais, o que expõe a fragilidade na formação profissional no que concerne à realidade brasileira, relações raciais e compreensão do território para o planejamento em saúde.

Há uma ausência de oferta de formação permanente para atender às demandas que são específicas da população.

Não, a única capacitação que eu lembro é sobre anemia falciforme, que tivemos, já umas duas ou três vezes, ao longo desses 15 anos que foi descoberto que aqui tem condição de ser um território quilombola. Pronto. Umás três vezes que tivemos formação sobre isso, sobre a questão da anemia falciforme que também é algo que desencadeia muito na população negra (NOMUSA, 2022).

Faustino (2017) afirma que um dos principais desafios para a saúde da população negra no Brasil é de caráter “político e programático”, relacionado tanto à ineficiência da formação profissional, quanto às escolhas políticas de organização da atenção à saúde, que não têm como propósito combater as iniquidades raciais e promover a universalização do direito à saúde.

A educação permanente em torno da anemia falciforme, doença prevalente na população negra, é muito importante, especialmente quando se trata de uma região onde a maioria da população é negra. Porém, o debate cristalizado em apenas uma doença demonstra a fragilidade da PNSIPN, que tem como uma das diretrizes: “Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde” (BRASIL, 2009).

A anemia falciforme é, sem dúvida, um marcador importante e que precisa ser tema constante da formação permanente dos profissionais de saúde. Entretanto, o processo de trabalho das equipes não incorpora o saber da população negra a respeito do seu cuidado em saúde, assim como, esse também não tem sido tema frequentemente utilizado no processo de educação permanente (SILVA, 2020).

Kakuyon, por sua vez, afirmou que o debate sobre saúde da população negra e saúde da população do campo esteve ausente durante a sua graduação, apenas apareceu de forma consolidada em atividades extracurriculares, no movimento estudantil, nos movimentos sociais e em projetos como o estágio de vivência VERSUS, onde o entrevistado soube, inclusive, da existência da RMSFC. Ele afirma que a construção de uma consciência racial demanda também a disposição política, social e histórica para enxergar pelas lentes necessárias a experiência do/a outro/a.

A gente precisa estar preparado pra poder perceber as coisas, o racismo é assim. Eu só consegui perceber elementos e coisas do racismo no meu cotidiano, quando eu comecei a ter, enquanto profissional de saúde, por exemplo, enquanto homem, preto, LGBT, gay... Eu só consegui começar a perceber quando eu consegui chegar no processo de construção dessa consciência racial de alguma forma dentro do meu ser, assim, né? Da minha existência. Então você precisa tá preparado, preparado pra poder enxergar algumas coisas, né? E essas coisas, você só vai conseguir enxergar também, se você tiver com olhos pra isso. Se você estiver com aquele olhar, com aquelas lentes para ver aquilo. E às vezes, se você quiser também ver aquilo. Parte de uma vontade também, política, social, histórica, de querer ver esses elementos (KAKUYON, 2022).

Desse modo, as experiências dos/as entrevistados/as demonstram que a temática ainda é acessada por quem a procura nos espaços da militância, de

formação extracurriculares ou de pós-graduação, à exemplo da RMSFC, mas não como um tema fundamental que compõe o currículo básico dos/as profissionais de saúde. A procura por esses espaços esteve relacionada ao grau de escolaridade e/ou ao pertencimento racial de cada interlocutor/a.

A formação crítica voltada ao tema tece o que cada profissional compreende sobre racismo e sua influência no processo saúde-doença-cuidado. Para perceber que as vivências da comunidade são atravessadas pelo racismo, é imprescindível a conscientização política e sensibilização orientadas nessa perspectiva.

Para Rufino (2019), uma agenda política e educativa é um fenômeno que está implicado na dimensão ética da responsabilidade com o outro. Dessa forma, para romper com as práticas, mentalidades, linguagens, regulações e dispositivos de interação social que foram engendradas ao longo do colonialismo, ao qual possui o racismo como fundamento, é preciso uma educação que atenda a outras formas de ser, de saber e de poder. Segundo o autor, “a luta por outras educações, experiências, linguagens e gramáticas é uma luta pela vida” (RUFINO, 2019, p.75), sendo assim, reitera a necessidade de uma formação que defenda a transgressão das mentalidades, como um ato de libertação.

Com relação a compreensão dos/as comunitários/as sobre a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado, as falas de Idomenyin, Abeid e Nomusa apresentaram um aspecto em comum, visto que não relacionam o racismo a um contexto mais amplo de desigualdades sociais e de acesso a direitos.

Não, lá no nosso PSF é muito tranquilo em relação a isso, graças a Deus. Pelos ex profissionais, pelos atuais, eu nunca vi indiferença deles para conosco não. Não sei se é porque tem muito ACS negros também, né? Que isso também quebra a questão do racismo, de uma certa forma. Mas lá é tranquilo. Eu nunca vi... Eu tenho 16 anos e nunca senti indiferença não, dos profissionais, dos médicos, não (NOMUSA, 2022).

No trecho anterior, Nomusa relaciona a interferência do racismo na saúde apenas a atitude da equipe e avalia que a presença de ACS negros pode influenciar em um melhor acolhimento para a população negra.

Idomenyin, por sua vez, afirma que o racismo pode interferir no acolhimento e na atenção dos profissionais de saúde, pois isso ocorre em todos os lugares. Em consonância com o entendimento do professor Kabengele Munanga (2000), que afirma que no Brasil o racismo é cromático, pois se baseia na presença de fenótipos negros. Idomenyin acredita que as pessoas podem ser discriminadas pela sua cor de

pele, pelo seu cabelo ou pela forma de se vestir, mas afirma que nunca presenciou nenhuma situação discriminatória na UBS Serra Velha.

Sobre o tema, Abeid responde relacionando o racismo à forma de tratamento:

Porque assim, eu mesmo, se for depender de mim, pode me chamar de negro. Eu nem me importo. Sabe por quê? Porque assim, eu já levo tudo na brincadeira. Né? Às vezes eu brinco muito com o pessoal. Eles levam tudo na brincadeira. E assim, eu sou. Eu só não gosto que me chame de galego, eu não sou galego, né? (risos). Mas se me chamar de negro eu não... Não trato isso como racismo não (ABEID, 2022).

Dessa forma, o interlocutor relaciona o racismo ao tratamento interpessoal, o que demonstra uma perspectiva reduzida, amplamente difundida no senso comum. De fato, o racismo também se expressa de diversas formas nas relações interpessoais cotidianas, porém, observá-lo apenas por esse aspecto não é suficiente para compreender sua dinâmica e combatê-la.

Beatriz Nascimento descreve o racismo como “um emaranhado de sutilezas”, assemelhando-o a uma teia composta por fios finos num cruzamento complexo e arduo. Beatriz esteve sempre atenta à dubiedade das interpretações do racismo, por este ser um fenômeno multifacetado que se expressa em diferentes situações e possibilidades, um fenômeno que é ao mesmo tempo violento e sutil. Estes elementos fazem o racismo na sociedade brasileira ser tratado com desconfiança e incerteza, o que forja o racismo “velado” ou “difícil de ser reconhecido” pela população (RATTS, 2006).

É possível relacionar essa perspectiva ao mito da democracia racial no Brasil, que produz um distanciamento da compreensão do racismo como uma experiência que destitui a humanidade das populações negras.

Neste eixo foi possível analisar que as narrativas apresentam diferentes percepções sobre o processo saúde-doença-cuidado de Serra Verde, que se diferencia a partir da trajetória de cada interlocutor/a. Em comum, se apresentam as barreiras de acesso e ausência na garantia das dimensões da acessibilidade e também nos desafios impostos à efetivação da UBS Serra Velha no seu atributo de coordenadora do cuidado da comunidade, capaz de conduzir os/as usuários/as na RAS para atender todas às suas necessidades. O racismo se apresenta aqui nas negativas do Estado em assegurar o direito à saúde desde iniciativas simples e estruturais, como o conserto de uma caixa d'água no ponto de apoio, até a garantia da implementação da PNSIPN e PNSIPCA.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que é que tem? O sonho. Sonhar com coisas melhores. É a única coisa que faz a gente sobreviver e pensar em dias melhores em questão de saúde, em questão de tudo aqui pra comunidade... O sonho... Porque eu acho que o ser humano, quando ele não sonha, ele não tem muita perspectiva de vida. Porque o sonho é uma das carruagens que movem a gente pra chegar a uma realização (NOMUSA).

Analisar o processo saúde-doença-cuidado de uma comunidade quilombola em processo de autorreconhecimento e nos trâmites da certificação, se constitui em um grande desafio, visto a multiplicidade de fatores que envolvem essa análise. Para pensar esse processo foi necessário conhecer a história da comunidade, se aproximar das relações construídas no território, entender como se dá o acesso à saúde e às demais políticas públicas e compreender a atenção às necessidades sociais.

Para as pesquisas qualitativas em saúde coletiva, especialmente para as ciências sociais em saúde, o uso das narrativas se apresentou como método eficaz para alcançar as experiências e compreensão acerca de uma realidade. Assim como orienta Abdias Nascimento, em *O Quilombismo* (2019, p. 287): “o conhecimento científico que os negros necessitam é aquele que os ajude a formular teoricamente sua experiência de quase 500 anos de opressão”. Desse modo, se reafirma o preceito ético e político que guiou a elaboração, a análise e produção de narrativas neste trabalho.

Nesse sentido, as narrativas de cada interlocutor/a, trabalhadores/as do SUS e/ou comunitários de Serra Verde, representam a possibilidade de analisar as perspectivas que na maioria das vezes não são consideradas para definir investimentos nas políticas públicas, tampouco para avaliar o serviço que está sendo oferecido à população. Os resultados obtidos vão de encontro ao desmonte do SUS enquanto sistema de saúde público que tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, e reforçam a urgência da sua defesa para a garantia do cuidado em saúde das comunidades quilombolas.

É necessário pontuar os percalços que envolvem a produção de pesquisas no campo, com dificuldades de transporte para chegar e transitar pelo território, o que só

reforça, além dos próprios resultados encontrados, a necessidade de mais investimentos em pesquisas nesse contexto. Destaca-se também a importância de fomentar estudos que compreendam as intersecções entre racismo e populações do campo, haja vista as vulnerabilizações que incidem historicamente sobre elas, não sendo possível compreender a realidade brasileira analisando “campo”, “relações raciais” e “colonialidade” de forma isolada.

No primeiro eixo temático, **territorialidade quilombola e relações raciais em Serra Verde**, foi possível identificar a invisibilidade dada a Serra Verde pelo município de Caruaru, o que é atribuído ao processo de marginalização sofrido pelas comunidades quilombolas. A comunidade tem em sua história a centralidade da igreja católica, que funciona enquanto um importante equipamento social, de sociabilidade e fortalecimento comunitário. Observa-se um processo de distanciamento das práticas tradicionais de cuidado que existem no território, mas o exercício desses saberes ocorre de forma privativa. Apesar disso, uma análise mais cautelosa da comunidade permite identificar as subversões e as resistências expressas na manutenção do legado africano, à exemplo do grupo de capoeira e da prática de trançar os cabelos; e das relações, no cuidado coletivo e na construção da autonomia, o que se alinha a compreensão de Beatriz Nascimento sobre quilombos, ao qual define como “possibilidade nos dias de destruição”.

No segundo eixo temático, **Determinação social em saúde da comunidade de Serra Verde: processos protetores e destrutivos da saúde e da vida**, foram discutidas as mudanças no território ao longo do tempo, o enfraquecimento da agricultura familiar e o impacto disso no modo de vida e saúde da comunidade e a dinâmica da superexploração do trabalho na costura. Foram identificados processos destrutivos, como o trabalho, ausência do EJA, falta de água e dificuldade com o transporte; e processos protetores, como a relação com a agricultura e o autogerenciamento da comunidade.

Por fim, no terceiro eixo temático **Cuidado e necessidades em saúde na comunidade quilombola Serra Verde** foi possível identificar que algumas dimensões da acessibilidade (abordagem, disponibilidade e acomodação e adequação) não são garantidas, o que inviabiliza o acesso da comunidade à saúde. Além disso, a partir da experiência dos/as interlocutores, foi possível identificar uma discriminação na oferta, com piores condições de trabalho e atenção à saúde no território do campo, quando comparado à zona urbana.

Este contexto reafirma a urgência do fortalecimento da APS para melhorias do cuidado em saúde das comunidades quilombolas, posto que foi identificado a relação entre a quebra de atributos essenciais da APS: primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade, e a garantia de um acesso equânime. Destaca-se ainda a importância da integração ensino-serviço, aqui caracterizada pela relação entre a unidade de saúde e a comunidade com a equipe da RMSFC, assim como, seus impactos no processo de educação permanente.

Analisou-se também a importância de atuar conforme às necessidades da população, tendo como ponto de partida a territorialidade, as relações e a história da comunidade. Para construir as lentes necessárias para compreender este território, suas necessidades e demandas, se faz necessário investir em formação profissional qualificada, comprometida em combater o racismo e defender a implementação da PNSIPN e PNSIPCFA.

Sendo assim, as expressões do racismo no processo saúde-doença-cuidado da comunidade Serra Verde manifestam-se na negação da história e reconhecimento da comunidade enquanto quilombo, nos interditos sobre as práticas tradicionais de cuidado, na negação das políticas públicas e acesso a direitos como saúde, educação, transporte e lazer, que minam cotidianamente as possibilidades de manter uma vida saudável. As barreiras identificadas na acessibilidade à saúde se constituem enquanto facetas da necropolítica e da colonialidade, que produz cotidianamente um projeto de morte em detrimento da promoção do cuidado e da vida das famílias negras.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Alberto. **O Bem Viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária, 2016.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In*: NOGUEIRA, Roberto P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 11-36. Disponível em: <<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Determina%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria.pdf>>. Acesso em: 13 de out. 2022.

ARAÚJO DE OLIVEIRA, Denilson. A Questão Racial Brasileira: apontamentos teóricos para compreensão do genocídio negro. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 12, n. 34, p. 73-98, nov. 2020. Disponível em: <<https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/1133>>. Acesso em: 13 maio 2021.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George; ALLUM, Nicholas C. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

BISPO, Nego. **Colonização, Quilombos**: modos e significados. Brasília: INCTI, 2015.

BORDE, Elis M. S. **Notas para uma reinterpretação crítica dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde**. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/36184>>. Acesso em: 20 de setembro de 2022.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 4.887 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 03 de outubro de 2022.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de Gênero e Raça**. 4ª ed. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de Gênero e Raça**. Brasília: IPEA, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_chefia_familia.html>. Acesso em: 02 março 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Supremo determina que Governo Federal elabore plano de combate à Covid-19 para população quilombola. **Portal STF**, Brasília, 25 fev. 2021. Disponível em: <<https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=461129&tip=UN>>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. 1. ed., Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>>. Acesso em: 03 de setembro de 2022.

BURIGO, André C.; PORTO, Marcelo F. S. Trajetórias e aproximações entre a saúde coletiva e a agroecologia. **Saúde em Debate**, v. 43, n. especial 8, p. 248-262, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Qsg8HMWDTqBPtgGys7Krm3P/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 de setembro de 2022.

CAMPOS, Gastão W. S.; DOMITTI, Ana C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23n2/399-407/pt/#ModalArticles>>. Acesso em: 10 de novembro de 2022.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DANTAS, Candida M. B. *et al.* Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais: cuidado integral às populações do campo. **Athenea Digital**, v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2169>>. Acesso em: 01 de outubro de 2022.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ESTOU me guardando para quando o carnaval chegar. Direção: Marcelo Gomes. Produção: Nara Aragão; João Vieira Jr.. Brasil: Netflix, 2019. 86 min.

FRANCO, Cassiano M.; LIMA, Juliana G.; GIOVANELLA, Lígia. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00310520>>. Acesso em: 23 de outubro de 2022.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FANON, Frantz. **Pele Negra, Máscaras Brancas**. Salvador: EDUFBA, 2018.

FAUSTINO, Deivison M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3831-3840, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>>. Acesso em: 13 nov. 2022.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) com processo de certificação em andamento**. Brasília, DF: FCP, 2016. Disponível em: <<https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/COMUNIDADES-EM-AN%C3%81LISE.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

GOLIN, Tau. Os cotistas desagradecidos. **Sul21**. Porto Alegre, 6 jun. 2014. Disponível em: <<https://sul21.com.br/colunastau-golin/2014/06/os-cotistas-desagradecidos/>>. Acesso em: 18 set. 2022.

GOMES, Flávio S. **Mocambos e Quilombos**. 1ª ed. São Paulo: Claro Enigma, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Agropecuário**. Brasil: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/agricultura-e-pecuaria/21814-2017-censo-agropecuaria.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 16 out. 2018.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista narrativa. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Tradução: Pedrinho Guareschi. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. p. 90 –113.

KILOMBA, Grada. The Mask, *In*: **Plantation Memories: episodes of everyday racism**. 2 ed. Münster: Unrast Verlag, 2010.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Cia. das Letras, 2019.

LIRA, Paulo V. R. A. **A determinação social da saúde dos(as) trabalhadores(as) da confecção do Agreste Pernambucano: desgaste e adoecimento como expressão da superexploração da força de trabalho**. 203 f. 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/30393/2018Lira-pvra.pdf;jsessionid=25583D04A86B2200B2A36432B8E8A4D9?sequence=2>>. Acesso em: 01 out. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. Traduzido por Renata Santini. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary J.; MÉLLO, Ricardo. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. *In*: SPINK, Mary J.; BRIGAGÃO, Jacqueline I. M.; NASCIMENTO, Vanda L. V.; CORDEIRO, Mariana P. (Orgs.). **A**

produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 274-294.

MELO, Paula B. Quilombos: transição da condição de escravizado à de camponês livre. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 1, n. 3, p. 53-76, 2011. Disponível em: <>. Acesso em: 21 de out. 2022.

MENDES, Eugênio V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, Eugênio V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (Brasil). **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 742.** Impugnação a condutas comissivas e omissivas do governo federal no enfrentamento da epidemia de COVID-19 em comunidades quilombolas. Medida cautelar. Observância do princípio da subsidiariedade. Pleito amplo. Vulnerabilidade do grupo. Tutela constitucional. Implementação de política pública delineada em lei federal. Cabimento de intervenção jurisdicional. Necessidade de consolidação de plano próprio de enfrentamento. Criação de grupo de trabalho interdisciplinar. Participação de representantes do grupo afetado. Parecer pelo deferimento parcial do pedido de medida cautelar. Brasília, DF: MPF, 2020. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/copy_of_ADPF000742Covid19comunidadequilombolasCD.pdf>. Acesso em: 06 de nov. 2022.

MOORE, Carlos. **A África que incomoda:** sobre a problematização do legado africano no cotidiano brasileiro. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

MOORE, Carlos. **Racismo e sociedade:** novas bases epistemológicas para entender o racismo. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007. 320 p.

MUNANGA, Kabengele. Mestiçagem e experiências interculturais no Brasil. *In:* NEVES, Fernando S. **A globalização societal contemporânea e o espaço lusófono:** mitideologias, realidades e potencialidades. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas, 2000. p. 225 - 241.

MUNANGA, Kabengele. Prefácio. *In:* MOORE, Carlos. **A África que incomoda:** sobre a problematização do legado africano no cotidiano brasileiro. Belo Horizonte: Nandyala, 2010.

NASCIMENTO, Abdias. **Negro-Libertária.** Rio de Janeiro: IPEAFRO, 1984.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do negro brasileiro:** processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1978. 183 p.

NASCIMENTO, Abdias. **O quilombismo:** documentos de uma militância pan-africanista. 3 ed. rev. São Paulo: Editora Perspectiva. Rio de Janeiro: IPEAFRO, 2019. 390 p.

NASCIMENTO, Beatriz. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra (1985). In: NASCIMENTO, Beatriz. **Quilombola e intelectual: possibilidade nos dias de destruição**. 1 ed. Diáspora Africana: Editora Filhos da África, 2018. p. 273-294.

NOGUERA, Renato. Dos condenados da terra à necropolítica: diálogos filosóficos entre Frantz Fanon e Achille Mbembe. **Revista Latinoamericana do Colégio Internacional de Filosofia**, n. 3, 2020. Disponível em: <https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/renato_noguera_-_dos_condenados_da_terra_%C3%A0_necropol%C3%ADtica.di%C3%A1logos_filos%C3%B3ficos_entre_frantz_fanon_e_achille_mbembe.pdf>. Acesso em: 19 de out. 2022.

OLIVEIRA, Rosane O. “**Identidade negra, território e memória: a história de vida de Luiza Cavalcante, Sítio Ágatha - PE**”. 107 f. 2021. Dissertação (Mestrado Acadêmico em) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2021.

ÔRÍ. Direção: Raquel Gerber. Narração: Beatriz Nascimento. Produção: Ignácio Gerber. Brasil: Angra Filmes, 1989. 93 min. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=r9UuhRC2xk4>>. Acesso em: 13 de ago. 2022.

PEDUZZI, Marina *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, suppl 1, e0024678, mar. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>>. Acesso em: 12 nov. 2022.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: Clacso Livros, 2005. p. 117–142.

RAMOSE, Mogobe B. Sobre a Legitimidade e o Estudo da Filosofia Africana. **Ensaios Filosóficos**, v. 4, p. 6-25, out. 2011. Disponível em: <http://www.ensaiosfilosoficos.com.br/Artigos/Artigo4/RAMOSE_MB.pdf>. Acesso em: 23 de ago. 2022.

RUFINO, Luiz. **Pedagogia das Encruzilhadas**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2019.

SEVALHO, G. Necessidade em saúde e determinação social. **Intervozes Trab. Saude Cult.**, v. 1, n. 1, p. 80-82, 2016. Disponível em: <>. Acesso em: 14 set. 2022.

SILVA, Simone R. A trajetória do negro no Brasil e a territorialização quilombola. **Revista NERA**, Presidente Prudente, v. 14, n. 19, p. 73-89, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.47946/rnera.v0i19.1801>>. Acesso em: 25 de ago. 2022.

SOUZA, Neusa S. **Torna-se Negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2022.

WERNECK, Jurema. Racismo Institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, v. 25, n 3, jul-set 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>>. Acesso em: 14 de ago 2022.

**APÊNDICE A - PROTOCOLO DO CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO
PARA CADA OBJETIVO DA PESQUISA**

OBJETIVOS	INFORMAÇÕES	FONTE
Identificar as necessidades em saúde da comunidade de Serra Verde, Caruaru - PE	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre a história do território e os equipamentos sociais da comunidade; • Identificação dos elementos que promovem e ameaçam a saúde e vida do território, Breilh (2003; 2006); • Necessidades sentidas e necessidades observadas. 	<p>Diagnóstico Rural Participativo elaborado pela RMSFC;</p> <p>Observação e anotações no diário de campo;</p> <p>Entrevista narrativa.</p>
Analisar como a comunidade de Serra Verde compreende o processo saúde-doença-cuidado;	<p>Determinantes sociais em saúde;</p> <p>Necessidade em saúde;</p> <p>Como compreendem os fatores de adoecimento e promoção à saúde;</p> <p>Práticas de cuidado no território e práticas de cuidado do setor saúde;</p> <p>Percepção do acesso aos serviços de saúde</p>	<p>Entrevista com moradores/as de Serra Verde;</p> <p>Observação e anotações no diário de campo.</p>
Analisar como profissionais de saúde e gestores que assistem a comunidade de Serra Verde compreendem o processo saúde-doença-cuidado da comunidade.	<p>Determinantes sociais em saúde;</p> <p>Necessidade em saúde;</p> <p>Como compreendem os fatores de adoecimento e promoção à saúde;</p> <p>Práticas de cuidado comunitárias do território e práticas de cuidado do setor saúde;</p> <p>Percepção do acesso aos serviços de saúde;</p> <p>Avanços e desafios da implementação da PNSISPN e PNSIPCFA.</p>	<p>Entrevista com profissionais de saúde e gestores/as.</p>

<p>Compreender como profissionais de saúde e comunitários percebem a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado.</p>	<p>Conhecimento sobre as necessidades em saúde da população negra do campo;</p> <p>Organização do processo de trabalho e atendimento das necessidades;</p> <p>Oferta da atenção e condições de trabalho;</p> <p>A forma como o cuidado se faz na práxis;</p>	<p>Entrevistas com profissionais de saúde e moradores/as de Serra Verde</p>
--	--	---

APÊNDICE B - ELEMENTOS QUE PROMOVEM E AMEAÇAM A SAÚDE E A VIDA DA COMUNIDADE SERRA VERDE, PE, 2022.

Elementos que promovem a saúde e a vida	Elementos que ameaçam a saúde e a vida
<ul style="list-style-type: none"> ● Tradição de atividade produtiva, agricultura; ● Identificação com o território; ● Rede de apoio social comunitária; ● Existência de práticas tradicionais de saúde; ● Suporte das famílias; ● Comunidade coberta por Unidade de Saúde da Família; ● Grupo de Capoeira; ● Valorização da estética negra e da ancestralidade quilombola; ● Igreja São José, espaço de partilha de fé e fortalecimento dos laços comunitários; ● Equipe de residentes em formação voltada para a saúde do campo; ● Festa de São José festas juninas; ● Associação dos produtores rurais quilombolas e organização comunitária; ● Grupo de idosos do CRAS; ● Apoio no processo de certificação quilombola pela SPM. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificuldade de acesso aos serviços sociais e de saúde; ● Ausência de ACS; ● Ausência de atendimento no ponto de apoio da UBS; ● Distância do posto; ● Ausência de políticas públicas e incentivo para agricultura familiar; ● Precarização e instabilidade do trabalho na costura; ● Exposição de mulheres gestantes, idosos e pessoas em sofrimento mental ao trabalho precarizado na costura; ● Doenças e agravos em saúde dos/as trabalhadores/as do ramo da confecção; ● Problemas decorrentes do uso de álcool; ● Trabalho infantil; ● Coleta de lixo inexistente; ● Estiagem e ausência de água encanada para consumo e produção; ● Alto custo da água do caminhão pipa; ● Transporte coletivo insuficiente e caro; ● Insuficiência de dispositivos de lazer; ● Insuficiência de políticas para convivência com o clima no semiárido; ● Ausência de turmas do ensino médio e do EJA; ● Não garantia de transporte para estudantes do nível superior; ● Falta de segurança e assaltos.

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE C - ROTEIROS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Entrevista moradores de Serra Verde

Pergunta norteadora moradores de Serra Verde²:

Estou interessada na história de Serra Verde e nas experiências dos moradores daqui com a saúde. Gostaria que o/a senhor/a me contasse sobre suas experiências com o cuidado em saúde e com o adoecimento aqui em Serra Verde e o que mais o/a senhor/a achar importante falar. O/A senhor/a pode levar o tempo que for preciso para isso, podendo também dar detalhes, pois tudo o que for importante para o/a senhor/a é importante para mim. Não se preocupe com certo e errado.

Roteiro perguntas complementares moradores de Serra Verde:

- 1) Apresentação
 - a) Como gostaria de se apresentar?
 - b) Nome
 - c) Idade
 - d) Raça/cor
 - e) Identidade de gênero
 - f) Ocupação/ profissão
 - g) Grau de escolaridade
 - h) Há quantos anos mora em Serra Verde?
- 2) Conta para mim o que você sabe sobre a história de Serra Verde.
- 3) Produção de saúde-doença-cuidado
 - a) Na sua visão, o que é uma comunidade quilombola?
 - b) Quais fatores ajudam a promover saúde na comunidade? E quais fatores influenciam no adoecimento?
 - i) Breilh (2006; 2003)
 - b) Quais são as suas necessidades em saúde?
 - c) Acredita que os serviços de saúde conseguem atender suas necessidades em saúde? O/A senhor/a poderia falar um pouco mais sobre isso?

² As pesquisas de Oliveira (2019) e de Pereira *et al.* (2021) serviram de inspiração para a elaboração da pergunta norteadora.

- d) Na sua opinião, quais os principais problemas que interferem na saúde da comunidade?
- e) Existe alguma dificuldade/barreira para o cuidado/acesso em saúde da comunidade?
- f) Quais as práticas de cuidado mais comuns na comunidade?
 - i) Além das consultas com os profissionais de saúde, algo mais é feito? Existe alguém na comunidade que as pessoas procuram para receber orientação sobre saúde?
 - ii) Periodicidade
 - iii) Práticas de cuidado tradicionais para a população negra
- g) Você se sente acolhido nas unidades de saúde? Como você avalia o atendimento nas unidades de saúde?
 - i) Influência do racismo nas necessidades em saúde da comunidade e acesso.

Entrevista profissionais de saúde

Pergunta norteadora profissionais de saúde:

Estou interessada na história de pessoas que moram em Serra Verde e nas suas experiências de saúde, adoecimento e formas de cuidar da saúde. Gostaria que você contasse sobre suas experiências de atuação profissional nesse território e o que mais você achar importante falar. O/A senhor/a pode levar o tempo que for preciso para isso, podendo também dar detalhes, pois tudo o que for importante para o/a senhor/a é importante para mim. Não se preocupe com certo e errado.

Roteiro perguntas complementares profissionais de saúde:

- 1) Apresentação
 - i) Apresentação
 - a) Como gostaria de se apresentar?
 - b) Nome
 - c) Idade
 - d) Raça/cor
 - e) Identidade de gênero

- f) Qual seu vínculo profissional?
- 2) Conta para mim o que você sabe sobre a história de Serra Verde.
- 3) Produção de saúde-doença-cuidado
- a) Na sua visão, o que é uma comunidade quilombola?
 - b) Quais fatores ajudam a promover saúde na comunidade? E quais fatores influenciam no adoecimento?
 - i) Breilh (2006; 2003)
 - c) Quais são as necessidades em saúde de uma comunidade quilombola?
 - d) Acredita que os serviços de saúde conseguem atender as necessidades em saúde da comunidade? O/A senhor/a poderia falar um pouco mais sobre isso?
 - e) Na sua opinião, quais os principais problemas que interferem na saúde da comunidade?
 - f) Quais as práticas de cuidado mais comuns na comunidade?
 - i) Práticas de cuidado tradicionais para a população negra
 - g) Existe alguma dificuldade/barreira para o cuidado/acesso em saúde da comunidade?
 - h) Como a equipe organiza o processo de trabalho e os atendimentos à comunidade? Existe alguma dificuldade/barreira para o cuidado em saúde da comunidade?
 - i) Como a equipe avalia as condições de trabalho para atender as necessidades
 - ii) Periodicidade
 - i) Como é o acolhimento da população quilombola na unidade de saúde? Você avalia que o atendimento ofertado atende às necessidades em saúde da comunidade quilombola?
 - i) Influência do racismo nas necessidades em saúde da comunidade e acesso.
 - j) Em sua formação, você estudou sobre saúde da população do campo e saúde da população negra? O que você compreende sobre o assunto?
 - k) Como você avalia a implementação das PNSIPN e PNSIPCFA no município?
 - i) Avanços e desafios.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – ENTREVISTA

Título do projeto: Narrativas sobre o processo saúde-doença-cuidado da comunidade de Serra Verde, Caruaru - PE

Pesquisadora responsável: Thaís Cecília dos Santos Brito

Instituição Proponente: NESC/IAM/FIOCRUZ

Prezado(a) Sr.(a),

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar como voluntário(a) desta pesquisa: Narrativas sobre o processo saúde-doença-cuidado da comunidade de Serra Verde, Caruaru - PE, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Thaís Cecília dos Santos Brito (Campus da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-420) – e-mail cthaisbrito@gmail.com e está sob a orientação da Dra. Gabriella Morais Duarte Miranda - e-mail gabynduarte21@gmail.com.

Se decidir participar desta pesquisa, por favor leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o Sr.(a) não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é informar aos(às) participantes sobre os detalhes da pesquisa, riscos, benefícios e demais questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- O objetivo geral desta pesquisa é: Analisar a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado da população negra residente na comunidade Serra Verde em Caruaru.

Ainda tem como objetivos específicos: Identificar as necessidades em saúde da comunidade de Serra Verde, Caruaru - PE; Analisar como a comunidade de Serra Verde compreende o processo saúde-doença-cuidado; Analisar como profissionais de saúde e gestores que assistem a comunidade de Serra Verde compreendem o processo saúde-doença-cuidado da comunidade; Compreender como profissionais de

saúde e comunitários percebem a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado.

- A entrevista será realizada, inicialmente, em apenas 01 encontro, podendo haver outro encontro se necessário. Em virtude do contexto de emergência sanitária imposto pela pandemia do Covid 19, serão adotados todos os protocolos de segurança estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria n 1.565 de 18 de junho de 2020 (BRASIL, 2020). Portanto, o uso de máscara, preferencialmente Pff2, será indispensável em todas as etapas do estudo, sendo assegurado o compromisso e o respeito com a vida de todos(as) envolvidos(as).
- As entrevistas serão gravadas utilizando um gravador para o registro, que terá como finalidade servir como fonte auxiliar de dados;

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, de maneira voluntária. Mas, caso venha a ter alguma despesa pela sua participação nessa pesquisa, o Sr.(a) será ressarcido (a) em valor igual por vias legais, caso seja comprovado a despesa decorrente da pesquisa. Em situações de danos devido à sua participação na pesquisa, é garantido também o direito de indenização caso seja comprovado o dano, sendo garantida a indenização por vias legais.

Você está sendo convidado(a) por ser morador(a) da comunidade Serra Verde. Sua participação não é obrigatória, bem como a sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em relação aos pesquisadores e com a instituição que está realizando a pesquisa. A qualquer momento da pesquisa o senhor pode desistir de participar e retirar o seu consentimento, sem precisar justificar. A partir deste momento também os possíveis dados já coletados serão removidos da pesquisa.

Os riscos relacionados com sua participação seriam prejuízos perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. No entanto, garantimos que isso não ocorrerá sob hipótese alguma. As informações obtidas poderão ser divulgadas/publicadas em revistas, congressos, seminários e outras atividades que envolvam debates sobre o tema, no entanto, resguardada a sua identidade/participação. Ressaltamos que a devolutiva do estudo, para a comunidade, será realizada assim que ocorrer a conclusão da pesquisa. Por ser uma pesquisa com procedimentos não invasivos, os riscos são mínimos, podendo ocorrer algum

desconforto na realização de alguma pergunta. Porém, ressaltamos que o(a) participante pode se recusar a responder qualquer pergunta.

Os benefícios resultantes da pesquisa para a comunidade de Serra Verde vão no sentido de contribuir com o debate sobre a saúde da comunidade; sobre o que promove a saúde, produz adoecimento e quais as formas de cuidado mais usadas no território. O debate também será importante para as universidades e gestão dos serviços de saúde, por promover a discussão sobre como o racismo afeta a saúde, assim como pode ser um instrumento de reivindicação no que tange a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) no município de Caruaru.

O presente documento consta de duas vias, as quais ambas deverão ser assinadas e rubricadas em todas as páginas. A primeira via ficará com a pesquisadora e a segunda com o(a) participante.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste Centro de Pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: cep.iam@fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 13h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Qualquer esclarecimento adicional que necessite poderá entrar em contato com **Thais Cecília dos Santos Brito**, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone celular: (81) 982241334, e-mail: cthaisbrito@gmail.com

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que fui devidamente esclarecido dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação na referida pesquisa, bem como do direito de desistir da participação a qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, e declaro minha concordância em participar. Autorizo, ainda, a publicação dos dados da pesquisa, que me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos benefícios e formalizo minha participação por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

Nome da pesquisadora

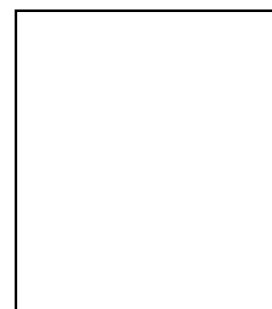
Assinatura da pesquisadora

Nome do participante

Assinatura do participante

Impressão digital

Local: _____ Data ___/___/___



ANEXO A - MAPA FALADO



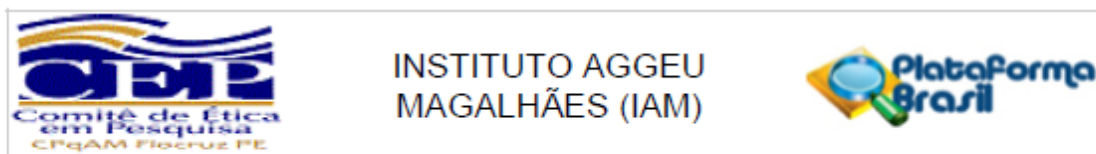
Fonte: Elaboração da comunidade em reunião da associação dos produtores quilombolas, 2021.

ANEXO B - MATRIZ F.O.F.A.

F	O	F	A
CAPOEIRA IGREJA ASSOCIAÇÃO FAMÍLIAS FESTAS JUNINAS FESTA DE SÃO JOSÉ RAIZES	VOLTA DO EJA	FALTA DE MÉDICO, DENTISTA E AGENTE DE SAÚDE DISTÂNCIA DO POSTO FALTA DE SEGURANÇA ÁGUA	ASSALTOS FALTA DE COLETA DE LIXO FALTA DE TRANSPORTE À NOITE FALTA DO ENSINO MÉDIO

Fonte: Elaboração da comunidade em reunião da associação dos produtores quilombolas, 2021.

ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



Continuação do Parecer: 5.188.441

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1823510.pdf	20/12/2021 23:27:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoThalSBritoFINAL.pdf	20/12/2021 23:27:24	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEZ.docx	20/12/2021 23:15:14	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Outros	cartaderespostaaspendencias.docx	20/12/2021 23:09:53	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEENTREVISTA_versaolimpa.docx	11/11/2021 14:31:24	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Outros	anuencia_UPE.pdf	09/11/2021 18:02:16	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Outros	lattes_thaisbrito.pdf	24/09/2021 14:53:11	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Outros	anuencia_thaisbrito.pdf	24/09/2021 14:45:48	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_Thais.pdf	24/09/2021 01:57:01	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Declaração de concordância	DeclaracaodeCompromissojuntoaoCEP.pdf	24/09/2021 01:53:51	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_gabriella.pdf	24/09/2021 01:48:25	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_socorroveloso.pdf	24/09/2021 01:45:40	THAIS CECILIA DOS SANTOS BRITO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 28 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/n°
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.870-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: cep.iam@fiocruz.br

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA



SECRETARIA
DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada, “NARRATIVAS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DA COMUNIDADE DE SERRA VERDE, CARUARU - PE”, pela pesquisadora THAÍS CECÍLIA DOS SANTOS BRITO, do Programa de Pós-Graduação – Stricto Sensu Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da professora Dra. Gabriella Moraes Duarte Miranda, facultando-lhe a coleta de dados para a referida pesquisa, nas Unidades Básicas de Saúde da Zona Rural na comunidade quilombola de Serra Verde, deste município.

Tem por objetivos:

- Identificar as necessidades em saúde da comunidade de Serra Verde, Caruaru - PE;
- Analisar como a comunidade de Serra Verde compreende o processo saúde-doença-cuidado;
- Analisar como profissionais de saúde e gestores que assistem a comunidade de Serra Verde compreendem o processo saúde-doença-cuidado da comunidade;
- Compreender como profissionais de saúde e comunitários percebem a influência do racismo no processo saúde-doença-cuidado.

A realização da pesquisa está autorizada, desde que o pesquisador cumpra com os requisitos da Resolução do CNS/CONEP nº466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins de pesquisa.

Caruaru, 24 de setembro de 2021

Suellen Silva Mota
Coordenadora de Educação em Saúde