

Série Atenção Básica e Educação na Saúde, 15

EQUIDADE ÉTNICORRACIAL

NO SUS: *pesquisas, reflexões
e ações em saúde da população
negra e dos povos indígenas*

ORGANIZADORES(AS):

Daniel Canavese
Elaine Oliveira Soares
Fernanda Bairros
Maurício Polidoro
Rosa Maris Rosado

EQUIDADE ÉTNICORRACIAL

NO SUS: *pesquisas, reflexões
e ações em saúde da população
negra e dos povos indígenas*

ORGANIZADORES (AS):

Daniel Canavese
Elaine Oliveira Soares
Fernanda Bairros
Maurício Polidoro
Rosa Maris Rosado

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial
Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália
Ardigò Martino – Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Héider Aurélio Pinto – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil
Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderleia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial
Gabriel Calazans Baptista]
Leticia Stanczyk

Diagramação / Arte da Capa
Junio Pontes

Projeto gráfica Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA

Revisão
Daniel Canavese, Fernanda Bairos, Maurício Polidoro, Sara Jane Escouto, Rosa Maris Rosado, Ana Carla Vidal, Sílvia Edith, Evelise Tarouco da Rocha, Leila Dias e Caroline Weber

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

E64 Equidade étnicorracial no SUS : pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas [recurso eletrônico] / organizadores: Daniel Canavese ... [et al.] - 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.
209 p. : il. - (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v. 15)

ISBN: 978-85-54329-04-4
DOI: 10.18310/9788554329044

1. Equidade em saúde 2. Saúde da população negra 3. Saúde de populações indígenas. 4. Sistema Único de Saúde. I. Canavese, Daniel. II. Soares, Elaine Oliveira. III. Bairos, Fernanda. IV. Polidoro, Maurício. V. Rosado, Rosa Maris. VI. Série.

CDU: 614
NLM: WA300

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: JACIRA GIL BERNARDES – CRB 10/463

Copyright © 2017 Daniel Canavese, Elaine Oliveira Soares, Fernanda Bairos, Maurício Polidoro, Rosa Maris Rosado.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br



Série Atenção Básica e Educação na Saúde

**EQUIDADE ÉTNICORRACIAL NO SUS:
pesquisas, reflexões e ações em saúde da
população negra e dos povos indígenas**

Organizadores:

Daniel Canavese
Elaine Oliveira Soares
Fernanda Bairros
Maurício Polidoro
Rosa Maris Rosado

**1ª Edição - Eletrônica
Porto Alegre/RS 2018
Rede UNIDA**

Homenagem

Os organizadores da publicação a dedicam ao guerreiro do SUS, amigo, alegre e parceiro Guaracy Bomfim Vianna.

Guaracy era sociólogo e servidor público municipal de carreira, ingressou na prefeitura pelas portas do saneamento básico, atuando no Departamento Municipal de Água e Esgotos e no Departamento de Limpeza Urbana, onde sempre atuou junto às comunidades de baixa renda.

Há mais de duas décadas atuava na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. Na longa caminhada em defesa do Sistema Único de Saúde atuou em diferentes setores, incluindo vigilância das águas, saúde ambiental, zoonoses, Unidades de Saúde e como gerente distrital na Gerência Restinga – Extremo Sul.

Nos últimos anos exercia suas atividades na Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, onde chefiava a Equipe de Vigilância de População Animal, tendo papel essencial na prevenção de doenças como dengue, zika, chikungunya e, mais recentemente, a leishmaniose.

Na condição de Promotor em Saúde da População Negra, foi ativo na condução Comitê Técnico de Saúde da População Negra da Gerência Centro. Teve atuação decisiva junto a movimentos sociais, com olhar especial às Políticas de Equidade Racial em Saúde. Sua atuação lhe proporcionou o Prêmio de Equidades em Saúde da População Negra, da Secretaria Municipal de Saúde, em 2013 na categoria experiências exitosas.

A contribuição de Guaracy, na presente publicação, traz o relato de experiência agraciada com o Prêmio Sony Santos, durante o Simpósio Internacional de Saúde da População Negra, em 2016. Sob o título “Bala Perdida: O Genocídio da Juventude Negra” traz uma das atividades do Comitê Técnico de Saúde da População Negra da Gerência Centro, coordenadas por Guaracy. Essa envolveu uma intervenção artística em parceria o artista plástico Estevão da Fontoura, com a finalidade de chamar atenção para indicadores de mortalidade da população negra por causas externas no Brasil.

Infelizmente, essa mesma violência que tão incisivamente denunciou, vitimou Guaracy, como era carinhosamente chamado, que passou a constar nas estatísticas.

Nosso guerreiro fará muita falta, mas deixou um legado de luta em prol da saúde, da paz com justiça etnicorracial!

Por isso, sempre afirmaremos, Guaracy presente!

Sumário

APRESENTAÇÃO	08
Simpósio Internacional de Saúde da População Negra - Porto Alegre, Brasil 2016. (<i>Zakiya Carr Johnson</i>)	10
PARTE 1 - GESTÃO DAS POLÍTICAS DE EQUIDADE ÉTNICORRACIAL EM SAÚDE EM PORTO ALEGRE	15
Baobá da Saúde: A Implementação da Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre. (<i>Elaine Oliveira Soares</i>)	16
Panorama da Saúde dos Povos Indígenas no país e o contexto de Porto Alegre: desafios e conquistas. (<i>Rosa Maris Rosado</i>).....	23
PARTE 2 - EXPERIÊNCIAS INOVADORAS E PESQUISAS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA - Categoria POA se mostra	35
Povo de Terreiro e Saúde: Relato de uma Construção Teórico/Prática (<i>Débora Rosa - Otunola, Janine Cunha - Nina Fola, Kátia Peres Farias- Oba Toyeb, Luana Rosado Emil - Oyá Gbemi</i>)	36
Educação permanente: ferramenta essencial para a transformação de práticas em busca da equidade em saúde. (<i>Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo; Déborah Aline de Matos Lacerda; Cibele Ribeiro Flores; Karina Rejane da Silva Elias; Karolinne Campos Padilha Amaral</i>)	45
Bala Perdida: O Genocídio da Juventude Negra. (<i>Adriana Leal da Rocha; Cátia Simone Saraiva Calage; Cristina Aguiller Carmo; Estevão da Fontoura Haeser; Kamila Guimarães Schneider; Simone Sá Britto Garcia; Guaracy Bomfim Vianna</i>)	52
A Dança Afro-brasileira como instrumento de saúde para a População Negra. (<i>Carla Beatriz do Nascimento</i>)	58
Uma Noite Especial: Primeiro baile de Debutantes - Vila Nova Chocolateiro. (<i>Valdivia Gonçalves Lucas; Jeane Isabel Fogaça Barbosa</i>)	68
PARTE 3 - CATEGORIA DESTAQUE EM PESQUISA	74
Trabalhando a Saúde Mental com mulheres negras privadas de liberdade a partir dos escritos de Carolina Maria de Jesus. (<i>Lúcia Mariaci Ribeiro Martins</i>)....	75


Experiências de aborto em mulheres com Anemia Falciforme: Conflitos entre o desejo de ser mãe e o medo da morte. (<i>Mardini Rafaela Silva Pereira; Catharinne Da Silva Souza Rodrigues; Aline Silva Gomes Xavier; Sílvia Lúcia Ferreira; Evanilda Souza de Santana Carvalho; Edna Maria de Araújo</i>)	91
Projeto Estudo e Pesquisa em Doenças Hematológicas e Capacitação Profissional no Centro de Referência Odontológico em Doença Falciforme – CROFAL/UFRJ/MS. (<i>Márcia Pereira Alves dos Santos; Ana Maria B Bandeira; Cecília Izidoro Pinto; Marlene Cezini; Mirella Giongo; Paulo Ivo C. de Araújo</i>)	108
A Abordagem da Influência Raça/Cor na Implantação do Fluxo de Informações para os Óbitos ocorridos em 2013 em Cambé-PR. (<i>Gabriela Caroline Liborio Domingos; Ana Maria Rigo Silva; Rosália Bartmeier Gair; Wladithe Organ de Carvalho</i>)	121
Luta, resistência e transformação na medicina: um quilombo chamado NegreX (<i>Monique França da Silva; Pedro Gomes Almeida de Souza</i>)	128
Rede de Mulheres Negras do Paraná: Atuando frente às questões de Saúde, Direitos e Controle Social das Políticas para a População Negra. (<i>Solange Aparecida Duarte; Cibelle Santos de Oliveira; Silvana Bárbara G. da Silva; Michely Ribeiro da Silva</i>)	138
Profissionais do Sexo: Entre as Curvas, a cor e o desejo: Uma roda de conversa. (<i>Kelly Cristina do Nascimento; Jorge Luís de Souza Riscado</i>).....	148
PARTE 4 - POVOS INDÍGENAS E SAÚDE: DESAFIOS PARA A EQUI-DADE NO SUS	156
A saúde indígena: um panorama atual. (<i>Jéssica Camila de Sousa Rosa, Guilherme de Souza Muller, Sílvia Maria Ferreira Guimarães</i>).....	157
O modelo explicativo Mbyá sobre o uso de bebidas alcoólicas, RS. (<i>Luciane Ouriques Ferreira</i>)	171
Bem viver kaingang na construção de políticas públicas. (<i>Angélica Domingos Ninhpryg</i>)	186
SOBRE OS AUTORES E AUTORAS:	207

A p r e s e n t a ç ã o

Apresentamos essa publicação, que tem por objetivo principal subsidiar os trabalhadores da saúde para o alcance do desafio da equidade étnicorracial no SUS. O presente livro está organizado em três partes. A primeira contém dois tópicos a cargo da gestão de Políticas Públicas de Equidade Étnicorracial em Saúde, um apontando as ações desenvolvidas para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em Porto Alegre e outro trazendo um panorama dos Povos Indígenas no Brasil e o contexto da política de atenção à saúde dos Povos Indígenas na capital gaúcha. A segunda parte publiciza os trabalhos agraciados com o Prêmio Sony Santos no *Simpósio Internacional de Saúde da População Negra*, realizado em novembro de 2016, em Porto Alegre (distribuídos nas seguintes categorias: POA se mostra, Destaque em Pesquisa e Experiências Inovadoras) e a terceira contém textos do *Seminário Povos Indígenas e Saúde: desafios para a equidade no SUS*, atividade pré-simpósio e contribuições à qualificação da saúde indígena no município.

O Simpósio Internacional de Saúde da População Negra visou o fortalecimento e implementação da Política Nacional da Saúde da População Negra, tendo se constituído como espaço de interação de saberes e diálogos sobre a temática em âmbito internacional, como ação estratégica da Década dos Afrodescendentes. Compreendendo Saúde sob visão ampliada e transversal aos aspectos socioeconômicos, espaciais, políticos, culturais e históricos, reuniu-se em Porto Alegre interessados(as) em debater, refletir e propor ações na temática da saúde da população negra. O evento constituiu-se a partir de relatos de experiências no Sistema Único de Saúde (SUS), produções acadêmicas de ensino, pesquisa e extensão, práticas no terceiro setor e nos movimentos sociais no tocante ao tema do Simpósio. O público alvo foram os trabalhadores e trabalhadoras da saúde; gestores e gestoras da saúde; usuários e usuárias, conselheiros e conselheiras e demais representantes do controle social; estudantes da área da saúde ou áreas afins; professores e professoras do campo da saúde; entre outros e outras interessados(as) na temática.

Como atividade pré-simpósio, o *Seminário Povos Indígenas e Saúde: desafios para a equidade no SUS* buscou produzir discussões e apropriações conceituais sobre saúde indígena, tendo sido direcionado aos profissionais de saúde que atuam junto às comunidades indígenas, bem como, gestores, estudantes acadêmicos da área



da saúde e lideranças indígenas. A preparação dos profissionais de saúde para atuação no contexto intercultural constitui uma das estratégias da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Essa estratégia, para a efetivação da atenção diferenciada, visa garantir a equidade e os demais princípios do SUS.

Os textos e artigos aqui registrados emergem de distintos espaços de trabalho e de luta, sendo seu conteúdo de inteira responsabilidade dos autores. Nosso interesse foi o de incentivar a sistematização de experiências e reflexões teórico-práticas acerca da equidade étnicorracial em saúde, na qual os organizadores procuram fomentar a publicização das mesmas visando enriquecer o debate. Para tanto são apresentados vários tipos de textos, abarcando uns mais acadêmicos, outros relatos de ações e projetos, entre outros, no sentido de acolher a diversidade de abordagens possíveis sobre as temáticas tão relevantes no contexto de luta para garantia do direito à saúde e justiça social.

*Comissão Organizadora
Porto Alegre, junho de 2017.*

P r e f á c i o

Simpósio Internacional de Saúde da População Negra – Porto Alegre, Brasil 2016

Zakiya Carr Johnson

“De todas as formas de desigualdade, a injustiça na saúde é a mais chocante e mais desumana.” - Martin Luther King Jr., discurso para o Comitê Médico para o Direitos Humanos, 1966

A forma como somos tratados pelo Sistema de Saúde não pode ser desvinculada de quem somos e de nossas origens, assim como as desigualdades sofridas por pessoas de origem africana não podem ser resolvidas aplicando-se apenas um tipo de abordagem do Sistema de Saúde e prevenção de doenças para toda uma população. A experiência de cada país, cada narrativa e a história de cada comunidade nos aproxima da compreensão dos desafios, bem como das oportunidades únicas que existem para melhorar a saúde como um todo.

Foi um privilégio participar do Simpósio Internacional em Porto Alegre, Brasil, com todos os estudiosos(as), criadores(as) de políticas e profissionais focados nas dificuldades que impactam as comunidades de origem africana e indígenas. Durante o Simpósio, os participantes expuseram a importância da saúde na nossa cultura, na nossa experiência e no nosso futuro; certamente – na nossa sobrevivência. Portanto, a saúde deveria ser integral, não apenas para nossa sobrevivência, mas também para nossa habilidade de desenvolvimento. É por esse motivo que determinantes sociais de saúde, inovação da saúde holística e uma crítica rigorosa e contínua do nosso atual Sistema de Saúde são importantes para os povos de origem africana, povos indígenas e muitos outros. Nas Américas, nossa história ainda precisa ser contada.

O Sistema de Saúde não é diferente de outras estruturas em nossa sociedade, devido à reprodução das relações de desigualdade sociais estes sistemas são frequentemente falhos. Muitas das sociedades na América foram construídas com o trabalho e exploração dos povos de origem africana, assim como a captura e exploração dos indígenas, suas terras e seus recursos. A história dessas comunidades está diretamente relacionada ao tratamento recebido por

elas no Sistema de Saúde, as oportunidades limitadas disponíveis para aspirantes à médico e profissionais negros e indígenas na área de saúde, treinamento fragmentado e o acesso desigual dos grupos historicamente marginalizados à tratamentos preventivos e de emergência. Em nossa história, as vidas de origem africana e indígenas são tratadas como descartáveis. Infelizmente, pensamos o Sistema de Saúde e nossa própria existência neste novo mundo e a condição em que se encontram as populações africanas e indígenas, trazemos exatamente o tratamento dessas populações desde o dia em que os primeiros colonizadores colocaram os pés nas Américas, trazendo novas doenças e seus primeiros navios com homens, mulheres e crianças escravizadas para trabalhar em condições precárias por várias gerações. Como povo negro, somos ensinados a não viver do passado, somos ensinados que a escravidão e o colonialismo ocorreram há muito tempo e assim devemos seguir em frente. Entretanto, ao fazê-lo, rejeitamos a história de saúde que nosso DNA nos conta, rejeitamos o que sabemos e como nos sentimos, frequentemente à nossas próprias custas.

A saúde das nossas comunidades, especialmente a vida e a fertilidade das mulheres negras tem sido negligenciada, na melhor das hipóteses. O nível de estresse vivido pela mulher negra, por exemplo, desempenha um papel substancial no crescimento das doenças do coração, resultados negativos de saúde materna e muito mais. Diversos artigos acadêmicos, incluindo os escritos por JW Collins e TP Dominguez reconhecem que “resultados negativos de nascimento ainda permanecem maiores na população Afro-Americana, mesmo após o controle de fatores de risco conhecidos, essa diferença se eleva em níveis socioeconômicos mais altos”. A primeira geração de mulheres imigrantes de países africanos, por exemplo, possui os mesmos resultados em relação às mulheres brancas americanas, entretanto, a segunda e terceira geração as mulheres de descendência africana possuem resultados comparáveis às Afro-Americanas. “Devido ao legado e a presença contínua do racismo nos Estados Unidos, a questão de raça opera como fator de segregação social, tendo como resultado hierarquias de grupos raciais marcados pela desigualdade na distribuição de renda, poder, oportunidades e status social”. Relações interpessoais e incidentes diários tem seu impacto, mas o aumento dos incidentes de violência contra a juventude negra nos Estados Unidos, assim como no Brasil, também afeta os níveis de tensão e estresse das comunidades negras. Além disso, a espiritualidade, essência daquilo que o meu povo nos Estados Unidos chama de “como superamos” ou o que permite que aos povos indígenas, a população de origem africana e escravizada se curem, cultuem, e orem da sua própria maneira e evoquem seus ancestrais, foi considerada ilegal ou diabólica em muitas de nossas sociedades. Tais atitudes eram tão predominantes, gerando punição severa e aprisionamento dos povos que praticavam as religiões de origem africana

e indígena. A recusa desse sistema de crença que ainda possui terapias emocionais, psicológicas e fitoterápicas, possui impactos negativos na saúde comunitária. Com a remoção e o impedimento ao acesso aos seus territórios sagrados ou lugares para coleta de remédios naturais e a proibição do acesso da parteira tradicional, culturalmente especializada, podem impactar negativamente a saúde de toda uma comunidade, mas a presença de práticas tradicionais integrativas pode fortalecer os indivíduos na defesa da saúde comunitária dentro do Sistema de Saúde.

O Simpósio discutiu muito essas questões e ajudou a estruturar uma troca legítima de boas práticas, desenvolvimentos e inovações no Sistema de Saúde para estas populações em específico. Através destas interações valiosas, aprendemos que apesar de termos origens em diferentes países e vivermos em contextos políticos e sociais diferenciados, existem experiências coletivas fundamentais que ainda precisam ser exploradas através de uma política de saúde inclusiva e transcultural.

Em cada apresentação durante o Simpósio houveram questões em comum entre os presentes, independente do país de origem:

1. A qualificação dos métodos de coleta, a desagregação de dados por raça/cor e etnia e a construção de pesquisas e políticas com base nesse quesito, ainda estão à espera em muitos países.
2. A carência de informações específicas quanto a questão étnicorracial no nível federal permanece insuficiente, mas quando os Ministérios de Saúde introduzem esse recorte nas estatísticas nacionais e garantem que essa informação se torne um instrumento fundamental na elaboração de políticas, o país como um todo se beneficia.
3. Apesar da disponibilidade de novas pesquisas focadas nestes grupos, ainda há muito a ser feito para apoiar os Ministérios de Saúde à formular políticas públicas, planos e programas de promoção da igualdade étnicorracial em saúde.
4. A redução da pobreza, embora imprescindível, não solucionará sozinha a profundidade do racismo institucional; os planos nacionais de saúde devem incluir a perspectiva étnicorracial (além da questão de gênero, em todas as suas formas).

De acordo com a Organização das Nações Unidas, existem aproximadamente 200 milhões de pessoas de origem africana nas Américas, do Canadá até a Patagônia.

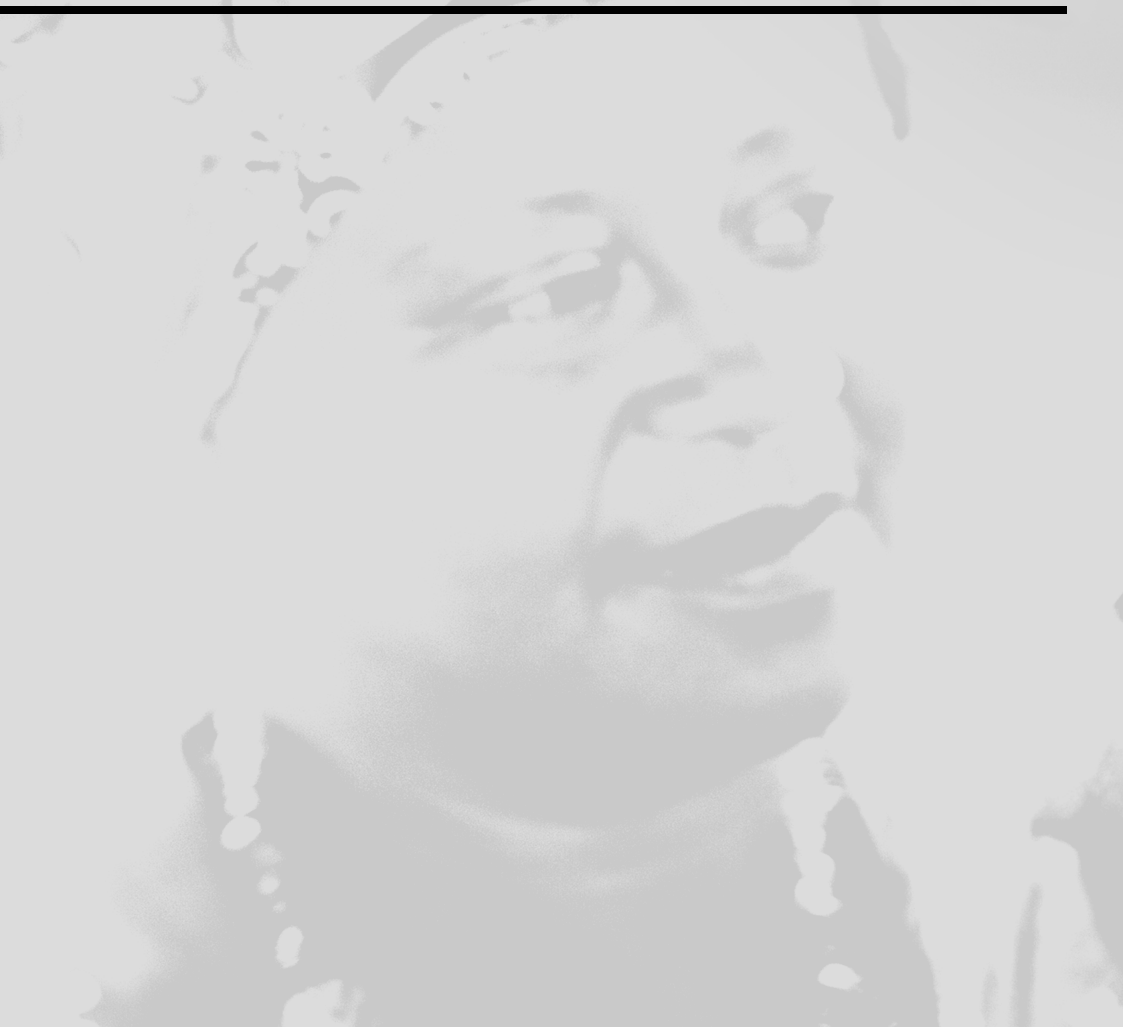
Os povos de origem africana têm em comum uma história de sobrevivência no comércio transatlântico escravo que pode nos ajudar a navegar na complexa relação entre saúde, história e experiência humana.

O I Simpósio de Saúde da População Negra se caracterizou como um avanço importante no entendimento dos nossos desafios comuns e no descobrimento de soluções para a igualdade étnicorracial em saúde.



PARTE 1

***GESTÃO DAS POLÍTICAS DE
EQUIDADE ÉTNICORRACIAL
EM SAÚDE EM PORTO ALEGRE***



Baobá da Saúde: A Implementação da Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre

Elaine Oliveira Soares

O baobá é uma árvore nativa do continente africano, de grande porte e longevidade. Essa árvore simboliza o espírito africano. É considerada árvore da vida, com uma importância central para comunidades inteiras. Personifica o apoio para tomar decisões importantes, é considerada fonte de fertilidade e a solução medicinal para muitos males. Trazemos esse símbolo para propiciar uma troca de saberes sobre o processo de implementação em Porto Alegre da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), publicada no Diário da União em maio de 2009 (Portaria nº 992).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem possibilitado que a temática racial seja pautada para a promoção da equidade em saúde. O marco desta política é o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde.

A PNSIPN é fruto da luta do movimento social negro, em especial das mulheres negras, que historicamente tem protagonizado em diferentes espaços a demanda pela garantia de direitos. Através desta mobilização que foi conquistado um espaço para atuação do movimento negro no Conselho Nacional de Saúde (CNS), representado pela Articulação de Mulheres Negras Brasileiras. Esta participação propiciou construir espaços de diálogos nos quais um dos resultados foi a aprovação desta política por unanimidade na plenária do CNS.

Em Porto Alegre esta luta não foi diferente, protagonizada no Conselho Municipal de Saúde (CMS), por meio da Comissão de Saúde da População Negra, que demandou a administração municipal de saúde a criação de um espaço na gestão para a implementação da PNSIPN. Em resposta a esta demanda, a Secretaria Municipal de Saúde oficializou a criação da Área Técnica de Saúde da População Negra, com uma técnica responsável para a implementação desta política no âmbito do município, lugar que passamos a ocupar.

A primeira ação da gestão direcionou-se a justificar o porquê da necessidade de uma política específica para a população negra. Considerando que a epidemiologia é a base para a construção das políticas públicas de saúde, passamos a desvelar os dados epidemiológicos do município que já eram analisados, porém passando a considerar a variável raça-cor. Com intenção de dar visibilidade às iniquidades

identificadas com a segregação dos dados, lançamos uma edição especial do Boletim Epidemiológico nº 48, em outubro 2010. Este boletim demonstrou a existência das iniquidades raciais em saúde no município de Porto Alegre. Para superação dessa injustiça social, buscamos alicerçar nossas ações no princípio da equidade, definido “como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las” (BRASIL, 2009).

Como observado nos dados da SMS de Porto Alegre, em todas as fases da vida a população negra está em constante situação de desvantagem. O risco de infecção do HIV, Sífilis e Tuberculose, óbitos maternos e mortalidade de jovens por causas externas (homicídios) por raça/cor é o dobro em comparação a população branca (Boletim Epidemiológico nº44, CGVS/SMS/Porto Alegre).

Conforme os dados do SINASC, 90% da população negra da cidade utiliza o Sistema Único de Saúde para o nascimento. As crianças brancas e negras entre 0 e 4 anos morrem primeiramente devido a causas externas, mas a segunda e terceira causa de mortalidade são diferentes para o recorte raça-cor. Sendo que a segunda e terceira principais causas de mortalidade das crianças brancas são as Neoplasias e Malformações congênitas, enquanto das crianças negras, as doenças infecciosas e respiratórias, que são doenças preveníveis e evitáveis. Em relação a: Mortalidade por causas externas (homicídios) de Jovens entre 15 e 29 anos, gravidez na adolescência, AIDS, Tuberculose e Sífilis encontramos um risco três vezes maior para a população negra em comparação a população branca. Assim fica explícita a necessidade de que diferentes Políticas da Saúde, por exemplo: IST e AIDS, Tuberculose, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente entre outras, formulem ações para redução da discrepância dos dados epidemiológicos entre população negra e branca.

O resultado de dados tão desiguais apresentados acima estão relacionados ao conceito de racismo institucional, que se refere ao fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006).

Seguindo com a explicitação dos dados, houve pela primeira vez em Porto Alegre, a análise situacional com os dados segregados e estabelecimento de metas para a busca superação das iniquidades raciais no Plano Municipal de Saúde – PMS 2010-2013 (instrumento obrigatório que define as diretrizes da gestão de saúde). Assim, a então Área Técnica de Saúde da População Negra buscou garantir a co-responsabilidade das demais políticas em saúde, de acordo com o destacado na PNSIPN que apresenta como princípio organizativo à

transversalidade: caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde.

As metas são de responsabilidade de cada área, sendo analisados os dados por raça/cor e etnia quadrimestral e anualmente para prestação de contas no relatório de gestão.

Estas estratégias resgatam uma visão integral do sujeito, o princípio da integralidade da atenção, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Reconhecendo a importância do controle social a Área Técnica de Saúde da População Negra juntamente com a Comissão de Saúde da População Negra do Conselho Municipal de Saúde, organizou seminários preparatórios para a 6ª e 7ª Conferência Municipal de Saúde. Como resultado desse esforço, na 6ª Conferência, a Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi proposta mais votada e na 7ª Conferência Municipal de Saúde, quatro propostas sobre a temática ficaram entre as primeiras mais votadas.

Uma das ações de transversalidade da PNSIPN que pode ser destacada para esta publicação foi a criação das Diretrizes para Acolhimento e Assistência à Saúde das Mulheres Negras, documento orientador para ações dos serviços de saúde. Este protocolo encontra-se disponível no site da SMS para consulta pelos serviços de saúde. Esta ação foi realizada pela Área Técnica da Saúde da Mulher, que assumiu a responsabilidade das metas previstas no PMS e desencadeou ações para o seu alcance.

A cobertura de pré-natal, avaliada pelo número de consultas realizadas ao longo da gestação, é um indicador da qualidade do pré-natal. No município, no período entre 2001-2012, houve uma cobertura de 70% das consultas de pré-natal na população em geral e de 59% na população negra. A mortalidade materna, prevista como meta do PMS, é importante indicador relacionado à qualidade de vida e de desenvolvimento humano e socioeconômico de uma população, é considerado evitável em 95% dos casos. O município apresenta uma tendência de queda desse coeficiente ao longo dos últimos dez anos, com um coeficiente em média de 30 casos de óbito materno por 100.000 NV na população em geral e 90 casos por 100.000 NV da raça negra no mesmo período.

A Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais, desde o ano de 2012 tem realizado ações que contemplam as especificidades da população negra, a exemplo dos projetos de Prevenção nos Terreiros e Galera Curtição. Por meio da abertura

de edital de seleção pública, essa AT financia quatro projetos desenvolvidos por associações de religião de matriz africana acerca da transmissão e tratamento das DSTs, HIV e Aids, beneficiando a diversidade de público atingida por essas organizações.

Como ação transversal, vale ainda destacar o projeto desenvolvido em conjunto com a Área Técnica de Saúde Mental, ILERÁ TIYÉ conVida: pensando a saúde mental da população negra em Porto Alegre. A primeira ação desencadeada foi uma oficina de 04 horas e no ano seguinte um curso de 24 horas para 50 trabalhadores e trabalhadoras da área de saúde mental com objetivo de refletirem acerca dos impactos do racismo para a saúde mental dos sujeitos negr@s e não-negr@s e do sofrimento decorrente de violências raciais. Com isto, possibilitando abordar os efeitos do racismo para a saúde mental e propor intervenções para os profissionais que lidam com as demandas de saúde mental nos serviços especializados e através do matriciamento.

A educação permanente como uma das ferramentas mais importantes para a mudança nos processos de trabalho, principalmente quando se traz a realidade vivida pelos trabalhadores no seu cotidiano. O Curso Promotor@s em Saúde Integral da População Negra é o alicerce das estratégias desencadeadas para a implementação da política. Levando em conta que muitas vezes os saberes tradicionais, produzidos ao longo da história do povo negro e as especificidades da saúde da população negra são desconsiderados na formação acadêmica dos trabalhadores da saúde, tratando apenas na universalidade da saúde. A proposta é problematizar a dimensão étnicorracial, no reconhecimento da existência do racismo, da participação de cada um e uma na manutenção da discriminação racial e os efeitos do racismo na sociedade.

Os resultados são diversos, desde o nível individual até o coletivo: reconhecimento de trabalhadores com sua identidade racial, militância, compromisso com a luta e transformação social. Os temas trabalhados no curso transversalizam com diferentes temáticas e a metodologia inclui a participação ativa dos trabalhadores, gestão, estudantes e sociedade civil. Um dos aspectos chave do curso é a problematização em relação ao processo de estruturação do racismo no estado brasileiro e como ele opera no cotidiano do SUS. Essa problematização propicia aos promotor@s identificarem situações de racismo antes “naturalizadas” e silenciadas na relação entre os profissionais de saúde na equipe ou entre os profissionais de saúde e os usuários, trazendo reflexões necessárias ao enfrentamento das mesmas. Ao longo destes cinco anos de realização do curso, fomos desafiados a lidar com realidades mais duras do que imaginávamos enquanto gestão. Trazidas a tona no desenvolvimento do curso, essas realidades expressam a forma insidiosa como o racismo se instala nas estruturas de atenção à saúde, produzindo mais adoecimento à população.

O processo não se encerra no curso, ao término os formandos desenvolvem o projeto planejado no curso no serviço de saúde onde atuam. Estes projetos são acompanhados nos Comitês Técnicos de Saúde da População Negra (instância institucional de planejamento por região da implementação da PNSIPN). São oito Comitês Regionais de Saúde da População Negra – um em cada Gerência Distrital de Saúde - com a participação d@s promotor@as, com objetivo de construir o fortalecimento destes atores para o enfrentamento do racismo institucional nos territórios.

Outra ação é a Mobilização Pró Saúde da População Negra (20 de outubro a 20 de novembro) que tem como objetivo fornecer maior visibilidade a temática. No ano de 2015 foram organizadas mais de 300 ações, por quase 100% dos serviços de saúde da SMS Porto Alegre. Os processos de educação permanente foram fundamentais para constituição de uma rede, através do protagonismo d@s promotor@s, descentralizando as ações nos territórios. Essa ação demonstra o potencial de capilaridade da PNSIPN obtido a partir da estratégia do Curso Promotor@s em Saúde Integral da População Negra.

Se a sociedade ainda reproduz a herança histórica marcada pelas desigualdades de gênero, para as mulheres negras as desigualdades raciais aumentam ainda mais as disparidades entre as mulheres negras e brancas. Mulheres negras ao enfrentarem distintas formas de opressão, enfrentam violações contra sua identidade de gênero e racial. Portanto, desde o ano de 2013, homenageamos mulheres negras - trabalhadoras e usuárias do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre- indicadas por suas regiões, serviços e conselho de saúde. Esta homenagem denominada “Mulheres Negras que fazem a diferença no SUS” representa a valorização destas, muitas vezes invisibilizadas na sociedade. Dessa forma, em cada edição do prêmio trabalhamos para o reconhecimento do trabalho desempenhado pelas mulheres negras, através da visibilidade e do empoderamento de cada uma nos seus diferentes espaços em defesa do SUS.

Diversas estratégias de resistência e de conquista pelos direitos das mulheres negras têm sido empregadas no combate ao racismo e das desigualdades raciais que dele decorrem. É com compromisso com uma sociedade mais justa e pelo fim do racismo que temos investido na realização de projetos institucionais para mudar esta realidade no Sistema Único de Saúde de Porto Alegre. Historicamente negado, o racismo tem sido sempre criado e recriado em tempos e lugares e sempre que se expressa aparece de forma plena e global, sendo necessária a produção de respostas que levem a elaboração de novas perguntas. Partindo do pressuposto de uma sociedade que se estruturou e se instituiu a partir do preconceito racial, nosso maior desafio tem sido colocar a questão racial como política institucional, frente à tendência de devolver sempre esta agenda à luta política social.

Houve a constituição de um Grupo de Trabalho constituído por algumas Promotoras de Saúde da População Negra e alguns imigrantes haitianos que visou construir uma capacitação direcionada aos trabalhadores em Saúde, buscando garantir o acesso com equidade aos imigrantes haitianos aos serviços. Desta forma foi idealizado o Projeto “M’akeyin lakay mwen” (Te acolho em minha casa), que contemplou entre outras ações um curso de Crioulo Haitiano para trabalhadores da saúde, abordando temas ligados à saúde, cultura e linguagem do povo haitiano. No curso, com 40 horas/aulas planejadas em conjunto com os instrutores haitianos e pelos próprios alunos, os participantes também visitaram brevemente conteúdos teóricos sobre a imigração haitiana. Somou-se a essa iniciativa a elaboração de um Álbum Seriado de Acolhimento em Saúde ao haitiano apresenta em português e em Crioulo Haitiano informações de saúde como presença de dor, febre, doenças crônicas e informações do hábito de vida, consumo de alimentos, cigarro, bebidas. Essa iniciativa se demonstrou exitosa na qualificação do acolhimento a esse público específico, tendo sido agraciada pelo CMS com o Prêmio Destaque em Saúde 2017- categoria Inovação em Saúde.

Em junho de 2016 houve uma mudança na estrutura organizacional da SMS Porto Alegre, passando as áreas técnicas a comporem cinco gerências de políticas de saúde na área que passa a se denominar Coordenação Geral de Política Públicas de Saúde. As áreas técnicas de saúde da população negra e povos indígenas passam a ser uma Gerência de Política de Equidade Étnicorracial.

Muitos processos foram desencadeados conjuntamente, sempre em parceria com os trabalhadores em saúde e movimento social. Alguns desses processos encontram-se em fase de implantação, de avaliação e monitoramento, outros já produziram resultados significativos, deixando a certeza de que a escolha pela diversidade de atores envolvidos foi fundamental para o reconhecimento a nível nacional como uma referência no processo de institucionalização da PNSIPN. Tivemos que buscar a diplomacia suficientemente necessária para que essa pauta ultrapasse a luta de uma militância do movimento de mulheres negras, e fosse assumida como agenda institucional de políticas públicas.

Entretanto, ainda há muito que ser feito, pois não alcançamos resultados epidemiológicos que mudem significativamente a vida da população de Porto Alegre, em especial da população negra. O caminho está sendo trilhado para que a busca por direito na vida das pessoas passe a ser mais do que uma normativa, mas uma realidade, para que, de fato, possamos, em breve, garantirmos o SUS que queremos para toda a população de Porto Alegre.

Para tornar a gestão em saúde permeável à realidade da existência do racismo institucional em saúde, é necessário não somente aprofundarmos nossos conceitos,

mas, sobretudo mantermos nossas redes articuladas, vivas, abertas e ativas. Todas sabemos que nossos passos vêm de longe, por isso a vivência de uma mulher negra, orientada por valores civilizatórios de matriz africana, somente pode ser narrada em coletividade, tal como o UBUNTU, onde o poder e o saber não se fecham, nem se cristalizam, mas circulam e cooperam. Afinal “eu sou porque somos todas nós.”

Referências

BRASIL. **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009: **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**.

CRI. **Articulação para o Combate ao Racismo Institucional**. Identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

PORTO ALEGRE. SMS. CGVS. **Boletim Epidemiológico nº 48 de outubro 2010**. Edição Especial- População Negra. Boletim Epidemiológico. nº44, ano XII, 8p. 2010.

WALDMAN, M. e SERRANO, C. **Memória D'África - A temática africana em sala de aula**. São Paulo: Cortez, 2007

Panorama da Saúde dos Povos Indígenas no país e o contexto de Porto Alegre: desafios e conquistas

Rosa Maris Rosado

A saúde indígena ainda encontra dificuldades em inserir-se na pauta de discussões da saúde pública no Brasil e tem sido marcada por uma atenção fragmentada e descontinuada. Esse cenário somado aos preconceitos e à dominação cultural faz com que os indígenas apresentem sérias dificuldades com relação ao acolhimento e à continuidade do vínculo com a rede de saúde, fato que justifica uma discussão contundente e substancial para adequação dos serviços à realidade intercultural.

As necessidades de adequação do sistema de saúde à realidade dos povos indígenas se assentam sobre diferentes concepções de corpo, saúde-doença e bem estar, enfim, sobre modos de vida e processos distintos de produzir saúde. De certa forma, para reconhecer o que os indígenas trazem como legítimo e singular à sua necessidade de saúde, é preciso qualificar a escuta e o diálogo. Para que os serviços de saúde sejam permeáveis às práticas tradicionais e saberes indígenas e também para que a rede de saúde do SUS possa apreender e incluir as necessidades dos indígenas na construção dos projetos terapêuticos singulares, é preciso garantir uma escuta qualificada. Significa possibilitar acesso dos profissionais à informação e aos conceitos que envolvem a Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (PNASPI), principalmente o de atenção diferenciada a que fazem jus, independente do local onde habitam, assim como da legislação indigenista.

Os relatos dos indígenas sobre as dificuldades de acesso e principalmente da falta de respeito às suas especificidades culturais são barreiras que podem ser problematizadas - e quiçá superadas, em alguma medida - por meio da abertura a um diálogo intercultural. Ensejamos que o texto que segue, juntamente como o capítulo 3 desta publicação, intitulado "Povos Indígenas e Saúde: desafios para a equidade no SUS", possam trazer à tona reflexões relevantes para o "fazer saúde com e não para os povos indígenas", instrumentalizando os profissionais de saúde acerca das especificidades da saúde indígena.

Povos Indígenas no Brasil

De acordo com o IBGE, o Brasil conta com 305 etnias e cerca de 274 línguas indígenas são faladas no território nacional. Segundo o último Censo Demográfico, o total de pessoas indígenas no Brasil atingiu 817,9 mil, dos quais

cerca de 40% reside em áreas urbanas. No país, os povos originários configuram como um dos segmentos mais desfavorecidos do ponto de vista econômico, habitacional, educacional e dos indicadores de saúde, como revelam os censos e outras pesquisas que medem as condições de vida da população brasileira. Para o Ministério da Saúde, a diversidade cultural e a dispersão demográfica, somadas a mobilidade característica desses povos se constitui como um grande desafio para o desenvolvimento de políticas eficazes de proteção da saúde.

A metodologia usada para coletar essas informações em saúde é a auto-declaração. Justamente esta metodologia de coleta das informações dos censos nacionais é também um limitante para as análises demográficas por povo / etnia, porque a informação coletada é apenas a identificação enquanto “indígena”, uma categoria genérica que tem origem na época colonial. No geral, as informações sobre os povos indígenas são baseadas em dados de baixa confiabilidade e carentes de uma rotina de coleta adequada. Agrega-se a isso, as limitações próprias da produção de estatísticas de aglomerados micro-populacionais, além da generalização das informações, desconsiderando as especificidades de cada povo, cada etnia.

A taxa de crescimento, níveis de fecundidade elevados, é estimada em 3,5% ao ano. Este fenômeno demográfico tem sido definido enquanto “recuperação demográfica”, que ocorre após um longo período de perdas populacionais. Os dados revelam para os povos indígenas uma pirâmide etária com ampla base, porém a taxa de mortalidade infantil é nove vezes maior se comparada com a da população não indígena. Tal padrão configura uma estrutura etária com traços bem marcados por uma enorme iniquidade em saúde e desigualdades nas condições de vida desses povos no país.

Na análise da situação epidemiológica dos povos indígenas no Brasil, observa-se uma transição epidemiológica complexa, pois a mortalidade continua sendo associada às doenças infecciosas, mas também as doenças crônico-degenerativas e ligadas à violência. Doenças mentais, uso abusivo de álcool e outras drogas e suicídio, constituem-se também como agravos importantes entre esses povos e se revestem de enorme complexidade diante do contexto de suas cosmologias. A convivência com doenças relacionadas às etapas mais avançadas atinge, principalmente, os povos mais próximos das grandes metrópoles, em contato a longo período com a sociedade envolvente.

A ausência de informações confiáveis sobre a morbimortalidade desses povos tem gerado deficiências na vigilância à saúde da maioria dos povos indígenas, principalmente quanto a qualificação dos seus espaços de vida em

termos de saúde ambiental, entre outros aspectos relacionados às suas condições territoriais. Além disso, são raros estudos que forneçam pistas sobre as condições de saúde de um certo povo indígena ou uma dada etnia especificamente. Em geral referem-se a uma abordagem mais genérica da saúde indígena.

Segundo o 1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado entre 2008-2009 pela FUNASA, as alterações nos padrões alimentares e de atividade física têm provocado drásticas transformações na saúde indígena, levando para as aldeias problemas como obesidade, hipertensão arterial e diabetes. O binômio alimentos industrializados/sedentarismo pode fornecer explicações para os números que indicam que em torno de 50% das mulheres indígenas no Sul e Sudeste no país sofrem com sobrepeso e obesidade, enquanto 15% são atingidas pela hipertensão arterial.

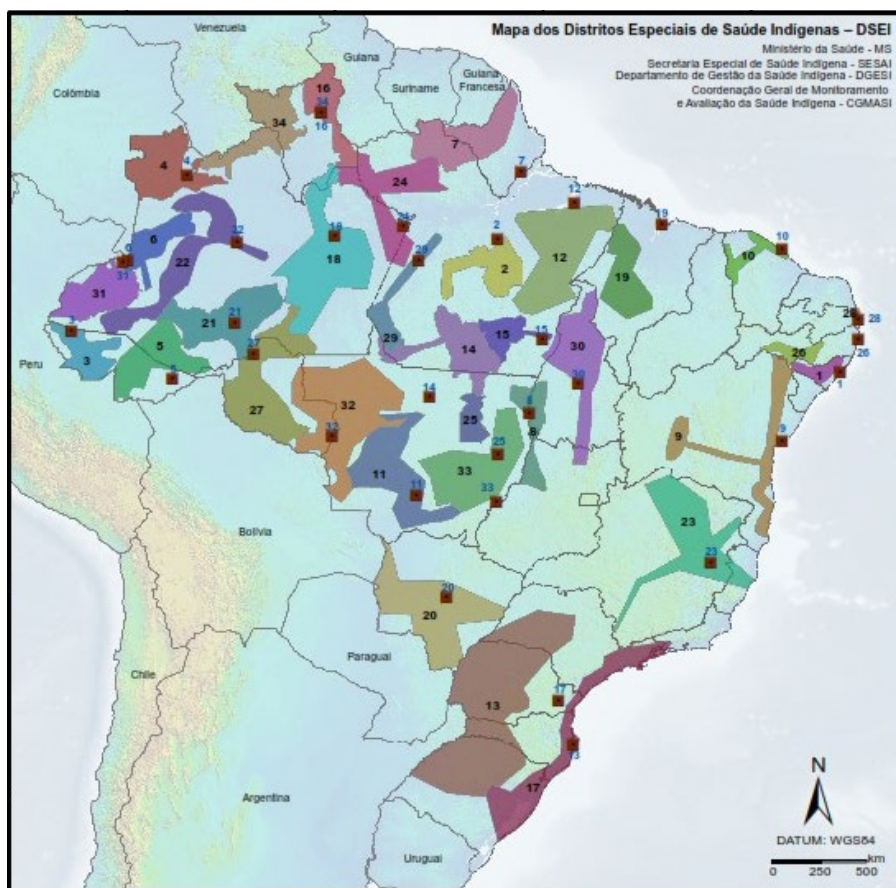
Nas áreas urbanas, habitando áreas exíguas, não há possibilidade dos povos indígenas viverem a seus modos. Nas cidades há o aprofundamento das desigualdades sociais e propicia agravamento das condições de saúde dos povos indígenas, considerados como “população vulnerável” ou “pobres”. Essa situação dilui a força da expressão dos fatores étnicos nas cidades, sendo privados muitas vezes do controle de sua própria representação e de sua identidade coletiva que tem reflexos no acesso a serviços públicos (Fagundes e Rosado, 2013). Em função do interesse histórico cultural das comunidades indígenas, da pequena população e da elevada mortalidade associada ao choque epidemiológico e sociocultural do contato, devem ser consideradas como “em condições de raridade” (Dos Anjos, Ramos, Mattos e Marques, 2008). Urge o esforço de reverter as desigualdades apontadas e resgatar a dívida histórica com os povos indígenas por meio da adoção de estratégias inovadoras e da realização de investimentos institucionais necessários efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

A garantia de implantação da PNASPI ocorreu pela Portaria nº 254 do MS de 31/01/2002. A implementação dessa política requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos povos indígenas a efetivação desse direito. De acordo com essa política, torna-se indispensável à adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento e a adequação do funcionamento do SUS, tornando factível e eficaz a aplicação de seus princípios,

principalmente o relativo à equidade. Para que esses princípios possam ser efetivados, é fundamental a efetivação da atenção diferenciada à saúde, principal noção trazida pela PNSPI, sendo aquela que leva em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas.

A Lei nº 9.836/99, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), também chamada de Lei Arouca, dividiu o país em 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena - DSEI, com a coordenação da SESAI. O município de Porto



Mapa dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena
Fonte: Site da SESAI/MS

Alegre pertence a área do DSEI 28 - Litoral Sul, que se estende desde o litoral do estado do Rio de Janeiro até o Rio Grande do Sul.

A estruturação da saúde indígena, sua territorialização diferenciada por meio dos DSEIs, foi pensada para garantir aos povos indígenas o direito ao acesso à saúde integral, atentando para as particularidades étnico-territoriais. Embora a tentativa de adequação, essa estruturação demonstrou sérios entraves burocráticos para a realização de ações de saúde em comunidades indígenas situadas distantes, em estados distintos ao da sede do DSEI. Vinculados aos DSEIs encontram-se os Pólos-Base, conforme os municípios de referência. Aos Pólos-Base estão vinculadas às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). As EMSI são compostas por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, odontólogos, agente de saúde bucal, psicólogos, nutricionistas, agentes indígenas de saneamento (AISAN), agentes indígenas de saúde (AIS) e outros profissionais.

A PNASPI prevê o atendimento primário dentro dos locais onde se vivem as comunidades, nas áreas indígenas, o que aproxima os profissionais de saúde do modo de vida indígena, qualificando o diálogo intercultural necessário à resolubilidade das ações. Os Agentes Indígenas (AIS e AISAN) são elos fundamentais atuando como mediadores na relação entre o serviço de saúde e a comunidade. Apesar dessa organização da Atenção Primária à saúde dos povos indígenas, o fluxo não se diferencia para os serviços de média e alta complexidade, pois o acesso à esses níveis de atenção acaba sendo igual ao dos usuários não indígenas. Isso faz com que as especificidades étnicas e culturais, não sejam observadas exatamente quanto as condições de saúde estão agudizadas. Esse desafio tem em sua origem a formação do profissional em saúde, que não contempla a capacitação para atuação em contextos interculturais, por isso a necessidade de incluir no planejamento metas que contemplem a educação permanente, tendo como foco a atenção diferenciada e, também, estimular as Instituições de Ensino Superior a incluir a temática nos currículos dos cursos na área da saúde.

Os municípios têm papel complementar, mas indispensável na salvaguarda dessa política pública, em articulação com a SESAI/MS, para integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde mental, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis HIV/AIDS, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônicas e degenerativas que já afetam grande parte da população indígena no país. Do ponto de vista dessa articulação intra-setorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do SUS, por meio de um planejamento pactuado com os indígenas.

A PNASPI aponta para a participação dos povos indígenas em todas suas etapas de formulação do planejamento, implementação, avaliação e aperfeiçoamento das ações em saúde, com base nas necessidades percebidas pelas comunidades indígenas¹. Os indígenas estão representados no Conselho Nacional de Saúde e devem estar representados nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Conforme prevê a política, deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, junto aos Conselhos Municipais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da PNASPI. Mas, cabe alertar, que a forma de participação das comunidades indígenas é distinta, e que essa deve ser respeitada em todas as instâncias do Controle Social, conforme recomendação do Conselho Nacional de Saúde.

A bibliografia sobre a saúde dos povos indígenas, em geral, aponta que apesar da PNASPI focar na dimensão intercultural, que deveria orientar o modelo organizacional dessa política pública voltada para um grupo etnicamente diferenciado, os sistemas institucionalizados ainda não encontraram formas de “ouvir” adequadamente esse público. Os sistemas locais desses povos que incluem saberes milenares e as práticas tradicionais de cura que ainda são desconsiderados, sendo esse tema recorrente das propostas indígenas apresentadas nas Conferências de Saúde Indígena. Segundo a PNASPI, deve-se promover a articulação entre estas práticas e as biomédicas ocidentais. Essa articulação é dificultada pela hierarquização entre os conhecimentos acadêmicos e as sabedorias tradicionais indígena, que são constituídos a partir de distintas epistemes e que, portanto, deveriam ser colocados em um patamar de igualdade para propiciar o diálogo efetivo em saúde. Do nosso ponto de vista, a constituição desse diálogo representa um dos principais entraves para a efetivação da atenção diferenciada à saúde a que fazem jus os povos indígenas.

Povos indígenas em Porto Alegre

Conforme o censo do IBGE 2010, a capital gaúcha conta com 3308 pessoas indígenas, perfazendo apenas 0,23% da população. Conforme alertado anteriormente, esses números devem ser considerados sempre como estimativas, pois há constante mobilidade dos indígenas entre os diversos espaços de vida dos “parentes”. Por esses motivos se deve ter muita cautela com relação aos dados quantitativos, fato alertado por vários autores tais como Coimbra e colaboradores (2005).

¹ Estando de acordo com a Convenção nº169 da OIT, da qual o Brasil é signatário, que estabelece a Consulta prévia, livre e informada aos povos indígenas, na qual os governos devem adotar as medidas para que os povos indígenas possam estar devidamente informados e consultados sobre as políticas e ações a eles direcionadas.

Em Porto Alegre vivem indígenas pertencentes a três etnias: Guarani-mbyá, Kaingang e Charrua. No mapa atual da cidade localizamos 8 comunidades kaingang habitando nos bairros Lomba do Pinheiro, Varejão, Belém Novo, Tristeza, Santa Tereza, Jardim Protásio Alves, Jardim Verde, Agronomia; 3 comunidades Guarani-mbyá, nos Bairros Lomba do Pinheiro, Lami e Cantagalo e 1 comunidade Charrua, no Bairro Lami.

As comunidades pertencentes ao povo Guarani-mbyá existentes em Porto Alegre fazem parte de uma ampla rede comunitária Guarani presentes não só em outros estados brasileiros, mas também no Paraguai, no Uruguai e na Argentina. Já o povo Kaingang circula num território que se estende desde São Paulo ao Rio Grande do Sul, caracterizando-se como um horizonte de relacionamentos sociais, políticos, econômicos, xamânicos-cosmológicos e de parentesco. Enquanto as lideranças do Povo Charrua afirmam a existência de parentes na região missioneira do estado. Cada povo indígena com as suas territorialidades e singularidades próprias, mas maneira geral, o sustento das comunidades indígenas ocorre por meio da realização de atividades tradicionais como coleta, produção e comércio de artesanato; atuação em grupos de apresentações culturais (grupos de cantos e danças); atividades remuneradas dentro da aldeia (agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, técnica de enfermagem, professor bilingue, merendeira, secretário de escola, etc) ou, algumas vezes, por meio de atividade remunerada fora da aldeia. Entretanto, o que mais se destaca como comum aos distintos grupos indígenas na cidade é a necessidade de acesso a terra para a manutenção dos seus modos de vida, isto é, espaços que lhes propiciem viver de acordo com os seus usos, costumes e tradições, conforme preconizado pela Constituição de 1988. Esta é, para os povos indígenas, uma condição sine qua non para viver com saúde integral, nos nossos termos.

Por uma série de aspectos históricos e culturais, a procura dos indígenas pelos serviços somente ocorre quando as condições de saúde estão agravadas. Quanto do acolhimento nos serviços, deve-se se considerar que o fato de as línguas maternas desses povos não serem a língua portuguesa e o nosso desconhecimento acerca das línguas indígenas. A discriminação e o desconhecimento de direitos específicos dos povos indígenas, principalmente no que se refere ao respeito às suas formas próprias de organização social, infelizmente também acontecem.

A Prefeitura Municipal de Porto Alegre ao longo da última década realizou ações, projetos, programas e políticas públicas direcionadas aos Povos Indígenas. Essas ocorreram a partir de uma escuta tecnicamente qualificada, seguindo os marcos legais federais e os avanços expressos no artigo 200 da Lei Orgânica do

Município, que atribui ao Poder Público Municipal a responsabilidade de assegurar às comunidades indígenas, proteção, assistência social, socioeconômica e de saúde prestadas, através de políticas públicas adequadas às suas especificidades culturais, em consonância também com tratados internacionais.

Levando em conta a complexidade da política de atenção à saúde dos povos indígenas e por demanda das lideranças indígenas, a SMS constituiu uma Área Técnica para articular as ações e demandas acerca da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do município. Essa área atualmente compõe com outras Áreas Técnicas, entre as quais a responsável pela Saúde da População Negra, o Núcleo de Equidades em saúde desta secretaria. Com olhar voltado aos desafios da garantia da equidade em saúde, essa área visa implementar ações buscando o cumprimento das diretrizes da PNASPI, estabelecendo fluxos e assessorando a rede de atenção à saúde para atendimento aos povos indígenas presentes na cidade, considerando as especificidades de cada etnia, no desenvolvimento do atributo da competência cultural dos serviços de saúde.

No planejamento e na realização das ações em saúde, estas questões devem ser consideradas, assim como o papel das lideranças indígenas deve ser respeitado (caciques, kujà, karai, pajés...). O controle social é realizado por meio da Comissão Municipal de Saúde Indígena de Porto Alegre, que reúne quadrimestralmente com a presença das lideranças indígenas, AIS, AISAN, e representante dos órgãos governamentais SMS, SESAI, SES e FUNAI. Há ainda o conselho local composto pelas lideranças indígenas das comunidades atendidas pela Unidade de Saúde Indígena pela EMSI Porto Alegre. Esses espaços buscam adaptar-se ao modo distinto de participação indígena, mas, conforme o alerta dado por Jéssica Rosa (2016), ainda estão muito associados ao modo não indígena de participação social, entretanto não se pode negar que a participação indígena nesses espaços tem sido um instrumento para obtenção e efetivação dos direitos na saúde.

Pela demanda das lideranças indígenas, houve a proposta de criação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) de Porto Alegre que foi apresentada Conselho Municipal de Saúde. O projeto obteve aprovação e iniciou-se assim um mecanismo próprio do município na saúde indígena no nível da atenção primária, com a implantação da equipe composta atualmente por 1 Médica, 1 Enfermeira, 2 Técnicas de Enfermagem, 1 Cirurgiã Dentista, 1 Auxiliar de saúde bucal e 5 AIS e 5 AISAN. Este formato é pioneiro no estado do RS e é um processo em constante construção.

O trabalho dessa equipe exige uma mudança no olhar do profissional e a

adequação na forma de trabalhar no contexto intercultural e interinstitucional da saúde indígena. Tem-se aqui o principal desafio para o atendimento às comunidades indígenas, para além daqueles que são característicos da própria organização dos serviços de saúde em geral, a sua resolubilidade² depende do perfil dos profissionais no desenvolvimento da competência cultural para suprir as demandas dessas comunidades.

Com uma dinâmica de atendimento peculiar, a EMSI de Porto Alegre atende de forma itinerante 5 aldeias situadas no município: 4 Aldeias pertencentes à etnia Kaingang- Fág Nhin (Bairro Lomba do Pinheiro), Tupe Pen (Morro do Osso/Bairro Tristeza), Van Ká (Bairro Varejão) e Kómag (Bairro Belém Novo) e 1 Charrua- Polidoro (Bairro Lami). O cronograma de atendimento da equipe é pactuado na Comissão Municipal de Saúde Indígena, conforme a população de cada aldeia e as suas necessidades.

As demais comunidades indígenas situadas em Porto Alegre, pertencentes a etnia Guarani-mbyá, são 3 aldeias (tekoá) Pindó Poty (Bairro Lami), Anhetenguá (Bairro Lomba do Pinheiro) e Kaguay mirim (Canta Galo) cujo atendimento é realizado também de forma itinerante pela EMSI de Viamão, implementada pela SESAI. Essa equipe tem a mesma composição que a EMSI de Porto Alegre, sendo os profissionais contratados pela SESAI, via ONG Missão Evangélica Caiuá. Assim, somente alguns usuários indígenas presentes em Porto Alegre, cerca de 130, pertencentes a etnia guarani-mbyá, tem atendimento básico pela SESAI, dos demais, a maioria dos pertencentes a etnia Kaingang e todos os Charrua, são atendidos pela EMSI de Porto Alegre, por profissionais do Instituto Municipal de Saúde da Família (o IMESF). As demais comunidades kaingang tem seu atendimento circunscrito a unidade de saúde da família do município mais próxima de seu espaço de vida.

Os profissionais de saúde que atuam junto às comunidades indígenas deparam-se com a dimensão intercultural, o que remete diretamente à necessidade de adequação ética de suas práticas de saúde diante da realidade cultural dessas comunidades. A potencialidade desse encontro intercultural pode conceber práticas inovadoras e formas criativas de organizar o serviço. Mas, é importante também atentar para as referências na média e alta complexidade, nas quais os indígenas relatam terem maiores dificuldades com relação ao acolhimento considerando as suas especificidades culturais. Por isso é relevante apoiar propostas que visem

²Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990, p.10) a resolubilidade é definida como: "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência".

uma atenção diferenciada aos povos indígenas em todos os níveis de atenção à saúde com vistas a integralidade do cuidado.

Cabe destacar aqui o papel da educação permanente em saúde nesse processo. A educação permanente como aprendizagem-trabalho, acontecendo no cotidiano do fazer-saúde, levando em consideração os conhecimentos forjados nas experiências, tendo o potencial de transformação das práticas em saúde e dos processos de trabalho das equipes, qualificando desta forma a atenção primária e seu relevante papel de ordenadora do cuidado em rede. Afinal, diante da complexidade a saúde indígena, pode-se dizer que o modelo de assistência à saúde dos povos indígenas ainda apresenta marcas das desigualdades, corre-se o risco de uma “normalização inclusiva”, isto é, ainda parece ser mais comum que esse público específico da saúde tenha que se adaptar ao atendimento e entroncamentos do SUS e não ao contrário. Nesse sentido, a interculturalidade aparece como principal estratégia para a nossa compreensão e transformação no fazer-saúde para acolher as particularidades da saúde indígena (Cuervo, Riegel e Radke, 2015).

Para a adequação cultural dos serviços existentes no âmbito da saúde e outras políticas setoriais, considera-se necessária a adoção dos seguintes requisitos: a) participação de lideranças indígenas nos espaços de planejamento e tomada de decisões dos serviços; b) inserção de profissionais diversas áreas e vínculos, principalmente com conhecimento dos costumes desses povos; c) disponibilização de informações aos Povos Indígenas em linguagem acessível; e) adequação dos fluxos operacionais de atendimento que dialoguem com as instâncias internas das comunidades indígenas; e) formação sobre as culturas e os direitos indígenas, buscando assegurar o atendimento com o devido respeito à diversidade cultural; f) aprimoramento da coleta de dados sobre as condições de saúde dos Povos Indígenas.

Os dados apontam estar havendo modificação no perfil epidemiológico, em decorrência das intensas mudanças impostas ao modo de vida dos povos indígenas, principalmente em cidades. Em Porto Alegre, entre as principais causas de mortalidade entre os indígenas estão as doenças crônicas cardiovasculares associadas principalmente às alterações de suas práticas corporais decorrentes do fato de viverem em áreas diminutas, inadequadas ao pleno exercício dos seus modos distintos de ser e estar no mundo.

No campo da saúde, é imprescindível compreender o valor atribuído ao espaço pelos povos indígenas, enquanto território tradicional. Afinal, esse valor difere muito da visão ocidental de terra enquanto substrato ou recurso, e se distancia mais ainda, enquanto propriedade ou mercadoria. Destarte,

na cosmovisão indígena corpo e território estão intimamente relacionados, conectados, interligados. Esta relação é base de saúde e seu desequilíbrio submete os indígenas ao risco de doença, sendo a restauração de sua ordem, a chave da cura. Nas cidades, a situação territorial é agravada pela inexistência de espaços com as condições ambientais para revigorarem suas práticas culturais, consideradas fundamentais à manutenção da saúde/vida. Enfim, viver com saúde para esses coletivos significa primordialmente ter acesso a esses territórios, que os possibilitam reproduzir-se enquanto cultura, de onde deriva o Bem Viver³.

Referências

DOS ANJOS, José Carlos; RAMOS, Ieda; MATTOS, Jane de e MARQUES, Olavo. “As Condições de Raridade das Comunidades Quilombolas Urbanas”. In: GEHLEN,IVALDO; SILVA, Simone Ritta e BORBA, Marta (Org.). **Diversidade e Proteção Social: estudos quanti-qualitativos das populações de Porto Alegre: afro-brasileiros; crianças, adolescentes e adultos em situação de rua; coletivos indígenas; remanescentes de quilombos**. POA, Century, 2008, p. 205-219.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FAGUNDES, Luiz Fernando Caldas; ROSADO, Rosa Maris (Orgs.). **Presença indígena na cidade reflexões, ações e políticas**. Núcleo de Políticas para Povos Indígenas. Porto Alegre: PMPA, 2013, p. 7-2.

COIMBRA J. R.; C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A.L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al . **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

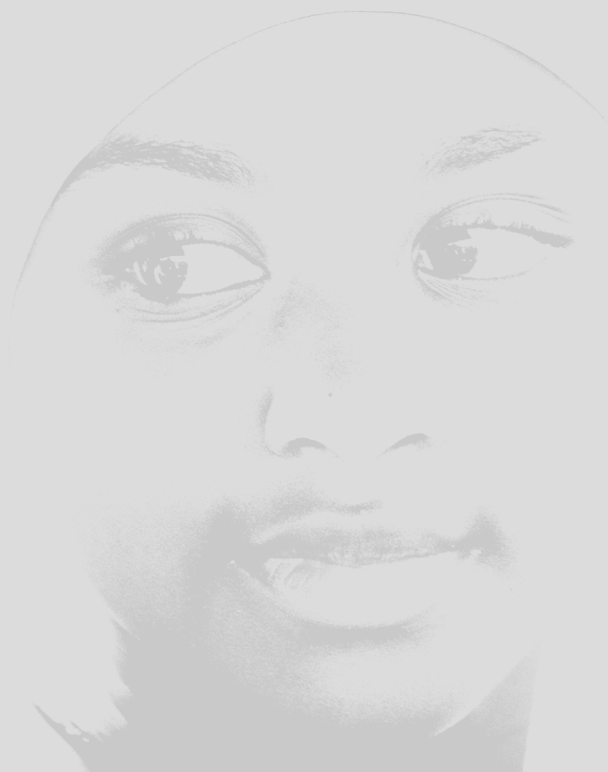
³ Para compreender a noção de Bem Viver Indígena recomendo fortemente a leitura do artigo “Bem viver kaingang na construção de políticas públicas”, de autoria de Assistente Social Kaingang Angélica Domingos Ninhpri, presente nessa publicação.

ROSA, J. C. S. **Travessias da participação social e estratégias de mudança da política de saúde: o controle social na saúde indígena em diferentes perspectivas.** Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, 2016.

CUERVO Maria Rita; RADKE, Mariane; RIEGEL, Elaine Maria, **PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2015. Acessado em: 10 de setembro de 2017. Disponível em :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180142195025>> ISSN 1414-3283.

PARTE 2

***EXPERIÊNCIAS INOVADORAS
E PESQUISAS EM SAÚDE
DA POPULAÇÃO NEGRA -
Categoria POA se mostra***



Povo de Terreiro e Saúde: Relato de uma Construção Teórico/Prática

*Débora Rosa – Otunola,
Janine Cunha – Nina Fola,
Kátia Peres Farias– Oba Toyeb,
Luana Rosado Emil – Oyá Gbemi*

Introdução

Pensar e promover a saúde de forma integral e a partir de equidade de acesso tem sido o desafio do Sistema Único de Saúde (SUS). Este desafio pode não ser suficientemente correspondido pelas formas biomédicas de compreensão do que vem a ser “saúde” ou mesmo “doença”. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra traz consigo pelo menos dois pontos fundamentais que dão um caminho para o entendimento e principalmente para a promoção de saúde em sua complexidade e abrangência: o primeiro é o reconhecimento do racismo e das desigualdades étnico-raciais e o segundo é a necessidade de participação da(s) comunidade(s) nos rumos das políticas públicas. Neste contexto se insere o Projeto de Capacitação em DSTs e AIDS da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras/RS realizado em convênio com o Programa Estadual de Prevenção às DSTs e AIDS da Secretaria Estadual de Saúde do RS. Este convênio cumpre a necessidade de capilaridade dessa política pública que não acessa a população que os terreiros acessam, tendo como objetivo apontar a imprescindibilidade de criação de materiais de prevenção específicos para o Povo de Terreiro, observando sua singularidade prático-cultural.

Desde 2003 é articulada em todo o Brasil a Rede Nacional das Religiões Afro-brasileiras e Saúde, que tem como foco central a discussão, atuação e enfrentamento à epidemia da AIDS por meio dos espaços e do público de Terreiro. No Rio Grande do Sul, o núcleo é denominado de RENAFROSAÚDE-RS e tem atuado desde 2007 no município de Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul. No ano de 2011 e 2012, atuou num projeto de inserção ao interior do Estado, capacitando lideranças para o controle social, onde percorreu mais de quinze municípios e - nestes formou núcleos - que demandam muitas questões em prol da Saúde do Povo de Terreiro.

Hoje a RENAFROSAÚDE-RS conta com 15 núcleos, trabalhando em rede em diferentes frentes de trabalho que envolve além da saúde, também a educação, a

cultura e o controle social. A RENAFROSAÚDE-RS foi um dos principais atores da luta e articulação que deu origem ao Conselho Estadual do Povo de Terreiro do Estado do RS, instância fundamental para o controle social e para garantia de nossos direitos.

A questão da prevenção em DSTs e AIDS foi sempre um tema em pauta no percurso nacional e estadual da rede, seja, inicialmente, para desmistificar a ideia de que nos terreiros haveriam práticas que poderiam ser transmissoras, ou para qualificar o atendimento do nosso povo, classificado pelas políticas de saúde como “vulneráveis”. Ao longo de no mínimo 10 anos de envolvimento com essa política, atualmente percebemos nosso papel ativo nessa relação. Queremos entender os sentidos dessa “vulnerabilidade” e principalmente propor ações que de fato contemplem nosso povo.

O Projeto de Capacitação em DSTs e AIDS nas comunidades de terreiro ligadas aos núcleos da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras no Rio Grande do Sul nasce da busca por (re)definir os sentidos de corpo, saúde e prevenção desde a tradição de matriz africana. Além de apontar uma vontade e imprescindibilidade de criação de materiais de prevenção específicos ao Povo de Terreiro, sobre a prevenção à AIDS.

Antecedentes

A RENAFROSAUDE-RS, desde sua criação em 2007, passa ser um importante agente de fomentador da discussão e divulgação em torno da saúde da população negra e das “terapêuticas tradicionais” que partem das comunidades de terreiro. Nos anos de 2010, 2011 e 2012 organizou projetos que permitiu o crescimento da rede para o interior do Estado do Rio Grande do Sul. Foram realizadas inúmeras atividades de capacitação voltadas à prevenção em saúde e ao controle social em cidades interioranas. Essas atividades de capacitação e formação dos núcleos do interior do Estado foram fundamentais para a visibilidade da rede e do Povo de Terreiro como um todo. Visando este objetivo optou-se pela realização dos eventos em espaços públicos e não (como de costume) dentro dos próprios terreiros. As cidades foram tomadas pelo povo de terreiro, em especial os espaços sagrados ligados a elas. A estratégia de realizar as atividades fora do espaço de terreiro visava também a aproximação de outros atores, em especial o poder público e os agentes da gestão pública de saúde.

Além de propor a organização política da Rede, os conteúdos dos encontros potencializaram a atuação em espaços de controle social, debates sobre racismo e discriminações e intolerância religiosa, assim como temáticas de saúde pertinentes ao Povo de Terreiro. A rede também organizou e sediou quatro eventos nacionais

(três edições do DIDÁ ARÁ - *Encontro Nacional da Matriz Africana e o SUS* discutindo a relação matriz africana no SUS e questões sobre bioética do ponto de vista da matriz africana e, uma edição do *Mulheres de Axé*, focado da pauta da saúde da mulher, em especial da mulher negra). Nestas experiências e aberturas de variados espaços de debate, a questão de prevenção de HIV e AIDS sempre surgiu como uma temática de forte apelo, sublinhando a falta de ferramentas específicas para que esta promoção seja efetivada pelos Terreiros.

Portanto, na oportunidade de um edital estadual para fomentar ações específicas, a RENAFROSAUDE-RS se coloca para realizar este projeto que tem como objetivo ministrar oficinas em seis cidades da Rede, preferencialmente com altos índices de incidência da epidemia de AIDS, e um evento de encontro e sistematização dos trabalhos realizados nestas oficinas, resultando em um material único produzido nesta experiência dialógica entre o povo de terreiro, com a compilação do conhecimento produzido/ensina/externado nas oficinas. A partir deste material espera-se que a Política Pública de AIDS, e a Secretaria Estadual de Saúde crie ferramenta de campanha de prevenção com forma e conteúdo condizente à matriz africana.

O Projeto de Capacitação em DSTs e AIDS nas comunidades de terreiro ligadas aos núcleos da Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras no Rio Grande do Sul tem como objetivo apontar a imprescindibilidade de criação de materiais de prevenção específicos para o Povo de Terreiro, considerando-se sua singularidade prático-cultural. Ele foi elaborado em 2013 e conveniado em 2014, mas suas atividades iniciaram somente em 2015 devido a um grande período de pausa em virtude das eleições e problemas de repasse de verbas. Teve como proposta fundamental ser um trabalho do povo de terreiro para o povo de terreiro. Envolvendo pessoas com formação técnica, mas que tenham como pressuposto civilizatório a vivência de terreiro, acreditando ser assim a mais aproximada proposta a ser executada para obter os resultados necessários e desejáveis.

Metodologia

As comunidades de matriz africana ou os Terreiros, são considerados locais de promoção de saúde para além do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, para além das práticas de saúde advindas do Estado. Assim, o povo de terreiro em suas práticas, produzem vida para as pessoas e com o sagrado. Do encontro entre as práticas de terreiro e a política pública, enquanto ação de governo da saúde (dos corpos, das pessoas), podemos traçar na genealogia ações que em muitos momentos estiveram em contraposição: o Estado, assim como a Ciência,

frequentemente negou o *status* de saber ao conhecimento africano, relegando-o a ilegalidade, enquanto práticas de “curandeirismo” ou “crendices”. As políticas públicas de saúde, neste contexto (higienista e racista) foram utilizadas como medidas de controle e “domesticação” das práticas negro-africanas do Brasil, em especial as que partiam das comunidades tradicionais do povo de terreiro e comunidades quilombolas.

No encontro dessas práticas e na transmissão da historicidade de políticas públicas, tais como a Política de Prevenção às DSTs, AIDS e Hepatites Virais e a Política da Saúde da População Negra, deve-se ter cuidado para que termos técnicos e de políticas públicas não interajam como agentes de dominação (de poder) em relação a esses territórios negros marginalizados, evitando assim práticas de racismo institucional.

Neste sentido, a metodologia para intervenção com as comunidades de matriz africana foi desenvolvida a partir do próprio *modus operandi* dos terreiros, da palavra, do olhar e da ancestralidade, buscando coletar o conhecimento desenvolvido no interior das comunidades ao pensarem estratégias de prevenção à epidemia de AIDS. Assim, o foco da oficina é a participação e o fortalecimento deste espaço como efetivo promotor de saúde, domínio este vindo do próprio conhecimento cultural de matriz africana, que se estabelece como poderoso tanto na possibilidade curativa de algumas doenças, como auxiliares ao tratamento, no caso do HIV/AIDS.

Desta vez, a opção foi trazer o diálogo para dentro dos terreiros, contudo mantendo as relações já estabelecidas com os agentes da gestão pública de saúde. A logística dos encontros é organizada pelos núcleos locais que convidam outros terreiros e parceiros locais. A equipe facilitadora do projeto prepara uma metodologia de abordagem a partir do fortalecimento dos depoimentos e falas sobre as vivências e contatos com a epidemia. Além disso, conta com a parceria do Departamento de DSTs e AIDS da SES, que cede dados epidemiológicos do RS e nos municípios. Juntando informações e debates locais com os números, podemos criar um espaço ético e de análise para traçar a situação de “vulnerabilidade”.

Um ponto importante da metodologia é o foco na ética e estética da matriz africana, por isso tornou-se fundamental a elaboração de uma identidade visual para o projeto. A identidade visual em um projeto torna-se fundamental tendo em vista as relações de empatia e pertencimento necessários em campanhas de prevenção em saúde. Em relação ao Povo de Matriz Africana, este aspecto é imprescindível, sendo a não-identificação com os materiais de campanha do

Estado (ou mesmo com os materiais para quaisquer propagandas), um problema levantado pela RENAFROSAUDE-RS e objetivado pelo projeto em questão.

O processo de fortalecimento da identidade do povo negro e do Povo de Terreiro é uma das estratégias centrais do combate anti-racista (e ao racismo institucional). Este processo se faz a partir da afirmação estética, através da valorização de símbolos e significados desqualificados pelo processo de colonização, no qual descaracterizou e subjugou nossa identidade. Por isso, a identidade visual é um valor importante e faz parte do objetivo e das características metodológicas deste projeto, ou seja, da luta de combate à epidemia de AIDS a partir da prevenção e do compartilhamento do conhecimento desde dentro dos terreiros, assim como a projeção e fortalecimento dos conhecimentos do povo de terreiro para colaborar com a prevenção da epidemia com o seu próprio povo. Então, foi escolhida como logo do projeto (figura 1) a composição do símbolo do Laço Vermelho e por símbolos *Adinkras*. O Laço Vermelho foi criado em 1991 por um grupo de design de Nova Iorque e foi inspirado nos laços amarelos que honrava soldados americanos na Guerra do Golfo. O vermelho foi escolhido pela ligação ao sangue e à ideia de paixão. O laço tem sido usado como símbolo de muitas lutas no âmbito da saúde, mais especificamente, na luta contra AIDS. Os símbolos *Adinkras* são um tipo de escrituras pictográficas desenvolvidas pelo grupo *Akan* (do Oeste da África) e servem para a transmissão de valores tradicionais acumulados pelos *Akan*, valores estes que são compartilhados por muitos grupos de origem africana. O símbolo escolhido é o *NEA ONNIM NO SUA A, OHU*, que indica “Quem não sabe pode aprender”. Símbolo do conhecimento, da educação ao longo da vida e a busca contínua pelo conhecimento. As cores escolhidas para os símbolos, verde e roxo, estão relacionadas com os *Òrisàs Ossain e Sapana*, indicando com isso a ideia de luta furiosa contra as “coisas que não mais precisamos”. E do cuidado e cura a partir do uso das folhas (*èwe*) na transmissão da vida e do saber ancestral.



Figura 1- Logo do Projeto

Resultados

Foi na cidade de Rio Grande, extremo sul do Estado, que se formou um dos primeiros núcleos da RENAFROSAUDE-RS. Em Rio Grande, assim como em Pelotas, há um grande desenvolvimento no sentido de recursos, informações e conhecimento na área da saúde. Embora hoje sejam consideradas cidades “interioranas”, estas já foram o centro administrativo e comercial do Estado. Da mesma forma, o Povo de Matriz Africana nestes municípios já vem de longa data se organizando no sentido de promoção de ações para a comunidade e, em especial, em relação ao cuidado em saúde.

O encontro é iniciado com a apresentação e de imediato com a apresentação de vídeos de propagandas de prevenção elaboradas pelo Ministério da Saúde no último ano em razão do Dia Mundial de Combate ao HIV/AIDS e da Campanha de Prevenção do Carnaval. A apresentação dos vídeos gerou um debate sobre como são feitas as campanhas de prevenção, quem são os atores que nela aparecem e de que forma. Chegando a conclusão que, naquelas lindas imagens de alta resolução, poucos conseguiam enxergar a si mesmos ou a seus filhos, não nos víamos como povo. Posteriormente, foram apresentados os gráficos com os dados epidemiológicos da cidade de Rio Grande, disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica do Estado do RS. Os dados foram estratificados por faixa etária, escolarização, raça/cor, gênero e sexualidade, evidenciando que nesta cidade, a prevalência de novos infectados ao vírus HIV está entre homens heterossexuais não jovens, indicando, assim, um risco especialmente para as mulheres de mesma faixa etária. Considerando os preceitos da sociedade machista e conservadora, que é vivida cotidianamente nas cidades do RS, a comparação entre os dados e as campanhas de prevenção deixou ainda mais evidente a falta de representação do grupo e de seus grupos de relações, ou seja, seus filhos e filhas de santo.

Em um segundo momento, a proposta foi pensar cenas e casos verídicos de infecção ou descobrimento da doença e, dado o entrosamento e familiaridade dos participantes, as pessoas sentiram-se à vontade para relatar cenas verdadeiras no grupo maior. Os casos foram diversos, desde a Mãe de Santo que tinha AIDS, mas negou o tratamento, até filhos de santo, de “classe alta” que convivem com o vírus.

A ideia foi refletir sobre: Como intervir? A quem recorrer? Como prevenir? Mas a discussão levou à caminhos ainda mais profundos, sobre como o nosso modo de ser entende esses processos e o que isso tem a ver com nosso modo de vida. Esta reflexão é a mais fundamental vivida neste projeto, pois dela advém respostas de força teológica, filosófica e cultural de matriz africana, recobra valores e retoma

para o povo de terreiro a necessidade que temos do convívio com nossas tradições e origem, mesmo estas sendo marginalizadas e subvalorizadas pela sociedade.

No segundo dia de capacitação, o grupo foi provocado a lembrar e contar o Mito de *Ikú* para, partindo dele, discutirmos o significado da vida, do corpo, da saúde e tantos outros. Essa discussão complementa a ideia de que a promoção de saúde para a matriz africana está relacionada à prática do nosso modo de vida, à produção e reprodução da nossa cosmovisão e de nossas práticas, sejam elas de rezas, toques, sejam de interditos, banhos e outras “terapêuticas”. Por fim, realizamos um planejamento com o grupo, para que a partir do núcleo municipal, “capacitado” com nesta intervenção, ou mesmo a partir dos terreiros ali representados, ações futuras fossem levadas adiante como continuação desta atividade, para que no encontro estadual o grupo pudesse ter uma atuação maior na formulação do material proposto pelo projeto.

O contexto da oficina em Porto Alegre foi diferente. A capacitação aconteceu em conjunto à festa *R’Gongo*. A Festa do Vovô Cipriano de Angola e Mostra de Cultura Negra, o *R’Gongo*, acontece há 18 anos na Comunidade de Terreira *Ilê Asé Iyemonja Omi Olodô*. Esta festa surgiu como uma mostra cultural a partir de um relato de vivência da entidade Vovô Cipriano de Angola. A partir da mostra, a cada ano, realiza-se a festa com um tema gerador e oficinas que também integram a programação. Curiosamente a oficina sobre prevenção em DST e AIDS é uma das que vem se repetindo ao longo dos anos. A cada ano de forma diferente e com parcerias diferentes.

Neste ano, o tema da Festa do Vovô foi *Ngangu* – O Saber, justamente pensando no espaço do terreiro como um espaço de saber, formação e capacitação, provocando a valorização de um saber já acumulado pela comunidade e, por estas razões a proposta metodológica também foi alterada. A principal alteração foi a inversão da dinâmica a partir do Mito de *Iku* com a dinâmica das cenas. Em Porto Alegre, foram mais participantes e podemos dividir o grupo em dois para realizar as reflexões dos sentidos de corpo, saúde, vida e prevenção a partir da cosmologia de matriz africana. Os dois grupos fizeram as seguintes relações:

Grupo 1

Corpo = natureza e equilíbrio

Saúde= cuidado com outro, cuidado de si

Prevenção=coletividade

Grupo 2**Corpo = lama, terra, folha, água, etc (moldados)****Saúde= equilíbrio entre o Ara e o Odu (corpo e o projeto mítico social).****O corpo é a morada do òrisà****Prevenção = chá, banhos, retorno à lama**

Assim como em Rio Grande, no segundo dia também provocamos um planejamento interno de ações que, positivamente, gerou um embate geracional: jovens criticando a linguagem dos mais velhos e os mais velhos reivindicando iniciativa e participação dos mais jovens em uma discussão franca e motivadora. Nestas resoluções, os encaminhamentos deste núcleo foi motivado pelos jovens.

Conclusões

Com as experiências adquiridas ao longo destes anos na RENAFROSAUDE-RS, entendemos que temos conseguido grandes avanços sobre o tema, mas também consideramos que ainda há muito a ser feito, haja vista que a epidemia de AIDS, em nosso Estado, só cresce. A importância de afirmar os terreiros como espaços de prevenção e promoção de saúde é uma preocupação e responsabilidade também dos terreiros, porém, salientando que de forma alguma isto isenta ou minimiza a responsabilidade maior do Estado como provedor do acesso à saúde.

O projeto ainda em execução demonstra e ratifica que o saber do povo de terreiro é um saber possível de ser aplicado em outros espaços de saúde, tal como apresentado, partindo do pressuposto da escuta e da aplicação do modo de vida para aqueles que têm pertencimento cultural. A reafirmação da identidade, na ancestralidade, na visão de mundo, em rápida conclusão, são questões que de forma direta ajudam no entendimento sobre a importância da prevenção, à adesão ao tratamento e à valorização do corpo e da vida.

Num processo que tem seu tempo, que revela conhecimento, acreditamos que o resultado será um produto de grande reflexão e serventia para que nosso povo seja acessado e cuidado de forma mais humanizada e valorizada, assim como a tradição que, cotidianamente sofre pela colonialidade, pelo capitalismo, pelo racismo e intolerância religiosa, ocupe um lugar de importância perante a sociedade e Estado, na atuação em prol de seu próprio povo.

A metodologia da matriz africana que propusemos neste projeto, está ligada

à palavra e à participação, nada se faz sem a palavra e sem a participação coletiva e no coletivo. Nas comunidades que acessamos tivemos experiências diferentes com resultados semelhantes, em que a promoção de saúde para está relacionada às práticas do modo de vida, a (re)produção da cosmovisão e de práticas, sejam rezas, toques, sejam interditos, banhos e outras “terapêuticas” do conhecimento cultural e ancestral. Com isso, concluímos que é preciso entender os sentidos (e limites) desta “vulnerabilidade” e propor ações que contemplem estes sentidos de corpo, saúde e prevenção.

Bibliografia consultada

BASTIDE, Roger. **Epistemologia da participação**. In: Candomblé da Bahia. São Paulo, Cia das Letras, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SILVA, Marmo. **Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde**. In: Saúde Soc. São Paulo, V. 16, n2, p.171-177

SODRÉ, Muniz. **A verdade seduzida**. 3ª Ed.– Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

PAIVA, Vera. **Fazendo Arte com a Camisinha - Sexualidades Jovens em Tempos de Aids**. São Paulo: Summus, 2000. p. 41.

O Cuidar nos terreiros, vídeo documentário produzido pela Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde em parceria com o Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Educação permanente: ferramenta essencial para a transformação de práticas em busca da equidade em saúde

*Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo;
Déborah Aline de Matos Lacerda;
Cibele Ribeiro Flores;
Karina Rejane da Silva Elias;
Karolinne Campos Padilha Amaral.*

Introdução

O direito à saúde no Brasil está previsto na Constituição Federal, art. 196, como “direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Apesar dos avanços ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde, alguns estudos evidenciam situações de desigualdades, discriminação e racismo por parte das instituições e serviços de saúde. Tais fenômenos são ainda reflexos da colonização e da escravidão, dos povos negros e indígenas, que, historicamente tiveram seus direitos negados, e que ao longo das gerações se observa o quanto as diferenças econômicas e sociais ainda remetem esses povos a situações de vulnerabilidade (DOS SANTOS, 2013).

O acesso à saúde dessas populações específicas é uma questão que vem sendo amplamente discutida nos cenários políticos e sociais como forma de garantir a efetivação dos princípios da universalização e equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre essas populações específicas, a saúde da população negra se destaca por compor a maior parcela da população brasileira, 50,7% (IBGE, 2010), e que concentra os piores indicadores sociais, econômicos e epidemiológicos (BATISTA, 2004), (CHOR; LIMA, 2005), (BRASIL, 2005).

As diferenças entre os grupos étnico-raciais são também observadas através de indicadores de mortalidade, onde é possível observar que a distribuição etária ou a magnitude de causas evitáveis são apresentados por pretos e indígenas, e que a proporção de óbitos por causas mal definidas e também aqueles sem

assistência médica podem ser considerados evidências das diferenças entre os grupos étnico-raciais, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde e/ou tratamento (FILHO, 2012), (MONTEIRO, 2012).

Este cenário exige que profissionais de saúde e gestores compreendam a dimensão étnicorracial para além das desigualdades sociais e vulnerabilidades vivenciadas por esta população, sendo necessária a compreensão das diferenças genéticas e biológicas, considerando a diversidade dos fenótipos entre etnias nos serviços de saúde, através de estratégias de enfrentamento do racismo institucional e de barreiras criadas pela população sobre a importância das ações afirmativas para populações vulneráveis.

Na busca pela qualificação dos serviços, a formação dos profissionais é ferramenta fundamental nas políticas de saúde e várias estratégias de operacionalização foram lançadas desde a criação do SUS como a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAs) e a Norma Operacional Básica (NOBs), visto também que dentre as atribuições do SUS, cabe a competência de ordenar a formação na área da Saúde.

Consoante a isso, algumas políticas públicas e estratégias têm apresentado caráter relevante para que tais práticas sejam mudadas e que o acesso igualitário seja efetivado nos serviços de saúde. A Educação permanente em saúde (EPS), disposta enquanto política do Ministério da Saúde, tem objetivo de reorganizar a educação em saúde como ferramenta de transformação dos processos de trabalho, englobando a educação ao cotidiano do trabalho, de forma transversal a outras políticas, e integrando as dimensões de ensino, gestão, controle social e atenção à saúde (BRASIL, 1990), (BRASIL, 2007), (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Outras estratégias de caráter educativo e em âmbito municipal têm se mostrado exitosas, como o Curso de Promotores de Saúde da População Negra, ofertado através da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS/POA) e por intermédio da Gerência de Políticas Públicas de Equidade Étnico-racial em Saúde (CGPPS/SMS). O curso é voltado para a formação de agentes comunitários de saúde e tem como objetivo qualificar profissionais para atuarem frente ao combate ao racismo institucional e a desigualdade social nos territórios.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de experiência a partir da prática da educação permanente como ferramenta de transformação em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Porto Alegre, onde os encontros consistiam em sensibilizar a equipe da USF sobre o

tema de Saúde da População Negra, e aprimorar e ampliar as condições de acesso e a qualidade da atenção à saúde da população negra do território.

Método

Este estudo retrata um conjunto de experiências e atividades desenvolvidas enquanto Educação Permanente em uma Unidade de Saúde da Família.

A Unidade de Saúde da Família Estrada dos Alpes, localizada no município de Porto Alegre/RS, há aproximadamente quatro anos passou pelo processo de conversão do modelo de atenção de Unidade Básica de Saúde para uma Unidade de Saúde da Família. Desde então, a equipe centraliza suas discussões para organização do processo de trabalho, focalizado no trabalho em equipe, tendo o acolhimento como modo essencial para acesso às ações ofertadas pelo serviço.

Também faz parte desta rotina atividades de educação permanente sobre temas pertinentes à rotina de trabalho, especialmente planejamento das ações, visto que depende dos indicadores de saúde e identificação dos grupos mais vulneráveis para organizar ações de saúde àqueles que mais necessitam. Neste contexto insere-se a discussão sobre a saúde da população negra, assim como da comunidade quilombola existente no território de referência.

Utilizou-se das reuniões de equipe para desenvolver ações de EPS e atividades de integração e discussão in loco e no território. Participaram dos encontros e atividades os profissionais da equipe, os estagiários e residentes da USF Estrada dos Alpes. As atividades foram mediadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que são também Promotoras da Saúde da População Negra.

As reuniões de equipe na US acontecem semanalmente e são espaços de troca entre os profissionais, onde se discutem os fluxos, as práticas e as percepções dos profissionais sobre o serviço. Nestes espaços também ocorrem atividades de educação permanente, onde são apresentados assuntos ou questões emergentes na saúde, que os profissionais desconhecem ou têm pouco contato.

A particularidade de inserção do tema de saúde da população negra nas discussões da equipe refere-se à necessidade de ações voltadas a esta população visto que os indicadores de saúde da população negra demonstram indicadores negativos em relação aos indicadores da população branca. Além da população geral do território que se autodeclara de raça/cor negra, cabe ressaltar a existência da população quilombola moradora no território.

A primeira discussão realizada em reunião de equipe sobre Saúde da População Negra foi pautada a partir da apresentação do vídeo “Perigos da história única”, contado através de narrativas de uma escritora Nigeriana sobre a reprodução de estereótipos e da distorção de identidades. A reunião teve como objetivo introduzir o assunto de forma que os profissionais da equipe pudessem compartilhar suas vivências e percepções quanto à saúde da população negra no cotidiano do trabalho.

Posteriormente, e por compreender a importância de outros espaços, além da Unidade de Saúde, como também produtores de cuidado, foram realizadas duas reuniões de equipe na sede da Associação do Quilombo dos Alpes, ambas com participação da comunidade e com objetivo de integrar e fortalecer o vínculo entre a equipe e os usuários. A primeira reunião aconteceu após um almoço junto à comunidade e com participação de representantes do Quilombo, no qual foi apresentado o contexto histórico e cultural em que a comunidade foi construída e as principais demandas de saúde daquela população. A segunda reunião aconteceu junto à Festa Junina na Associação, onde foram desenvolvidas atividades de educação em saúde, como jogos e brincadeiras com temas sobre saúde bucal, tuberculose, meio ambiente e importância da higiene das mãos.

Ainda sobre as ações *in loco*, ressalta-se a participação dos profissionais da Unidade de Saúde, em outras atividades, como a roda de conversa sobre primeiros socorros, realizada na Sede da Associação, e desenvolvida como proposta de atividade do “Programa convivências”, projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Em relação às ações desenvolvidas na Unidade, foi elaborado pelas agentes comunitárias de saúde, um painel com informações e indicadores de saúde referentes a população negra. A atividade foi realizada no mês da consciência negra e teve como objetivo apresentar através dos dados a situação de saúde da população negra, de forma que todos os usuários e profissionais da US tivessem acesso.

A confecção de bonecas *abayomi* ocorreu com objetivo de fortalecer o reconhecimento da cultura afro brasileira entre a equipe e os usuários. As *Abayomis* são bonecas pretas, feitas com tecido, e sua história tem origem nas viagens dos navios que traziam os escravos da África para o Brasil, onde as mães usavam dos tecidos para fazer bonecas para as crianças, que servia como distração e amuleto de proteção. A confecção das bonecas foi realizada na reunião de equipe e no grupo de convivência com os usuários, e posteriormente usadas como acessório pelos profissionais e entregues em consultas. Para dar visibilidade

à história das bonecas, também foram realizados folders de divulgação na sala de espera e trabalhado a importância da autodeclaração da cor, raça e etnia.

Resultados

As atividades possibilitaram o conhecimento da equipe sobre o tema de Saúde da População Negra, desencadeando discussões sobre quesito raça/cor, racismo institucional, avaliação de indicadores de saúde, planejamento de ações, e reconhecimento e valorização da cultura afro brasileira.

Observou-se a aproximação e um maior diálogo entre os profissionais e os moradores do território, e também uma maior compreensão dos profissionais sobre o contexto sociocultural vivenciado pela população negra que vive no território.

Considerando a Unidade como campo de atuação e formação de residentes e estagiários, notou-se que a aproximação com o tema despertou o interesse para continuarem desenvolvendo trabalhos relacionados ao assunto. Além disso, a integração ensino-serviço e a formação com proposta multiprofissional contribuem para o enriquecimento das discussões, a partir do momento em que propõe a reflexão das práticas e possibilita a inclusão de vários olhares e perspectivas.

A partir das discussões realizadas nas reuniões de equipe surgiram propostas e encaminhamentos como a inserção do quesito raça cor nos indicadores de saúde nos Grupos de Trabalho locais, e a identificação de novas pautas a serem trabalhadas a fim de aprofundar o assunto.

Conclusões

A partir das atividades realizadas evidenciou-se a pouca proximidade dos profissionais sobre o assunto, contudo, com a continuidade das ações e do engajamento da equipe pretende-se qualificar as ações para ampliar o acesso, o vínculo e o cuidado.

Assim, é necessário reconhecer a importância de trabalhar a Saúde da População Negra e compreender que a não discussão do tema se configura como barreira de acesso aos serviços de saúde, afastando os usuários e caracterizando o serviço pela iniquidade.

Destaca-se a importância dos espaços de educação permanente, caracterizados como uma construção contínua e coletiva, no qual todos os atores

estão inseridos e discutindo questões comuns ao cotidiano dos profissionais, dos usuários e do território.

Apesar deste ser um tema desafiador, as ações demonstraram efeitos positivos, o que fortalece a Educação Permanente em Saúde como ferramenta essencial na qualificação dos processos de trabalho e das práticas de saúde, e assim, espera-se que tais experiências possam colaborar e estimular a discussão do tema em outros cenários.

Referências

BATISTA, L.E.; ESCUDER, M. M. L., PEREIRA, J. C. R. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no estado de São Paulo, 1999 a 2001**. Revista de Saúde Pública, 38 (4): 630-6, 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Art. 196.

..... Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico**, Rio de Janeiro, p.1-175, 2010.

..... Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**.

..... Ministério da Saúde. **Análise da morte violenta segundo raça/cor**. In: Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde, 2005. p. 435-590.

..... Portaria GM 992, 20 de agosto de 2007. **Política Nacional de Educação Permanente**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: PNEP, 2007.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura. **Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**, Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2004.

CHOR, Dóra. LIMA, Claudia Riso de Araujo. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública. 21.5 (2005): 1586-1594.

DOS SANTOS, Josenaide Engracia. SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. **Narrativas dos**

profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). p.563-570. 2013.

FILHO, A.M.S. **O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil.** In: BATISTA, L.E. et al. Saúde da População Negra. Brasília: ABPN, 2012. p. 49-57.

MONTEIRO, M.C.S. **Desafios da inclusão da temática étnico-racial na educação permanente em saúde.** In: BATISTA, L.E. et al. **Saúde da População Negra.** Brasília: ABPN, 2012. p. 142-152.

Bala Perdida: O Genocídio da Juventude Negra

*Adriana Leal da Rocha;
Catia Simone Saraiva Calage;
Cristina Aguilier Carmo;
Estevão da Fontoura Haeser;
Kamila Guimarães Schneider;
Simone Sá Britto Garcia;
Guaracy Bomfim Vianna.*

Introdução

Bala Perdida foi uma intervenção artística, proposta e idealizada pelo artista plástico Estevão da Fontoura e executada pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra da Gerência Distrital de Saúde Centro. Esta ação ocorreu em 19/04/2016, na Praça da Alfândega, no Centro Histórico de Porto Alegre e teve como finalidade chamar atenção para os indicadores de mortalidade por causas externas, no Brasil, segundo o IBGE, que apontam o homem jovem negro, entre 15 e 29 anos, como vítima preferencial de homicídios. Focando nestes indicadores, essa ação teve como justificativa a importância do enfrentamento ao racismo, incluindo o de origem institucional. Para isso propôs-se, em consonância com a Política Nacional de Saúde da População Negra (PNSIPN) e o Projeto Juventude Viva, da qual a Prefeitura de Porto Alegre é signatária, uma reflexão sobre o abuso, exploração, violência e o genocídio dos quais a juventude negra é alvo, com o objetivo de prevenir tais situações e incentivar as mudanças na cultura institucional, com foco na garantia dos princípios antirracistas e não discriminatórios.

A ação ocorreu através da distribuição de “balas perdidas” (balas de banana envoltas em embalagem com o título “Bala Perdida” e um texto de caráter reflexivo e poético), além de folders com indicadores de mortalidade por causas externas e exposição de quadros negros⁴, contendo indicadores sociais da população negra em Porto Alegre/RS, aos transeuntes na Praça da Alfândega.

Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo central, relatar uma intervenção

⁴ Inspirados na obra Quadro Negro, de Estevão da Fontoura, de 2014. Disponível em <http://www.estevoadafontoura.com/quadro-negro-1> Acesso em 01.11.16.

artística e social que teve como pretensão evidenciar o genocídio da juventude negra. Diante deste objetivo central são elencados objetivos específicos: apresentar dados sobre genocídio da população negra através de quadros negros espalhados pela praça; instigar um processo de conscientização e reflexão da população quanto ao tema.

Método

O trabalho se baseia num relato de experiência de uma ação realizada na cidade de Porto Alegre. O local escolhido foi a Praça da Alfândega – antigo largo da quitanda/quitadeiras –, localizada na região central da capital gaúcha. Local este que é um dos marcos históricos da população negra, segundo Vieira (2014):

O Largo da Quitanda era o local onde as negras minas (quitadeiras) circulavam com seus tabuleiros e balaios oferecendo seus quitutes. Neste mercado a céu aberto, localizado nas imediações do antigo Cais do Porto, hoje Praça da Alfândega, comercializava-se de tudo: frutas, carne seca, lenha, pinhão, peixe, ervas, chás, amendoim e hortaliças.

Além deste marco histórico, também há uma obra dedicada a esta população denominada “Pegada Africana” que faz parte do museu aberto percurso do Negro em Porto Alegre. Um dos elementos centrais para a escolha do local para a intervenção foi o fato dessa Praça ser um ponto estratégico, pois ali se concentra um número significativo de transeuntes.

O mês de maio foi escolhido como Mês de Mobilização Pró-saúde da População Negra do Comitê Técnico de Saúde da População Negra⁵ da Gerência Distrital de Saúde Centro⁶. Os participantes desta ação são promotores formados pelo Curso de Saúde da População Negra da Secretaria Municipal de Saúde; população engajada no controle social e o artista plástico que deu suporte técnico logístico e artístico para a intervenção.

⁵ Por meio da Portaria n.º 1.678, de 16 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004). Foi criado o comitê Nacional de Saúde da população negra, sendo que o município de porto alegre possui oito gerências sendo um comitê por gerência. Este Comitê foi criado com o intuito a promoção equânime e de igualdade racial relacionados a acessibilidade e qualidade dos serviços em saúde.

⁶ A Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre para melhor atuação e gestão elaborou uma divisão geográfica da cidade em oito gerências distritais de saúde. Estas são: Centro; Leste/Nordeste; Norte/Eixo Baltazar; Partenon/Lomba do pinheiro; Glória/Cruzeiro/Cristal; Sul/Centro-Sul; Navegantes/Humaitá/Noroeste/Ilhas; Restinga/Extremo Sul.

A elaboração do projeto contou com ações pré, durante e pós intervenção:

1) O trabalho antes da intervenção foi a confecção das balas perdidas. Estas eram balas de bananas embrulhadas em embalagens que apresentavam uma imagem de um projétil e orifícios de balas, juntamente com o título Bala Perdida e o texto abaixo:

Esta bala estava perdida, mas encontrou você. Diferentemente das balas perdidas que insistem em encontrar os jovens negros nas periferias das grandes cidades brasileiras, essa bala é de banana, macia, doce, energética e deliciosa. Ela vai lhe fazer bem, lhe fazer lembrar por muito tempo desta ação artística na rua que buscava chamar a sua atenção para o racismo estrutural no Brasil que nos faz achar natural que mães negras das periferias tenham que se acostumar ao gosto amargo da ausência de seus filhos, que jovens grávidas tenham que criar seus filhos sem a presença do pai. A mesma sociedade que aceita com naturalidade o apagamento da história de todo um povo, resiste às políticas afirmativas que são uma mínima reparação histórica para com toda uma população que representa mais de cem milhões de pessoas que se autodeclaram negras. As balas perdidas que encontram negros e negras nas periferias, longe dos olhos da lei e da justiça, são duras, rápidas, fulminantes e ferem, dilaceram, matam (HAESER, 2016).

A imagem 1, abaixo, mostra a embalagem e o rótulo das Balas Perdidas.

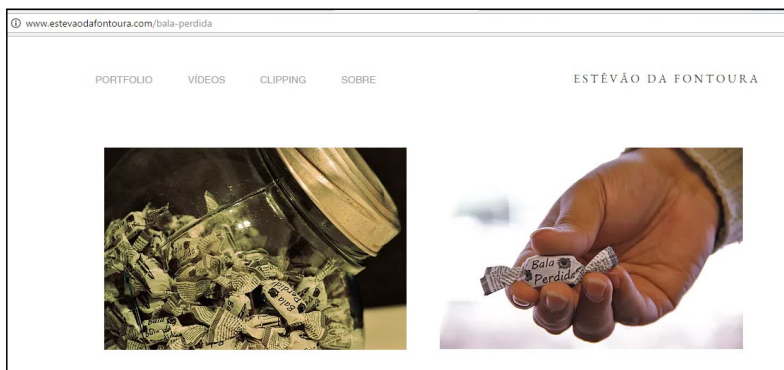


Imagem 1 – Bala Perdida (Foto: Thiago Rodrigues). Disponível em <http://www.esteवादafontoura.com/bala-perdida> Acesso em 01.11.16.

Foram elaborados quadros negros, representados na Imagem 2, que apresentavam indicadores sociais e de saúde relacionados à população negra de Porto Alegre. O quadro negro é uma obra criada por Estevão da Fontoura Haeser que traz um instrumento tradicional do ambiente educacional, o quadro negro, como espaço que também reforça o racismo, o preconceito e a discriminação, e nele problematiza essas questões a partir de dados estatísticos fornecidos pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPP-PR) e pela Anistia Internacional.



Imagem 2 - quadros negros dispostos na Praça da Alfândega em Porto Alegre, durante a ação Bala Perdida (Foto: Thiago Rodrigues).

Foram realizados trabalhos logísticos relacionados à permissão pela Secretaria Municipal de Meio Ambiente; realizados contatos com a Brigada Militar; Secretaria Municipal de Governança Local; Secretaria Municipal de Cultura; Secretaria Municipal de Segurança. Tudo isto apoiado pela Comissão de Saúde da População Negra do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

2) A intervenção em si consistiu em distribuir os cavaletes com os quadros negros em um local de grande circulação de pessoas, em torno dos quais foi realizada a ação. Coletes à prova de bala foram utilizados para a caracterização dos quatro promotores que distribuíram as balas. Ao entregar a bala se realizava uma indagação “Aceita uma bala perdida?”. Juntamente com a entrega das balas haviam promotores encarregados de distribuir panfletos que informavam sobre o genocídio da população negra, assim possibilitando trocas de informações e experiências.

Reações diversas foram apresentadas pelas pessoas que eram abordadas, indo da recusa ou revolta até a empatia e empolgação diante da ação. Foi-nos claro um tipo reação muito diferente dentre os “atingidos pela bala”, dependendo se eram brancos ou negros. Alguns sentiram na pele o que a intervenção queria proporcionar e apresentaram reações mais passionais, outros apenas demonstravam interesse acadêmico e intelectual na intervenção, com certo distanciamento, como se essa realidade não fizesse parte das suas vidas, e chegamos até reações preconceituosas manifestando considerar desnecessária uma ação específica sobre o tema.

Um momento interessante que ocorreu contou com a participação de estudantes de uma escola que estavam realizando uma aula ao ar livre na Praça da Alfândega, onde a ação Bala Perdida se tornou elemento desencadeador de discussão e reflexão sobre a história da população negra naquele espaço e no cotidiano da cidade.

3) Após a intervenção na praça foram realizadas reuniões de avaliação da atividade e também reunião com o artista, em que foram realizados análises e questionamentos. E que a ação não deveria ser apenas pontual e efêmera, sendo marcada aqui como apresentação oral no simpósio, servindo assim como inspiração para outras ações e como momento de reflexão da importância da arte como força problematizadora de questionamentos políticos e sociais.

Resultados

A distribuição de quinhentas “balas perdidas” teve um impacto positivo devido à possibilidade de interação e divulgação de informação para os transeuntes. Esta intervenção artística foi de suma relevância para se criar estratégias lúdicas de divulgação de dados muitas vezes vistos pela sociedade como tabus, omitidos, negligenciados e até mesmo invisibilizados. Em especial em uma cidade que há um imaginário coletivo de cidade branca.

Mas como podemos ver a chance de um jovem negro, em Porto Alegre, ser vítima de homicídio é 2,16 vezes maior que um jovem branco, considerando o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Lembramos que o índice geral de mortes por homicídios de jovens na cidade é 3,92%, segundo Mello (2014).

A estratificação populacional do município é de 79,19% de raça/cor branca; 20,24% de raça/cor negra; 0,23% de raça/cor indígena e 0,34% de raça/cor amarela. Sendo que se observa que considerando os três últimos censos, a raça negra apresenta um crescimento e a raça branca um decréscimo.

Conclusões

Mesmo com toda a empatia e aceitação por parte dos transeuntes com relação a intervenção realizada, este tema continua sendo um tabu, portanto motivo de negação por parte da sociedade. Nega-se ainda não somente os índices e os atos, mas ainda se nega a própria população negra.

Ao realizarmos a intervenção, a maioria das pessoas abordadas eram brancas e não apenas por causa de estatísticas, isto se deu porque a realização foi feita em um espaço central da cidade e em horário comercial. Será que esta intervenção poderia ser diferente em um bairro periférico? E você caro leitor: *“Aceita uma bala perdida?”*

Agradecimentos: Carlos Augusto Santos Campos; Eliane Costa Elias; Fabiana Reis Ninov; Gabriela Rodrigues Collares; Heloisa Helena da Silva Duarte; katiely Cardoso da Silva; Marcia Clair Sant’Anna; Maria Neves Ribeiro Aquino; Thiago Rodrigues; Vanessa Gomes; Renan Aurélio Marques.

Referências

VIEIRA, Daniele Machado. **PERCURSOS NEGROS EM PORTO ALEGRE: Ressignificando espaços, reconstruindo geografias**. IN: VII Congresso Brasileiro de Geógrafos. Vitória - Espírito Santo, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.678 de 13 de agosto de 2004**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 ago. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR-PR). **Subsídios para o debate**. III Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CONAPIR). Brasília: 2013.

HAESER, Estêvão da Fontoura. **Portfólio Online**. 2016. Disponível em <<http://www.esteवादofontoura.com>>. Acesso em: 01 nov. 16.

MELO, Doriam Luis Borges de (org.) **Índice de homicídios na adolescência: IHA 2012**. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2014.

A Dança Afro-brasileira como instrumento de saúde para a População Negra

Carla Beatriz do Nascimento

Queres saber por que eu danço?
Danço...
Porque vozes do passado cantam para mim
E então respondo
Danço
Porque sou KiKongo
Kimbundo, Baluba...
Danço...
Para que a poeira que assenta em meu corpo
Seja somente do ato de dançar,
Danço
Para libertar minha africanidade
Danço
Porque o vento dança, as flores, os bichos,
E esta é minha forma de integração
Danço
Para que lanças-de-desrespeito
Não me atinjam, mas, sobretudo
Danço!
Porque vozes do passado cantam
E eu respondo

Jorge Fróes.

Introdução

Este trabalho trata sobre o programa de aulas de dança afro para melhoria da saúde da população negra promovida a partir de agosto de 2016, na Unidade de Saúde do Bairro Chácara da Fumaça, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Nesta introdução, inicialmente, retomo as motivações para a realização desta iniciativa e caracterizo a realidade de racismo na qual vivemos, bem como minha trajetória que levou a esta proposta. Posteriormente, apresento o bairro onde está localizada a Unidade e as características da população atendida.

O interesse em ser facilitadora de dança afro na comunidade Mário Quintana surgiu da minha vivência com a dança, assim como da caminhada enquanto Promotora da Saúde da População Negra, na Unidade de Saúde Chácara da Fumaça.

A matriz cultural de origem européia é valorizada no Brasil, enquanto que as manifestações culturais afro-brasileiras, como a religião de matriz africana e a dança afro-brasileira, ainda sofrem preconceito depreciativo.

Devido ao racismo e discriminações existentes em nosso país, a cultura afro-brasileira é silenciada e negada. A população negra, diante das distorções e pela falta de referência sobre a história e cultura africanas, termina por não conhecer suas raízes, levando-a a repudiar a própria cor e suas origens.

A maioria das mulheres negras desencadeiam problemas com aceitação de seu corpo em algum momento da vida, devido ao racismo institucional que invisibiliza essas mulheres. Adjetivos pejorativos relacionados ao corpo e expressão da mulher negra destroem sua identidade e a empurram pela busca incansável de um padrão branco, podendo desencadear sofrimento físico e mental.

Costa (1984) afirma que a violência racista do branco é exercida pela impiedosa tendência a destruir a identidade do negro. Este, através da internalização compulsória e brutal de um ideal de Ego branco, é obrigado a formular para si um projeto identificatório incompatível com as propriedades biológicas do seu corpo, à custa de um desequilíbrio psíquico e desejos de modificações corporais.

Ainda sobre o desejo de proximidade de brancura, Oliveira (2009) refere que o embranquecimento é uma doença debilitante para os africanos e deve ser classificada como patogênica, e os africanos no Brasil como em toda a parte, independente da mistura biológica, quando apresentam esse desejo incontrolável de ser branco, ou querem se aproximar da brancura, ou sofrem da ilusão de que não são negros, devem ser clinicamente diagnosticados como trauma causado pela experiência prolongada e constante do terrorismo psicológico.

Historicamente, a mulher negra é desestimulada de qualquer iniciativa que a permita exercer sua feminilidade. Ainda hoje, essa mulher se vê aprisionada em alguns lugares; a sambista, a mulata, a doméstica que está ali para servir, são exemplos das representações negativas estereotipadas que acabam por introjetar essa ideia e passam a reproduzi-la.

Dessa forma, a invisibilidade manifestada na locação da mulher negra em determinado 'locus' social acarreta em baixa autoestima acompanhada de sentimentos tais como inferioridade e incapacidade.

Silva (2004) corrobora essa afirmativa quando diz que, ao internalizar atributos negativos que lhes são imputados, instala-se o sentimento de inferioridade, causando constrangimento na relação com seus pares e favorecendo comportamentos de isolamento, entendidos, frequentemente, como timidez ou agressividade.

Resgatar a mulher negra interna não é fácil. Ao nos afirmarmos, assumimos nosso passado doloroso, mas, acima de tudo, assumimos nossa ancestralidade e sabedoria africanas e nossa história de superação. Nas palavras da antropóloga Lélia Gonzales, “a gente nasce preta, mulata, parda, marrom, roxinha, dentre outras, mas tornar-se negra é uma conquista”.

Quando uma mulher negra olha nos olhos de outra mulher negra é como se fosse um espelho, pois sabemos de todas as dificuldades encontradas em ser mulher numa sociedade patriarcal, negra numa sociedade racista e pobre numa sociedade de classes. Nos enxergamos através da solidariedade e do afeto, de muitas histórias de dores em comum e acabamos nos identificando mutuamente e nos fortalecendo nesse espaço de confiabilidade. Essa preocupação com a criação de um espaço confiável e de coletividade e afetividade foi um dos pontos de partida para iniciar aulas de dança afro-brasileira.

Na minha trajetória, o processo de descobrimento da identidade de mulher negra se deu inicialmente através da capoeira angola. Nesse espaço de aprendizado com mestres que transmitem a história negra, passei a ter outro olhar sobre mim mesma e sobre aqueles que fui reconhecendo como pessoas que compartilham desta caminhada. A prática da capoeira transformou minha percepção sobre a estética negra e ampliou o alcance do conhecimento de outras manifestações culturais que envolvem fortemente música e dança. A partir dessa experiência de transformação vivida através da capoeira, de empoderamento, passei a buscar mais sobre a minha origem e história, atitudes que me fortaleceram. Isto estimulou a vontade de poder levar essa transformação também para a vida de outras pessoas, por meio do meu trabalho como Promotora de Saúde da População Negra.

Nesse sentido, a dança afro vem como instrumento de redefinição identitária, atuando no resgate de uma negritude perdida pela ideologia da branquitude. Vem como valorização histórica e cultural que reafirma seu papel protagonista. Munanga (2012) afirma que o termo *negritude* não é apenas a cor da pele, mas sim o fato dessa população ter sido na história vítima das piores tentativas de desumanização e terem sido suas culturas, não apenas objeto de destruição, mas mais do que isso, ter sido simplesmente negada a existência dessas culturas. Continua o autor, a negritude deve ser vista como confirmação e construção de uma solidariedade. Pensando na construção dessa solidariedade, pretendi proporcionar rodas de conversa e trocas que venham dar um novo significado ao corpo negro dessas mulheres através da dança afro-brasileira, sua musicalidade e corporeidade dos movimentos.

Não há como negar a importância e contribuição da cultura afro na formação

cultural brasileira. A dança afro-brasileira compõe-se de um conjunto de diferentes danças, que apresentam em comum a raiz negra africana. Trazida ao Brasil com a escravidão, encontraram nas senzalas e nos quilombos seus espaços de resistência e afirmação cultural. Ao longo dos anos, a dança de origem africana começou a receber influências da cultura européia e indígena, recriando-se com o passar do tempo.

Podem ser consideradas danças afro-brasileiras várias manifestações da cultura brasileira: afoxé, maculelê, jongo, coco, tambor de crioula, samba de roda, entre outras. Essas brincadeiras estão conectadas entre si e são importantes para manter a história oral e a alegria individual e coletiva. A dança e a música que os africanos introduziram no Brasil tiveram uma origem religiosa. Além disso, envolvem toda ancestralidade, movimento, história, simbologia e ritualidade.

A dança especialmente na África, desempenha um papel fundamental na vida das pessoas, nas quais todo o acontecimento social importante é marcado pela celebração de um determinado ritual, expresso como corpo e através do movimento. (OLIVEIRA, 2007, p. 85).

Acredito que por meio dos movimentos e musicalidade, que estão associados à ritualidade de matriz africana, possamos desmontar estereótipos que conduzam à negação dos seus valores culturais em preferência pela estética e valores eurocêntricos.

Diante do exposto, precisamos caracterizar nosso território de atuação. A Unidade de Saúde Chácara da Fumaça está localizada na região Nordeste de Porto Alegre, a qual é composta pelo bairro Mário Quintana, formado por um complexo de comunidades. Segundo dados do Observa Poa (PORTO ALEGRE, 2009), esta é a primeira região da cidade no ranking proporcional do número de população negra (38,62%), o que se verifica no público atendido diariamente na Unidade.

O entorno da Unidade de saúde conta com uma série de serviços, tanto de comércio como educativos, por exemplo, a Escola Municipal Chico Mendes e a Escola Infantil Valneri Antunes e o SASE Novo Mundo do Clube de Mães N.Sra. de Fátima. Da mesma forma, a Associação Espaço Comunitário Natureza Cidadania e Paz - NACIPAZ se encontra nas proximidades desta Unidade, tendo sido este o espaço mais viável para realizar as oficinas de dança afro, por contar com uma sala ampla e espelho. Neste espaço, funciona também uma biblioteca, assim como o programa Pró Jovem Adolescente, Telecentro e reuniões do orçamento participativo, sendo este um local onde frequentemente a comunidade circula.

Em 2012, teve início a primeira capacitação de Promotores da Saúde da

População Negra da qual fiz parte. Esta ação tem como objetivo a formação de trabalhadores e usuários para a mudança nos processos de cuidado com uma atuação voltada para a redução das iniquidades em saúde.

A seguir, apresento brevemente os objetivos do trabalho e a metodologia de realização das oficinas. Após, retomo relatos das oficinas e apresento as falas de algumas das participantes para trazer os resultados desta iniciativa em sua saúde física e mental. Finalmente, aponto algumas conclusões possíveis para pensar outras iniciativas similares de valorização de ritmos e movimentos afros em políticas de atendimento à população negra.

Objetivo geral

- Promover a saúde da população negra através do conhecimento da cultura afro-brasileira.

Objetivos específicos

- Proporcionar às meninas, adolescentes e mulheres negras um espaço onde possam ressignificar o corpo negro, respeitando a diversidade cultural;

- Desmistificar através dos movimentos e da musicalidade, adjetivos pejorativos relacionados à religião de matriz africana;

- Oportunizar momentos de trocas que venham fortalecer a identidade cultural afro-brasileira;

- Acolher demandas apresentadas pelo grupo como meio de promover saúde física e mental;

- Identificar e corrigir distorções que afetam a autoestima das praticantes;

- Possibilitar, através da modalidade da dança afro-brasileira, o combate ao racismo presente em nossa sociedade;

- Proporcionar às participantes, através da dança, formas corporais de criar e recriar movimentos de maneira espontânea e criativa.

Metodologia

Por não haver na Unidade de Saúde Chácara da Fumaça uma sala apropriada

para as aulas se fez necessário, num primeiro momento, identificar um espaço onde se pudesse realizar as aulas. Assim, estas foram acolhidas na sede da Associação NACIPAZ.

As aulas de dança afro-brasileira acontecem todas às quartas-feiras no horário das 15h00min às 16h30min, com duração de aproximadamente 1h30min.

Inicialmente, o projeto foi pensado para todos moradores do bairro Mário Quintana, de todas as idades e gêneros, porém, ao longo da sua execução, as pessoas que se mostraram interessadas foram quase que exclusivamente mulheres. Desde crianças de sete anos a até mulheres de 40 anos, sendo que as adultas eventualmente também levam seus filhos. As divulgações das aulas foram feitas mediante cartazes distribuídos em vários locais, mosquitinhos, e se conversando pessoalmente com as usuárias da Unidade de Saúde. Como estratégia de divulgação, também se realizou visitas ao SASE e na Escola Municipal Chico Mendes.

Foi observado que a divulgação que funciona melhor é nas conversas que acontecem durante os atendimentos cotidianos na UBS, nos quais o convite é realizado levando em consideração a situação particular de cada mulher, e estimulando a vinda com amizades.

Os encontros funcionam como um grupo aberto. As atividades da oficina são administradas com movimentos que possam integrar as várias faixas de idade.

O foco das ações está direcionado às meninas e mulheres negras, mas os encontros não são fechados para pessoas não negras, até porque entendemos que não podemos falar de discriminação e intolerância apenas com o povo negro. A fim de que se possa ter consciência sobre os prejuízos do racismo, é necessário o engajamento da sociedade sem perder-se o foco de quem são os protagonistas da cultura Afro-Brasileira.

Em particular, a dança afro-brasileira não se pauta por técnicas metódicas de movimentos. A corporeidade é respeitada e vivenciada de maneira individual e em conexão com o grupo, extrapolando os meros exercícios corporais e proporcionando saúde e bem-estar.

O ritmo usado nas aulas com as participantes é o afoxé. Este ritmo é intrinsecamente ligado a manifestações que têm profunda vinculação religiosa com os terreiros de candomblé. Segundo Lody (1976), o afoxé é um cortejo de rua que tradicionalmente sai durante o carnaval de Salvador, Fortaleza e Rio de Janeiro. É importante observar nessa manifestação os aspectos místicos, mágico e, por conseguinte, religioso. Apesar dos afoxés apresentarem-se aos

olhos dos menos entendidos como simples blocos carnavalescos, os praticantes fundamentam-se em preceitos religiosos ligados ao culto dos orixás. Por isso, o afoxé também é chamado por “candomblé de rua”. Os orixás são as manifestações vivas da natureza. Dançar os orixás significa uma prática de respeito à natureza, representa informações ancestrais conscientes ou inconscientes.

Venho usando em alguns encontros movimentos de duas orixás femininas: Iansã e Oxum. Iansã representa o poder feminino na luta pela vida e justiça; Oxum representa beleza, vaidade. Com os movimentos de Iansã, as integrantes passam a consolidar a vivência da dança com suas histórias de vida para enfrentamento das opressões vividas; já, com os movimentos de Oxum, trabalham com a elevação da autoestima e no autocuidado individual de cada uma.

No final de cada encontro, ocorre a roda de conversa. Nela, os assuntos circulam em torno da estética da mulher negra, violência na comunidade, saúde da mulher, enfrentamento do racismo e cultura de matriz africana.

Resultados

Até agora, ocorreram aproximadamente dez encontros. O número de participantes foi no máximo 10 pessoas, apesar de a chamada ser aberta e ampla.

A oficina de dança começa com aquecimento em círculo, pois entendemos que a circularidade tem um valor civilizatório africano. Ela aponta para uma visão comunitária a qual visa o bem-estar de todos e de cada um, onde as pessoas podem se ver e transmitir energia positiva.

No primeiro encontro, iniciei um diálogo com as participantes me apresentando como Promotora de Saúde da População Negra, explicando o que é ser uma promotora e da importância da Política Nacional de Saúde da População Negra. Após, fui colhendo do grupo o conhecimento de cada uma sobre dança afro-brasileira e a cultura de matriz africana.

Foi possível perceber pelas respostas que o conhecimento que possuem está carregado de distorções sobre a história do povo negro, dificultando no processo de reconhecimento enquanto indivíduo negro. O que podemos observar na fala de uma das participantes:

“Uma história concreta que eles foram tirados de lá a força não era passado, era o básico, então tu cresce com aquilo, tu não quer ser negro, eu chorava quando

me chamavam de negra.”

Neste dia fizemos uma breve reflexão, partindo do reconhecimento da contribuição dada pelo povo negro na construção do Brasil e suas lutas de resistência pela liberdade.

Antes de iniciar com as oficinas, criei algumas expectativas em relação ao grupo. Ensejava em construir um grupo para apresentações. A partir do desenrolar dos encontros, fui percebendo que a proposta seria de inclusão. Incluir cada uma com sua história de vida, respeitando cada corpo com seus movimentos e limitações.

É notório dizer que ultrapassar ou romper as dificuldades de alguns movimentos possibilita às participantes vivenciarem sentimentos de segurança e autoconhecimento, o que vem melhorando a autoconfiança. O que é percebido no relato de A. de 36 anos: *“Mudou bastante coisa no meu corpo, eu achava que não ia conseguir por causa das dores, eu não estou mais sentindo dor, é uma felicidade, a gente pode estar cansada mas vamos lá, é uma energia boa”*.

Falar de dança afro é falar de felicidade, pois a dança afro envolve ancestralidade, energia do axé, ludicidade, e essa harmonia, se prende a uma energia circular produzindo bem-estar a quem pratica.

Venho observando que L. de 7 anos e G. de 11 anos vêm firmando-se na dança, pois estão sendo levadas pela experiência de coletividade e afetividade. Essa experiência de pertencer a um grupo melhora significativamente o desenvolvimento social, físico e psicológico das participantes.

Soler (2003) destaca que através da dança pode-se trabalhar a socialização, promovendo o contato, amizade, aprimorando o companheirismo e o senso de solidariedade ao próximo.

Vale salientar sobre a musicalidade utilizada nas oficinas, eventualmente coloco alguma música que faz referência a um orixá. Nesse momento trago informações acerca de alguns dos movimentos do orixá e sua representatividade.

O afoxé vem como um instrumento de luta contra preconceito e discriminação, suas cantigas, trazem informações sobre os orixás e a história do povo negro, envolvendo as participantes que passam a entender por meio do conhecimento da história, suas origens. M. 40 anos demonstra esse reconhecimento através de sua fala: *“Para mim está sendo uma descoberta cada dia uma descoberta, quando tu fala esse movimento é de Oxum, esse de Iemanjá, coisas que a gente não sabe*

porque não convive com a religião”.

A partir da dança afro-brasileira nos conectamos com nossa ancestralidade e passamos a nos reconhecer pelos nossos cabelos crespos, nossos traços negróides, mas principalmente pelas discriminações e desprezos diários.

“Me chamam nega feia, nega horrorosa, falam que sou nega do cabelo duro, micoca, eu me sinto me sinto triste mas depois deixo para lá”, refere G. 11 anos.

As oficinas de dança também cumprem esse papel de compartilhamento e acolhimento de demandas dolorosas pelas quais as participantes se deparam. Trabalhar o corpo através dos movimentos da dança afro contribui para o processo de amadurecimento, reconhecimento e aceitação de sua negritude, com suas características e peculiaridades.

Pensar as oficinas de dança como espaço de redefinição identitária a partir das trocas é nossa maior arma contra o racismo que nos inferioriza e nos descaracteriza. Com a dança as participantes foram levadas a despertar o interesse por suas origens, na busca por temas relacionados à história dos afrodescendentes, como observado na fala de J. de 26 anos: *“Desde o primeiro dia de aula, comecei a procurar na internet sobre a nossa cultura e os espaços da mulher negra”.*

Partindo deste pressuposto a dança afro-brasileira vem como um dispositivo capaz de desenvolver cidadãos críticos e conscientes com vistas à transformação social.

Conclusão

Buscou-se elencar com este trabalho alguns aspectos para compreender a dança afro-brasileira como instrumento de fortalecimento da identidade negra, a partir do conhecimento de suas origens.

Verificamos a necessidade de o grupo ser acolhido dentro de um olhar que contemple ações específicas, criando condições para construção de uma imagem positiva de si mesmo, favorecendo na saúde física e mental.

Através da linguagem viva e comunicativa da dança as participantes de algum modo conseguiram transmitir suas emoções. A forma de exprimi-las está intimamente relacionada com a subjetividade e história de cada uma.

O sentimento de compartilhamento de histórias semelhantes se fez presente atuando como um espelho, onde meninas e mulheres negras juntas acolhem o

desabafo, o choro uma das outras, mas acima de tudo o riso, a alegria e o amor.

Sendo assim, a dança afro-brasileira permite o desenvolvimento harmonioso do nosso ser através da harmonia dos nossos movimentos, integrando-se ao movimento do outro, e essa vivência, colabora de forma marcante para o sentimento de solidariedade grupal.

Entendemos que a cultura africana e afro-brasileira diz respeito não apenas aos descendentes africanos, mas a humanidade como um todo.

Compreender a dança afro-brasileira como patrimônio a ser preservado e valorizado propicia às participantes assumir sua corporeidade e negritude.

Constatei que ao ensinar a dança afro-brasileira respeitando suas técnicas, origens, cultura e movimentos, estou contribuindo para consolidação identitária da população negra.

Referências

COSTA, Jurandir Freire. Da cor ao corpo: a violência do racismo. Violência e Psicanálise. Rio de Janeiro: Graal. 1984, p. 1-15.

LODY, Raul Giovanni. Afoxé. Rio de Janeiro, 1976.

OBSERVANDO. As Condições Sócias da População Negra. Revista do Observatório da Cidade de Porto Alegre. V 3, n 04, 2013.

OLIVEIRA, Eduardo David. Filosofia da Ancestralidade. Curitiba: Gráfica Popular, 2007.

MUNANGA, Kabengele. Negritude e Identidade Negra ou Afrodescendente: um racismo ao avesso? Revista da ABPN. V4, n 8. 2012, p. 06 – 14.

NASCIMENTO, Elisa Larkin, Afrocentricidade: Uma abordagem Epistemológica Inovadora. São Paulo.: Selo Negro, 2009.

SILVA, Maria Lúcia. Racismo e os Efeitos na Saúde da População Negra. Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo. p. 129-134. São Paulo, 2004.

SOLER, Reinaldo. Educação Física Escolar. Rio de Janeiro: Sprint, 2008.

Uma Noite Especial: Primeiro baile de Debutantes – Vila Nova Chocolate

*Valdivia Gonçalves Lucas;
Jeane Isabel Fogaça Barbosa.*

A Vila Chocolate era localizada ao lado do prédio da Receita Federal, na área administrativa de Porto Alegre-RS. Em maio de 2011, após várias ocorrências, entre elas incêndios e conflitos entre facções criminosas, 181 famílias foram removidas e assentadas em outra região da cidade. Muitas destas famílias, pela primeira vez, foram residir em moradias que contavam com saneamento básico, com chave na porta e vidro na janela. O antigo lar era de papelão, pedaços de madeira ou marquises com cobertura de lonas e plásticos. A sobrevivência vinha principalmente da reciclagem de lixo, da mendicância e/ou de benefícios sociais, como Bolsa Família ou do auxílio-reclusão. Assim, muitos moradores da antiga Vila Chocolate criavam seus filhos, enquanto lutavam, participando de reuniões com o governo municipal e estadual, por meio de seus representantes junto ao orçamento participativo. Nesses espaços, enfrentavam preconceito e discriminação da sociedade em geral, na luta por um lugar de direito como CIDADÃO de Porto Alegre. Venceram, conquistaram melhores condições de moradia, mas alguns não se adaptaram ao novo contexto e venderam suas casas ou foram expulsos por meio de conflitos internos a comunidade. Hoje 70 famílias da antiga Chocolate ainda permanecem no novo local, trabalham em empresas com carteira assinada, no galpão de reciclagem, na creche, na biblioteca, enfim, estão “tocando a vida”, como dizem.

Este breve relato tem como objetivo identificar as protagonistas de um dos projetos da Unidade de Saúde Tijuca, dentro do programa Saúde do Adolescente. Entre todos os projetos e ações já desenvolvidas por esta equipe, até o momento, este foi o mais audacioso. As agentes de saúde Valdivia Lucas e Jeane Barbosa decidiram demonstrar aos adolescentes da Vila Nova Chocolate que saúde, cultura, educação, integração, diversão, sonhos, fazem parte de seu mundo. Mesmo na vila, convivendo com contextos adversos, com drogas, armas e prostituição, é possível o bem estar. Assim planejamos oferecer às meninas e meninos nascidos em 1999, 2000 e 2001 um Baile de Debutantes, à princípio 15 meninas e 18 meninos. Fizemos contato com algumas pessoas que nos chamaram de “loucas”, mas mesmo assim apoiaram a iniciativa. O coordenador da equipe, enfermeiro Luís Felipe Lopes, apoiou a ideia nos solicitando que o informássemos do passo a passo. Com sua autorização,

demos andamento ao projeto.

O primeiro passo consistiu em apresentar a proposta para os responsáveis pelos adolescentes: mães, avós, pais, tios, irmãos. Com a proposta da festa organizada, marcamos reunião no refeitório do galpão de reciclagem para apresentá-la às famílias. A medida que falamos sobre a proposta o silêncio aumentava, o que nos assustou. Então, perguntamos se não estavam de acordo com o que apresentamos, pois se fosse o caso poderíamos abandonar a ideia. Mas, seguiram as perguntas: a primeira pergunta foi “o que é um baile de debutantes?”. Para responder perguntamos se elas conheciam a história da Cinderela, do baile onde as famílias levavam as filhas. A pergunta seguinte foi “Vocês vão dar este baile para nossas filhas sem cobrar nada?” Passado o susto inicial foi difícil controlar as tagarelices e as lágrimas...a reunião não pôde continuar. O passo seguinte foi reunir os adolescentes na biblioteca comunitária e contar que o projeto já estava em andamento. Foi um momento bonito, apareceram três meninos e todas as meninas. Aceito o desafio, partimos para organização e procura de parcerias e apoiadores, pois trabalhar com esta turminha foi um grande desafio.

Cronograma

A primeira reunião com os adolescentes ocorreu no dia 05 de maio, sendo que a partir desta data reuniões foram realizadas com frequência semanal. Todos jovens participantes passaram por avaliação odontológica e receberam orientações e cuidados. Foram realizadas rodas de conversa com equipe de enfermagem sobre noções de autocuidado, houve também em roda de conversa sobre o quesito raça/cor e etnia: valorizando nossa diversidade com as promotoras de saúde da população negra; conversa com a psicóloga e a assistente social; ocorreram aulas de dança; com profissionais sobre cuidados com o cabelo e com a pele; tutorial de passarela com uma agente de saúde.

As ações foram tomando vulto e passamos a planejar então onde iríamos realizar a tão esperada festa, quem iria doar os alimentos, quem iria dançar a valsa com as meninas, muitas não têm pais, ou cujos pais estão detidos no sistema prisional ou não poderiam estar por outros motivos. Ainda deveriam ser pensados os detalhes como: quais seriam os sapatos, os vestidos, como seriam os convites e a decoração. Uma de nós, Valdívia, é reconhecida por não ter vergonha, então saímos a pedir apoios. Os vestidos todos foram doados, emprestados, reformados e lavados. Os sapatos, doados de todas as cores, foram forrados pintados de branco e reformados. Através da internet, as redes sociais, em contato com amigos, conseguimos doações da alimentação para o baile. A nossa maior dificuldade foi mesmo conseguir o local, o fato chegou até

o ex-jogador de futebol Paulo César do Nascimento, Tinga, que apenas pediu que enviássemos uma cópia do projeto, a data da festa e o valor da locação do salão escolhido, e nos enviou o respectivo valor garantindo assim o espaço. A decoração foi planejada e realizada por duas parceiras agentes de saúde de outras unidades de saúde e suas famílias. Uma empresa, tendo conhecimento da festa, doou os balões para a decoração. A ONG Madre Teresa de Jesus, carinhosamente chamada por nós de “Casinha” através de suas colaboradoras doou brincos às meninas debutantes. O registro fotográfico da festa foi garantido com fotógrafos profissionais premiados em Porto Alegre. Os convites foram doados por um colega agente de saúde e uma representante de clubes de mães da cidade de Gravatá também doou brincos. Enfim, foram muitas parcerias. Mas, um verdadeiro baile de Debutantes tem que ter valsa tocada por orquestra. A escola de música IPDAE nos presenteou com a orquestra jovem, que nos acarinhou com Danúbio Azul.

Desta forma, a festa de Debutantes da Vila Nova Chocolatão foi sendo concretizada e aconteceu no dia 28 de novembro de 2015, às 20h30min no salão do clube. Tendo como Mestre de Cerimônias o enfermeiro Luís Felipe Pedroso Lopes, as 10 meninas realizaram o sonho de participar de um baile de debutantes e dançar a valsa.



Figura 1- Debutantes



Figura 2- Debutantes e seus pares

Passado o período de férias marcamos uma reunião com os adolescentes na biblioteca. O convite foi extensivo a todos com idade de 12 a 16 anos, compareceram apenas as meninas, participantes de 2015 e a turma mais jovem. A primeira pergunta foi “este grupo é só para o baile?”, respondemos que o baile só acontecerá em 2017, mas que temos algumas propostas e gostaríamos de ouvir a opinião de todos.

O primeiro passo foi escolher um nome para o grupo. Após discussões, brigas, deboches e muitas risadas, eis o nome “EU E AS GURIAS”, porque segundo elas “EU”, pode ser qualquer profissional que esteja coordenando o grupo ou sugerindo atividades, mudanças de comportamento, responsabilizando-se pelos encontros... enfim “EU E AS GURIAS” é composto por todas as adolescentes que quiseram participar dos encontros.

- Primeiro encontro de 2016: Ocorreu dia 10 de maio e teve como pauta a escolha de assuntos a serem trabalhados durante o ano. Formação de um grupo de Teatro; equipe de Futebol Feminino; grupo de Dança;
- Rodas de Conversa: Os assuntos elencados foram: - Bullying, Preconceito; Racismo- raça\cor; Diversidade; Cidadania; Conhecimento do Corpo; Roda de conversa com Paulo César do Nascimento (Tinga); artesanato.

- Retorno das pendências de 2015: passeio a Gramado, assistir a um GRENAL, visita a uma Unidade Bombeiros, Show.

Os encontros foram semanais, às terças-feiras turno da manhã e tarde para contemplar os dois turnos escolares. No segundo encontro o assunto foi o relacionamento com as mães: relação de confiança. Devido a localização desta comunidade as meninas desde muito cedo são assediadas por traficantes ou por aliciadores que as encaminham para prostituição. Assim decidimos que esse deveria ser o primeiro assunto. Sobre a importância da família estar informada para própria segurança delas: se estender o passeio para outro local sempre informar alguém da família. Foi polêmico, as meninas colocaram suas emoções, queixas, algumas dizendo que as mães estão impedindo que elas sejam adolescentes, que precisam se divertir. Fizemos uma roda de debates, no final chegaram a conclusão de porque as mães agem assim, que esta atitude pode ser considerada como uma demonstração de Amor, Proteção e Carinho.

No encontro seguinte, esquecemos de pegar a chave da biblioteca e o nosso encontro foi ali mesmo na calçada, ou melhor, na escada em frente a biblioteca, com nossas tesouras, retalhos de rendas, cola para tecido customizamos, bermudas, blusas, saias que as mães e pais não estavam deixando as meninas usarem porque estavam muito curtas ou apertadas. Elas gostaram e estão transformando e reaproveitando suas roupas.

Após uma roda de conversa sobre o estupro coletivo sofrido por uma adolescente, surgiu a idéia da confecção de um painel sobre o tema, para circular pelas escolas, biblioteca, galpão de reciclagem, postos de saúde. Mãos a obra e o painel foi construído. No encontro sobre conhecimento do corpo convidamos a enfermeira Priscila Oliveira, que falou sobre direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos e fez atendimentos individuais no consultório, quando necessário.

Raça/Cor e Etnia- momento para refletir sobre mitos: A proposta da atividade foi discutir os termos “cabelo ruim”, “morena”, “bronzeadas” e outros tantos que aparecem. Com as atividades, o grupo decidiu que cada assunto debatido seria transformado em painel ou vídeo e compartilhado com outros grupos. O Painel sobre Preconceito e Racismo foi fixado na parede da sala de espera da unidade de saúde. As agentes de saúde apresentaram uma boneca negra e o painel ficou assim: “gosto do meu cabelo armado”, “gosto dos meus lábios grossos e do meu nariz largo”, “sou baixinha, gordinha, e me amo”.

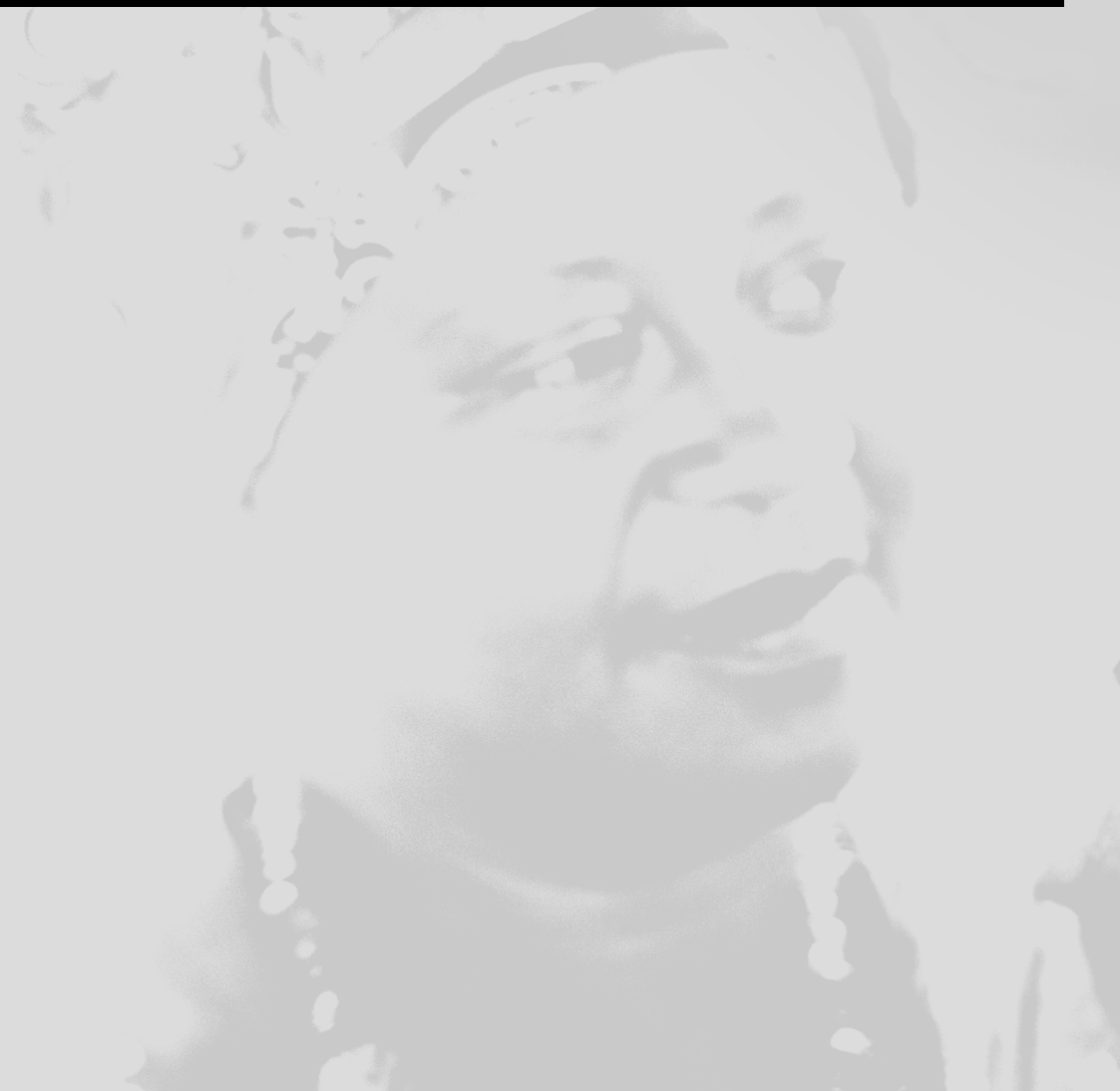
Trabalhando desta maneira conseguimos atingir esta faixa da população que ainda tem um acesso muito frágil dentro das políticas públicas de saúde,

ao mercado de trabalho. Buscamos ainda diminuir a evasão escolar, amenizar o uso de drogas ilícitas, diminuir a gravidez na adolescência e discutir sobre o uso do preservativo. Nessa discussão, descobrimos que este dispositivo ainda não é bem aceito, e usado apenas com a finalidade de evitar gravidez, esquecendo da preservação contra doenças sexualmente transmissíveis.

Algumas meninas estão fazendo cursos profissionalizantes. Há uma praticante de judô que através de um projeto social está integrando a equipe de esporte da SOGIPA. O próximo passo desta turma de meninas será lançar em 2017 um livro escrito por elas, com fotos, fatos e poesias ocorridos dentro da Vila Nova Chocolate. Não existe uma fórmula para aproximação do mundo de um adolescente, esta fase de descobertas, desafios, medos, curiosidades e de muitos aprendizados e ensinamentos. Aprender a escutar, mudar decisões, dividir tarefas, fazer parcerias, ter coragem de arriscar, é o que nos incentiva a dar continuidade ao trabalho com adolescentes, mesmo que se tenha perdas, há conquistas. Cada dia é uma experiência, uma nova sensação. É preciso viver todos os sonhos, planos e esperanças. É necessário construir histórias e lições de vida, fazer do mundo um lugar melhor e contagiar a todos com alegria e vontade de viver.

PARTE 3

CATEGORIA DESTAQUE EM PESQUISA



Trabalhando a Saúde Mental com mulheres negras privadas de liberdade a partir dos escritos de Carolina Maria de Jesus

Lúcia Mariaci Ribeiro Martins

Introdução

Consciência negra é o conjunto de percepções que o indivíduo tem a respeito de si mesmo, aliado à necessidade que sente de unir-se a seus pares, para com eles elaborar e encaminhar demandas que venham a contribuir para a superação das desigualdades sofridas pela população negra. Esse conceito está estreitamente ligado aos conceitos de negritude e africanidade. Devemos a Steve Biko, ativista anti-apartheid sul-africano, nascido em 1946 e assassinado em 12 de setembro de 1977, o uso da expressão “consciência negra”. Após o Massacre de Sharpeville (12/03/1960), Steve Biko criou na África do Sul o Movimento da Consciência Negra (Black Consciousness Movement) com objetivo de enfrentar as perseguições racistas sofridas pela população, mas acima de tudo para fortalecer em cada cidadão negro sul-africano o orgulho em ser negro, a fidelidade à herança da mãe África e a solidariedade aos demais “irmãos de cor”. Para Biko (1990), a consciência negra se referia à necessidade de os indivíduos negros se unirem, juntando forças, “a fim de se libertar das amarras que o prendiam a uma servidão perpétua”, como também “procurar infundir na comunidade negra um novo orgulho de si mesma, de seus esforços, seus sistemas de valores, sua cultura, religião e maneira de ver a vida” (BIKO, 1990).

No Brasil, a criação de uma data específica denominada de “Dia da Consciência Negra”, foi proposta pelo poeta Oliveira Silveira e pelo Grupo Palmares, de Porto Alegre, no início da década de 1970. Esse grupo defendeu a substituição das comemorações do dia 13 de maio, data que lembrava a assinatura da Lei Áurea, pela Princesa Isabel, para 20 de novembro, dia da morte de Zumbi, no Quilombo dos Palmares. Segundo Oliveira Silveira “o treze não satisfazia, não havia por que comemorá-lo. A abolição só havia abolido no papel; a lei não determinara medidas concretas, práticas, palpáveis em favor do negro. E, sem o treze, era preciso buscar outras datas, era preciso retornar à história do Brasil” (DUTRA, 2012). Em plena ditadura militar, o Grupo Palmares propôs o dia 20 de novembro, carregando toda a simbologia de resistência e rebeldia desse povo. Em 1978, o Movimento Negro Unificado (MNU) foi o responsável pelo reconhecimento da data, em todo o país.

Coube a alusão a data da consciência negra ao mês de novembro, mais precisamente ao dia 20, data que marca a morte de Zumbi, no Quilombo dos Palmares, que tem sido celebrada pelo movimento social negro desde o final da década de 70, mas foi a partir da aprovação da Lei 10639/03, lei que trata da obrigatoriedade do ensino da história e cultura afro-brasileira, que foi criada oficialmente a “Semana da Consciência Negra”. Decidimos nos somar aos demais eventos que marcam a data como forma de fortalecer e visibilizar a população negra local, destacando sua cultura e valores civilizatórios.

Nesse contexto o presente projeto de extensão objetivou promover ações para refletir sobre a herança cultural africana deixada no Brasil pelos negros da diáspora (negritude) e contribuir na construção da identidade negra (africanidades) contemplando assim uma das propostas do GT Negros⁷, que é combater o racismo e à discriminação racial através do aprofundamento teórico de questões referentes à temática afro-brasileira e promover o aprofundamento teórico de questões atinentes à comunidade negra local e regional como saúde, educação e religiosidades. Um dos pontos de partida foi a realização da Oficina sobre a Escritora Carolina Maria de Jesus, realizada no Presídio Regional de Santa Maria, para marcar o encerramento da Semana Municipal da Consciência Negra, com o desígnio de divulgar a vida de uma das maiores escritoras negras brasileiras, Carolina Maria de Jesus, que teve sua vida marcada pelas intolerâncias, discriminações, preconceito, fome e miséria em um período pretensamente desenvolvimentista do país, mas que não atendeu às expectativas da menina retirante da cidade de Sacramento (MG) e que se retirou, pretensamente, para crescer e se desenvolver na promissora cidade de São Paulo. Nesta ocasião foi apresentada às mulheres em situação de privação de liberdade a escritora Carolina Maria de Jesus, catadora, semialfabetizada e que tinha o hábito de registrar os acontecimentos da Favela do Canindé, onde morava, num diário, mais tarde publicado com o título Quarto de Despejo (JESUS, 1960).

Nesse período, o panorama nacional, do ponto de vista sócio-político-econômico, encontrava-se em vias de incorporar-se a uma nova lógica, conhecida como o período desenvolvimentista, liderada pelo presidente Juscelino Kubitschek, eleito em 1955. Período este marcado por um cenário efervescente de lutas políticas pós-governo Getúlio Vargas, havia a promessa de industrialização do país e vivia-se o sonho do desenvolvimentismo. Para tanto, nesse governo, elaborou-

⁷ O GT NEGROS – (Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão) vinculado ao NECON - Núcleo de Estudos Contemporâneos da Universidade Federal de Santa Maria, propõe-se a pensar as relações inter-étnicas através da leitura de textos, debates, pesquisa e extensão.

se um Plano de Metas⁸ que movimentou os ânimos nacionais, a fim de mudanças em vários setores. Mudanças essas que não chegaram à Carolina Maria de Jesus.

Conjuntura semelhante à da última década, em que a população brasileira desacelerou seu crescimento e a pobreza reduziu drasticamente, mas estas condições não foram suficientes para diminuir os índices da população carcerária, pois nos últimos cinco anos a população de mulheres privadas de liberdade dobrou, encobrendo indicadores sociais que revelam um contexto de desigualdades em que as mulheres negras ocupam uma considerável parcela da população mais suscetível à violência e ao crime. Infelizmente semelhante ao caso de Carolina Maria de Jesus, essas políticas sociais também parecem não ter chegado as mulheres que se encontram em situação de privação de liberdade.

Identificação análoga à biografia de Carolina, que morreu como viveu, pobre e esquecida, catando material reciclável nas ruas da cidade de São Paulo e foi através da leitura e análise de alguns fragmentos das obras Quarto de Despejo (JESUS, 1960) e Diário de Bitita (JESUS, 1986), as participantes da oficina foram incentivadas a escrever sobre suas experiências de vida, uma proposta de arquivamento do Eu. A simplicidade dos escritos de Carolina Maria de Jesus revela uma mulher obstinada, que enfrentou grandes desafios, nunca desistiu dos seus sonhos, além de ter sido uma mãe amorosa e muito envolvida com a garantia da subsistência dos filhos, qualidades que qualquer mulher, em especial em situação de privação de liberdade, poderá se identificar. A partir desse momento, as participantes solicitaram que a Oficina tivesse continuidade, interessadas que estavam em conhecer a obra da escritora, como também desfrutarem de um momento prazeroso de produzirem suas narrativas, algumas delas oriundas de cidades distantes, sem receberem visita de familiares, em especial de filhos.

Considerou-se de suma importância evidenciar as narrativas de Carolina Maria de Jesus, com leitura e análise de fragmentos de suas obras no intuito de provocar reflexões sobre o cotidiano do encarceramento através da elaboração de diários íntimos ou de narrativas sobre si, que denominados de “arquivar a própria vida”. Este pressuposto remeteu como imprescindível e indispensável o debate sobre a saúde mental das mulheres em situação de privação de liberdade, pois sabe-se que o sofrimento mental acarretado não está ligado somente à deficiência orgânica e psíquica, mas também, pelas consequências e determinantes sociais que esse diagnóstico carrega como o preconceito racial,

⁸ Política econômica definida pelo governo JK, que abrangia 31 objetivos, distribuídos em seis grandes grupos: energia, transportes, alimentação, indústrias de base, educação e a construção de Brasília.

desigualdade de gênero, discriminações e a falta de esclarecimentos por parte dos atores sociais que circundam o território dessas pessoas que sofrem e que, por sua vez, desdobram-se na exclusão, no medo e na falta de atenção em relação a essa problemática.

Enfim, a insurgência do nome de Carolina Maria de Jesus no cenário cultural brasileiro, que se manteve no anonimato, em virtude do racismo ou do não reconhecimento dos seus escritos, sendo colocada à margem pelo cânone literário brasileiro, na segunda metade do século passado, revela a possibilidade em se discutir produções artísticas que circundam o campo literário nacional e que vem se estendendo e ganhando espaço nas discussões tanto acadêmicas, quanto as promovidas dentro de grupos ditos “minoritários”⁹.

Desenvolvimento Teórico

Por um longo período de décadas os índices de criminalidades cometidos por mulheres eram muito baixos, fato este vinculado ao sistema normativo condicionador da igreja que sagrava um modelo feminino de corpo obediente, dócil, recatado e de carnes tristes, características ideais de mulher domesticada, a ser implementado com sucesso, dedicada à família e à fé católica, que encontrava ressonância no campo político, da saúde, econômico e social.

Há referências bibliográficas que descrevem que as punições físicas mais comuns tais como mutilações, torturas e execuções públicas foram desaparecendo paulatinamente no final século XIX e abolida no início do século XX, emergindo como alternativa de cunho religioso a regeneração por meio de penitência, garantida pelo isolamento do indivíduo do restante da sociedade, para tomar consciência de seus atos em comunhão com Deus em arrependimento pelos seus atos.

No século XX iniciou-se uma série de estudos sobre novas práticas de punição e encarceramento destinadas às mulheres transgressoras da ordem social, pois que outrora era vista pelos teólogos como um crime menor em relação ao adultério e a sodomia, a prostituição apesar de velada, detinha uma certa “permissão institucional” para sua transgressão, incentivada sob o pano de fundo da pobreza o meretrício era um ofício, uma forma de trabalho ligada a sobrevivência e secundariamente uma prática de serviço sócio espiritual, ou seja,

⁹ Minoritários: Entende-se aqui a definição de grupos minoritários por aqueles grupos, que suscitam determinada discussão, motivados por diferenças sexuais, raciais, culturais, éticas, seguindo a concepção de Stuart Hall no livro *Da Diáspora: identidades e mediações culturais*. (HALL, 2009).

era um “mal necessário”. No entanto as mesmas características que a tornaram um “mal necessário” misturaram-se com outras práticas consideradas pelas autoridades como transgressoras, fazendo com que a igreja passasse a enxergar em cada mulher que infringisse as normas como uma prostituta em potencial, passando assim à agravantes, criminalizáveis e passíveis de punições mais severas os comportamentos tidos como desviantes e de prostituição (PRIORI, 1994).

Em meados do século XX surgem os manicômios, prisões e conventos, identificado e definidos por Goffman (1961) como instituições totais, isto é “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente regrada, observada e administrada”. Neste período houve também a difusão e intervenção dos saberes chancelados da ciência, as práticas de saúde passaram a influenciar na noção da abrangência da criminalidade e do sistema penal criaram as instituições de “correção” e de “assistência”, enfatizando e redefinindo as instituições totais como um amplo processo de disciplinarização. Os diferentes “desvios” eram crescentes, separados e classificados, com forma própria de enfrentamento, respaldada nos saberes e na crença da ciência como fundamento do progresso (CUNHA, 1988).

Dentro da concepção doutrinária da degeneração, a mulher negra encontrava-se vulnerável à loucura e assim exposta e passível da intervenção da medicina asilar e do asilo científico, devido a sua condição étnica e de gênero. A ela era atribuída a teoria de que era mais exposta a desvios de condutas e as extravagâncias de todas as espécies, o alcoolismo, por exemplo, por pertencer a estratos sociais “primitivos”, brutos inferiores na escala social e na escala da civilização. As mulheres das classes populares cabiam sempre designações diagnósticas que as aproximava do estado “primitivo”, degeneração inferior, idiotia, propensão a prostituição, fraqueza de espírito e predominância de instintos e desejos lascivos. No caso das negras a concisão dos diagnósticos era ainda pior, pois apontavam para as suas características raciais e agregavam a rubrica de imbecilidade, degeneração inferior, inferioridade de espírito devido a sua pele escura, o achatamento do nariz e seu cabelo duro, assinalando referência a desvio de comportamento sexual como indicador de loucura. (CUNHA, 1989).

Sabe-se que historicamente, na época do Brasil colônia, a imagem da mulher negra foi construída e abordada de maneira pejorativa que seus corpos “quentes” representavam a luxúria e o pecado. Mas foi no período supracitado que se intensificou o discurso misógeno e racista em relação a mulher negra, ganhando

força e atingindo seu ápice através da “doutrina da degeneração¹⁰” termo usado por naturalistas e antropologistas na designação de variações étnicas que não se referem a nenhuma conotação patológica, porém essa teoria foi alterada para significar um tipo antropológico ou do biótipo para instituir a patologia, particularmente a patologia mental. Os critérios usados para a instituição das patologias mentais passavam pelas relações de gênero, relações familiares, senso comum e pela intersecção entre medicina e a doutrina jurídica, numa conjunção entre eugenia e higiene mental (COUTO, 1999), a chamada medicina mental.

Portanto a abolição da escravidão, o crescimento acelerado das cidades, o fim da monarquia, e a constituição de uma nova estrutura política, corresponderam a um importante momento de redefinição institucional e social, tratava-se de alçar o país à modernidade e à civilização, enfrentando as questões sociais provocadas pela urbanização, pelo crescimento industrial e pela necessidade de incorporar a grande massa despossuída à cidadania e ao mercado de trabalho. O controle social fulgurou como aspecto central na reordenação das relações sociais e políticas do período republicano.

Nesta conjuntura o ordenamento jurídico, os institutos legais, e os dispositivos disciplinares de repressão, passaram a vigorar de acordo com a defesa e preservação da família. Nos discursos de poder, por meio das falas científicas e de juristas, o argumento utilizado era de que para o bom funcionamento da nação era necessário a defesa e preservação da família – base de todo o edifício de “ordem e progresso” a ser construído pela nova ordem política (COSTA, 1983). Com o propósito de assegurar a preservação da família, o regime republicano tratou de modificar os preâmbulos legais do código penal de 1890, presidindo uma reforma à assistência aos alienados, criando dispositivos disciplinares, de iniciativas de educação e saúde pública que mantivessem a preservação e reforço a família. O aparelho judiciário, assim como a polícia, também sofreu modificações neste período, a fim de punir os infratores e reprimir os desordeiros, de forma a difundir imagens positivas de ordem para as classes populares. (COUTO, 1999).

Diante disso a medicina mental asilar foi perdendo espaço para o discurso acerca da família, nas formas de aprisionamento da mulher. Em virtude disto a origem das prisões femininas surge vinculada ao discurso moral e religioso O encarceramento

¹⁰“Baseando-se implicitamente em Rosseau, Morel partia do princípio que, criado originalmente por Deus, o homem era um ser perfeito. É interessante notar que tal perfeição em sua expressão máxima nada mais seria, para Morel, senão a possibilidade de uma completa submissão do físico ao moral, do corpo à alma, princípio da totalização da pessoa humana enquanto pessoa divina”. (MOTA; MARINHO, 2012, p.234)

feminino, passa a ser norteado por uma visão moral, tendo o ensino religioso como base para a criação do estabelecimento prisional destinado às mulheres, denominado “reformatório especial”. A criminalização mais frequente era relacionada à prostituição, à vadiagem e à embriaguez, o que já apontava para as desigualdades de gênero parte da invisibilidade feminina no cárcere masculino decorrente da sua coexistência com presos homens. Ou seja, a prisão em si é masculina e masculinizante em todas as suas práticas, sejam estas dirigidas a quem for (CHIES, 2003).

Atualmente de acordo com os registros do InfoPen¹¹ estima-se que as mulheres representam 7% da população carcerária privada de liberdade no Brasil, destas 47% têm até 29 anos de idade e 63% são negras, cerca de 60%, foi condenada pelo crime de tráfico de entorpecentes, condição está vinculada aos seus parceiros, maridos ou familiares. O crescente aumento desses números está ligado ao fato das mulheres geralmente ocuparem atividade periféricas ou subsidiárias na estrutura do tráfico, a elas cabe majoritariamente a função de “mula” e também que no ato da sua prisão pela polícia elas dispõem de menos recursos de negociação para a sua liberdade (MUSUMECI, 2001).

Além disso, outro dado a se considerar em relação ao perfil das mulheres em situação de liberdade é a prevalência de doença mental entre a população privada de liberdade que está no percentual de 42%, ao passo que na comunidade em geral é de 15%. Estudos recentes apontam a prevalência de transtornos psiquiátricos severos (psicoses, doença afetiva bipolar e depressão graves) atingindo 25,8% das mulheres ao passo de 12,3% entre os homens (DAMAS E OLIVEIRA, 2013). Importante ressaltar que as doenças psicossociais estão associadas a um contexto, agravado principalmente em decorrência do confinamento que potencializa o adoecimento psíquico, para as mulheres a situação é ainda mais agravante pois o impacto da prisionização pode desencadear transtornos mentais ou potencializar os já existentes.

De certo modo, com todas as transformações ocorridas em nossa sociedade os sujeitos e as instituições ainda carregam em seu cerne o traço indelével do caráter patriarcal, desta vez renovado, insiste e persiste institucional, política e socialmente. O patriarcado continua sendo o elemento que instituiu e institui novas regras coercitivas e disciplinadoras de acesso ao corpo e à cidadania das mulheres subalternizadas. Segundo Saffioti (2004) as relações patriarcais contaminam a sociedade, esse direito patriarcal perpassa não apenas a sociedade civil, mas também impregna o Estado, a liberdade civil, tudo está vinculado ao

¹¹ InfoPen Sistema de informação do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br>

direito patriarcal. Esse comportamento se reflete nos espaços de decisão, onde as mulheres se resignam ao papel de coadjuvantes definindo rumos que reforçam um espaço comandado pelos homens e que não privilegiam as demandas possíveis à equidade entre homens e mulheres.

O desafio da conquista de espaço e reconhecimento da luta das mulheres, passa por uma cultura patriarcal, que se estruturou ao longo do tempo pela dominação dos homens sobre as mulheres e hoje organiza a dinâmica das relações de gênero e os instrumentos de dominação que atuam em toda a sociedade através das leis e costumes, da dinâmica da economia, das formas de organização social e de toda as dimensões da vida política, cultural e social. As desigualdades de gênero, presente ainda em todos os segmentos sociais afetam a capacidade de reconhecimento e empoderamento das mulheres, reforçam a ideia de superioridade do sexo masculino em detrimento ao sexo feminino e da existência de uma supremacia etnocêntrica em relação a outras etnias. Conforme Scott (1989) a analogia binária de gênero entre homens e mulheres estabelece um componente importante nas relações sociais que fundamenta as diferenças observadas entre os sexos, além disso, configura uma forma de poder aplicado nas relações sociais. O conceito de gênero surge para avaliar a designação cultural e biológica dos corpos, à percepção dos sexos foram atribuídos deveres e separações, assim a associação natural em que as mulheres seriam dadas somente a maternidade e o cuidado com o espaço doméstico, compreendendo-as como o sexo frágil, isto é, consideradas inferiores aos homens.

Para a mulher negra a situação é muito mais complexa, pois de acordo com Sousa (1983), saber-se negra é uma experiência de ter sido violada em sua identidade, de carregar a marca da escravidão em seus corpos e almas, ainda presente nos dias de hoje, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências e compelidas a expectativas alienadas pelas práticas racistas fincadas com referência deste sistema, assim como a nossa memória ancestral que não é esquecida. De acordo com Carneiro (1985), a mulher negra traz consigo a alma devastada e dilacerada pela dor, pela memória de infundáveis humilhações, suplícios e punições por carregar simultaneamente uma cor de pele e um sexo considerados a marca do pecado original, raiz de todos os males e dores dos homens, todas são testemunhas, sobreviventes da história em que uma raça e um sexo condenados compõem uma unidade que aprisiona o corpo feminino negro deslocando-o para o domínio do não-ser.

Ademais o sistema escravista deixou marcas profundas na estrutura psicossocial da população negra. Negras e negros passaram de um modo de vida a

outro, mas não de uma vida a outra, a notícia da abolição da escravatura provocou psicoses e mortes súbitas. De qualquer ângulo que se aborde a análise dos estados mórbidos psicogênicos, logo depara-se com o panorama da neurose e todos os seus sintomas influenciados por um objetivo final, atribuindo a este um valor de uma causa formativa, um princípio de orientação, de disposição e de coordenação. Além disso a origem dos sintomas mórbidos pode ser compreendida pela multidão caótica de tendências, impulsos, fraquezas e anomalias, dissimulados através dos fenômenos extrínsecos. Conceito este aplicado por Fanon para explicar o complexo de inferioridade vivido pelos negros e negras de países que foram colonizados. Conforme o mesmo autor, a pessoa negra que sofreu as mazelas da escravidão e da colonização, se estrutura psiquicamente em uma sociedade neurótica de comparação, passando do sujeito à estrutura social, haja vista de que se há um vício, ele não está na “alma” do indivíduo e sim na “alma” do meio. A pessoa negra continua a protestar contra a inferioridade que lhe foi imputada historicamente que a estigmatiza e a coloca como ser inferior pertencente a uma raça “inferior” (FANON,2008).

Por conseguinte, os efeitos, do racismo incidem diretamente na construção da identidade e formação do sujeito, as ações racistas perpetuadas ao longo dos anos cristalizam sentimentos de inferioridade e de não pertencimento. O preconceito racial conduz a um tipo de negação das diferenças apagando a existência do outro enquanto pessoa dotada de direito e que deve ser respeitada pelo estado e pela sociedade. Do mesmo modo que a constituição da pessoa negra na maioria das vezes acontece de forma conflituosa e dolorida, pessoas negras são violentadas de forma constante, contínua e cruel por uma dupla injunção: a de encarnar e os ideais do Ego (eu) do sujeito branco e a de recusar, negar e anular a presença do corpo negro (SOUSA, 1983).

Cotidianamente as mulheres negras sofrem todos os tipos de violência, negligenciado seus direitos em todas as esferas da sociedade. No sistema prisional esses problemas atingem dimensões ainda maiores, Santos (2005) reafirma os problemas de saúde no sistema prisional e os considera fundamentalmente como uma forma de desrespeito aos direitos humanos por parte do Estado. Além disso, aponta o desinteresse da classe política que domina as instituições governamentais pela melhora do sistema.

Dessa forma, sem dúvidas, mergulhar no universo de Carolina Maria de Jesus que tinha por hábito arquivar a própria vida, isto é, “se pôr no espelho, e contrapor à imagem social a imagem íntima de si próprio”, e nesse sentido enaltecer a importância do arquivamento do eu foi como uma prática de construção de si mesmo e de

resistência”. A leitura de *Quarto de Despejo* na oficina nos proporcionou a percepção da autora de registrar eventos marcantes do seu dia a dia, numa permanente busca de ter sua identidade reconhecida, pois nada pode ser deixado ao acaso; devemos manter arquivos para recordar e tirar lições do passado, para preparar o futuro, mas, sobretudo para existir no cotidiano. (CALLIGARIS, 1988) A oficina realizada com mulheres em situação de privação de liberdade revelou a possibilidade de discutir e promover saúde mental, assim como uma tentativa de reparar os danos causados pelo desserviço prestado pela psiquiatria e pela psicologia no campo da saúde mental no que tange o gênero feminino e a pessoa negra.

Objetivo geral

Conhecer, analisar e relacionar a obra de Carolina Maria de Jesus com o cotidiano do encarceramento, através da elaboração de diários íntimos ou de narrativas sobre si, que foram denominados de “arquivar a própria vida”.

Objetivos específicos

1. “Arquivar a própria vida” a partir do registro de narrativas, após cada oficina.
2. Divulgar os escritos de Carolina Maria de Jesus.
3. Analisar temas por ela abordados, através da leitura de fragmentos de sua obra.
4. Proporcionar discussões sobre racismo, identidade negra, saúde mental e desigualdade de gênero.

Método

O trabalho foi realizado no Alojamento Feminino do Presídio Regional de Santa, que conta atualmente com aproximadamente 90 mulheres, destas entre 40 e 50 cumprem pena no regime fechado ou prisões provisórias, mas destas apenas 15 puderam participar das oficinas, obedecendo aos critérios estabelecidos pela direção, o bom comportamento.

O tema desencadeador das Oficinas foi a aproximação da obra de Carolina Maria de Jesus nascida em Sacramento, Minas Gerais, no dia 14 de março de 1914. Membro de família composta por sete filhos e extremamente pobre. Seus estudos foram realizados durante dois anos no Colégio Allan Kardec. Precisou deixar de estudar para trabalhar como doméstica ajudando a mãe. Carolina tinha verdadeira admiração pelo avô, negro liberto, que à noite, relatava aos netos os horrores da escravidão. Sua mãe era fruto do ventre livre.

Na década de 1930, adolescente, transferiu-se para a cidade de São Paulo, onde foi residir em um assentamento da prefeitura municipal - a Favela do Canindé. Com o suor de seu trabalho árduo como catadora de papel e ferro velho sustentou seus três filhos. E foi no meio do lixo que certa vez Carolina encontrou uma caderneta, em que passou a registrar o dia a dia na favela. Apesar das dificuldades enfrentadas, mesmo com o racismo e discriminação que sofria, através de seus escritos, Carolina revelou o cotidiano da favela, denunciando a exclusão social dos seus moradores e a falta de políticas públicas.

Foi o jornalista Audálio Dantas, repórter da Folha da Noite, que a descobriu, por ocasião em que fazia uma reportagem sobre a desocupação de uma parte da favela, para a construção da Marginal Tietê. Chegando lá, ele presenciou a discussão de um grupo de crianças, com alguns homens adultos, que estavam usando os brinquedos da praçinha recém-inaugurada. O jovem repórter observava, as crianças choravam, momento em que Carolina chegou e ameaçou os adultos: - "vou botar todos vocês no meu diário". Audálio, ao ouvir isso, quis saber do que se tratava. Carolina o levou até seu barraco e lhe mostrou 20 cadernos manuscritos, todos cadernos recolhidos do lixo. Foi graças a Audálio que o livro Quarto de Despejo (1960), após vasta reportagem na revista O Cruzeiro, foi publicado em 1960, vendendo mais de cem mil exemplares. A obra foi prefaciada pelo escritor italiano Alberto Moravia e traduzida para 13 idiomas.

O livro virou peça teatral, em 1961, sendo encenado no Teatro Nídia Lícia. Com o título *Despertar de um Sonho* virou filme, produzido pela Televisão Alemã, com a própria Carolina de Jesus como protagonista.

O trabalho foi desenvolvido em forma de Oficinas Vivenciais, em que em cada encontro se tratou de uma narrativa de Carolina, com leitura e análise de fragmentos da obra da autora, com posterior narrativa e elaboração escrita sobre o tema. A escolha do tema dá-se pelo de que Carolina Maria de Jesus, catadora, semialfabetizada e que tinha o hábito de registrar os acontecimentos da local onde morava, num diário que mais tarde fora publicado. Apesar das dificuldades enfrentadas, mesmo com o racismo e discriminação que sofria, através de seus escritos, Carolina revelou o cotidiano da favela, denunciando a exclusão social dos seus moradores e a falta de políticas públicas. A escolha pelas obras de Carolina Maria de Jesus está no fato da simplicidade dos seus escritos, revela uma mulher obstinada, que enfrentou grandes desafios, nunca desistiu dos seus sonhos, além de ter sido uma mãe amorosa e muito envolvida com a garantia da subsistência dos filhos, qualidades que qualquer mulher, em especial em situação de privação de liberdade, poderá se identificar. O recurso utilizado nas oficinas foi que em

cada encontro citou-se uma narrativa de Carolina Maria de Jesus, com leitura e análise de fragmentos da obra da autora, cada participante foi incentivada a escrever sobre suas experiências de vida, uma proposta de arquivamento do Eu.

Empregou-se do método do arquivamento do EU, pois acredita-se que ao buscarem em suas memórias experiências lembradas, as participantes estarão realizando uma prática de “arquivamento do eu”, no qual ocorre um movimento de subjetivação, com a escrita de um diário ou uma autobiografia, arquivar papéis, práticas denominadas de preocupação com o eu. Este método foi teorizado e utilizado por Artières, significa que arquivar a própria vida, “é se pôr no espelho, é contrapor à imagem social a imagem íntima de si próprio, e nesse sentido o arquivamento do eu é uma prática de construção de si mesmo e de resistência” (1988, p.3). Ou seja:

O arquivamento do eu não é uma prática neutra; é muitas vezes a única ocasião de um indivíduo se fazer ver tal como ele se vê e tal como ele desejaria ser visto. Arquivar a própria vida é simbolicamente preparar o próprio processo: reunir as peças necessárias para a própria defesa organizá-las para refutar a representação que os outros têm de nós. Arquivar a própria vida é desafiar a ordem das coisas: a justiça dos homens assim como o trabalho do tempo (Artières, 1988, p.29).

Segundo Foucault (1967) é possível conhecer o sujeito por meio do movimento de subjetivação, com a escrita de um diário ou uma autobiografia, arquivar papéis, uma vez que a objetivação do sujeito como efeito da subjetivação, se dá pelos saberes e pelos poderes que o envolvem, construído na relação com a exterioridade, a subjetividade, histórica e socialmente produzida, desperta o interesse da análise do discurso uma vez que se dá e se mostra na relação com o discurso.

Ao realizar suas escritas, certamente as mulheres em situação de privação de liberdade se questionaram a quem se destinam aquelas memórias. Em princípio é uma prática individual, mas sabe-se que arquivar a própria vida é uma forma de publicar a própria vida, é escrever o livro da própria vida que sobreviverá ao tempo e à morte, afirma Artières (1988). Por outro lado, Calligaris (1988) afasta a necessidade de comprovação da verdade expressa, pois a verdade que importa é cada vez mais a que está no foro íntimo do indivíduo, de onde provém sua fala e escrita.

Resultados

Os resultados encontram-se em processo de construção, pois estima-se que em breve as participantes elaboram seus diários íntimos ou narrativas sobre si a partir da obra de Carolina Maria de Jesus. Mas resultados parciais podem ser observados pela tentativa de compreender e superar os obstáculos de um corpo, ainda em construção; é na prisão, na oficina de vivências, que as mulheres estão transformando seus escombros em material de reconstrução, ao conceber seu corpo e a sua mente como um abrigo e o ambiente carcerário como um lugar de apoio.

Contudo, nas oficinas de texto revelou-se que o ambiente proporcionou a certas mulheres encarceradas a oportunidade de aprender mais sobre sua identidade, compreender sua história de vida e, em certa medida, se emancipar.

Conclusão

Cada história de vida é única, mas as biografias que povoam o Alojamento Feminino do Presídio Regional de Santa Maria certamente não atravessaram as mesmas adversidades, mas os relatos traçam uma herança comum. Nas falas da maioria das participantes da oficina é notável o peso da exclusão, da opressão, do racismo, do machismo, da violência e da subjugação, que acarretam uma coleção de derrotas e privações.

Trajetórias de vidas, em sua maioria, marcadas e confundidas com as histórias de violência, pois existe uma forte relação entre a vitimização e a entrada no sistema prisional. No entanto, o maior e mais profundo sofrimento é aquele decorrente da discriminação, do preconceito, da desigualdade e violência.

Partir do propósito de que cada participante fizesse esse mergulho, resignificando acontecimentos e projetando uma nova vida após cumprirem suas penas. Ao buscar em suas memórias experiências lembradas, as participantes realizaram uma prática de “arquivamento do eu”, na qual ocorre um movimento de subjetivação, com a escrita de um diário ou uma autobiografia, práticas denominadas de preocupação com o eu. Por outro lado, não há a necessidade de comprovação da verdade expressa, pois a verdade que importa é cada vez mais a que está no foro íntimo do indivíduo, de onde provém sua fala e escrita. No ato de realizar suas escritas, certamente as participantes se questionaram a quem seria destinada as suas memórias. Entende-se que é uma prática individual, mas arquivar a própria vida é uma forma de publicar e escrever sua própria biografia que sobreviverá ao tempo e à morte.

Enfim, trabalhar saúde mental em um ambiente hostil e inóspito, onde é prevacente a precariedade, as condições de viver dignamente são mínimas, onde há ausência de políticas públicas e justiça social voltadas para a ressocialização e inclusão social e desconstruir a crença que condição social que se encontram é a condição ideal por meio de um processo de identificação e reconhecimento foi uma tarefa fácil. Portanto, foi um grande e gratificante aprendizado, pois mergulhar nas narrativas de arquivamento da própria vida, a partir da obra de Carolina Maria de Jesus, fez com que provocasse a emancipação de cada participante, por meio, mesmo que de curta duração, do processo de trabalho de promoção e prevenção de saúde mental, contribuindo para que as mulheres em situação de privação de liberdade se tornassem protagonistas de sua história, ao entrar em contato com o seu universo psíquico e nele acionassem mecanismos reprimidos no inconsciente, e que os mesmos pudessem emergir e tornarem-se conscientes, elaborados e ressignificados, superando o sentimento de inferioridade, ao ponto de reconhecer e descobrir-se por meio da auto narrativa como mulher negra capaz, dotada de capacidade para reescrever sua realidade e história de forma ativa e empoderada, pois “saber-se negra é uma experiência de ter sido violada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências e compelidas a expectativas alienadas, mas é principalmente a experiência do compromisso do resgate da história e a recriação de suas potencialidades”. Dispondo através do diálogo e da troca mútua de relatos e experiência, na oficina, como uma espécie de catarse em grupo, amenizando, assim o sofrimento e o adoecimento psíquico e quiçá “curar seus males da alma”, lhes conferindo um estado benéfico psicossocial e mental, visando um desfecho positivo para suas vidas, proporcionado pela afirmação da identidade como um lugar de alimento, reconhecendo o racismo como uma barreira para o alcance da dignidade da pessoa humana.

Referências

ANDRÈ, M.; MARINHO.G.S.M.C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012

ARTIÈRES, Philippe. **Arquivar a própria vida**. Revista de Estudos Históricos. Rio de Janeiro, vol.11, 1988.

BIKO, Steve. **Escrevo o que eu quero**. Tradução de Grupo Solidário São Domingos. São Paulo: Ática, 1990.

CALLIGARIS, C. **Verdade de autobiografias e diários íntimos**. Revista de Estudos Históricos. Rio de Janeiro, 1988.

CARNEIRO, S; SANTOS, T. **A mulher negra brasileira na década da mulher**. São Paulo: Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 2ªed. Rio de Janeiro. Graal, 1983.

COUTO, R. C. C. M. **Nos corredores do Pinel: eugenia e psiquiatria**. São Paulo, Tese (Doutorado), Depto. de História, FFLCH-USP, 1999.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery** na São Paulo do início do século XX. Revista Brasileira de História, São Paulo, v.9, n.18, p.121-144. ago.-set. 1989.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. São Paulo, Paz e Terra, 1986.

CHIES, Luiz Antonio Bogo. **A questão penitenciária**. Tempo Social, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 15-36, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v25n1/02.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

DAMAS, F. B.; OLIVEIRA, W. F. **Saúde mental nas prisões de Santa Catarina, Brasil**. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 5, n. 12. p.1-24, 2013.

DUTRA, Maria Rita Py. **Rompendo barreiras: a relação entre capital cultural e consciência racial de professoras negras**. 2012. 173 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira Salvador: EDUFBA, 2008

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**. Tradução de Antônio Ramos Rosa. Lisboa: Portugalia Editora, 1967.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo, Perspectiva, 1974.

HALL, Stuart. **Da Diáspora: identidades e mediações culturais**. Organização Liv Sovik; Tradução Adelaine La Guardia Resende ... {et al.}. 1ª edição atualizada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

JESUS, Carolina Maria. **Diário de Bitita**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

JESUS, Carolina, M. **Quarto de Despejo**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1960.

MOTA, A. MARINHO, M, G. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012, p.234.

MUSUMECI, Barbara. A mulher e a violência no sistema de justiça criminal. Trabalho e Sociedade. Rio de Janeiro. nº2. 2001.

PRIORI, Del, M. **A mulher na história do Brasil**. 4ª ed. São Paulo, Contexto,1994.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. Tradução: Iara Bongiovani. São Paulo. Editora Perseu Abramo, 2004 - (Coleção Brasil Urgente).

SAFFIOTI, Heleieth. **Poder do Macho**. Tradução Iara Bongiovani. São Paulo, Moderna, 1987.

SANTOS, E. M. G. **Saúde mental e direitos humanos no sistema penitenciário brasileiro**. Tempo Histórico Revista Eletrônica, Recife, v. 1, n. 1, p. 1-8, jun./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistatempohistorico/index.php/revista/article/viewFile/9/7>>. Acesso em: 21 ago 2016.

SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history**. New York, Columbia University Press. 1989. Tradução: Christine Rufino Dabat. Maria Betânia Ávila.

SOARES, B.M, ILGENFRIZ, I. **Prisioneiras: vida e violência atrás das grades**. Rio de Janeiro: Garamond,2002.

SOUSA, Neusa Santos. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Edição Graal 1983.

Experiências de aborto em mulheres com Anemia Falciforme: Conflitos entre o desejo de ser mãe e o medo da morte

*Mardini Rafaela Silva Pereira;
Catharinne Da Silva Souza Rodrigues;
Aline Silva Gomes Xavier;
Sílvia Lúcia Ferreira;
Evanilda Souza de Santana Carvalho;
Edna Maria de Araújo.*

Introdução

O aborto está entre as principais causas de morte materna no mundo e sua maior incidência associa-se aos países em desenvolvimento (ANJOS et al., 2013). Estima-se que o abortamento ocorre em 14 a 19% da população mundial, merecendo grande destaque nas discussões que envolvem a saúde da mulher, pois se trata de um problema de saúde pública.

O aborto é definido como a interrupção da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à perda do conceito até a 20^a e 22^a semana completa e/ou com feto de até 500g. É considerado espontâneo quando seu início ocorre independente de qualquer procedimento ou mecanismo externo, podendo ser causado por problemas de saúde materna ou fetal. Em contrapartida, quando é resultado da utilização de qualquer processo abortivo externo, seja químico ou mecânico, é considerado aborto provocado. Dessa maneira, o abortamento pode ter motivação voluntária e involuntária da gestante, além de ser considerado legal ou ilegal (BORSARI et al., 2013).

Uma pesquisa de abrangência nacional, no Distrito Federal, em 2002, evidenciou que 11,4% dos óbitos maternos foram devido a complicações de abortos. No entanto, em Recife (PE) e Salvador (BA) foram registradas proporções mais elevadas. Na década de 90, em Recife o aborto representava uma das primeiras causas de óbitos maternos e, no mesmo período em Salvador, o aborto foi a principal causa isolada responsável por uma variação entre 22 a 36% das mortes maternas. Já em Porto Alegre (RS), constatou-se que infecções por aborto e distúrbios hipertensivos da gravidez foram as principais causas de morte materna, responsáveis por 15% dos óbitos, cada uma delas (MENEZES; AQUINO, 2009).

O aborto é considerado um alto risco para a saúde física e mental das mulheres, sendo mais incidente em mulheres jovens, afrodescendentes e de baixa escolaridade procedentes das regiões mais pobres do Brasil (SIMONETTI; SOUZA; ARAÚJO, 2008).

A alta incidência de aborto no Brasil, seja espontâneo ou provocado, trata-se de uma questão de saúde pública, e sua discussão torna-se necessária, ao passo que essa é uma das principais causas de morte materna no país.

No que diz respeito à população feminina, além das manifestações clínicas, a anemia falciforme (AF) pode desencadear uma magnitude de aspectos psicológicos e sociais durante a gestação que teve o aborto em seu desfecho. Dentre as diversas causas de aborto, está AF, doença genética e hereditária mais comum em todo o mundo e que atinge uma expressiva parcela da população do Brasil, sobretudo da Bahia. Com sua origem africana, acomete grupos de pardos e negros, ou seja, afrodescendentes, apesar de estar sendo cada vez mais observada na população branca, devido à alta taxa de miscigenação (NOMURA, et al., 2011).

É importante destacar que a AF possui alta morbidade e mortalidade, com característica de anemia hemolítica crônica grave, resultante de uma mutação que origina a hemoglobina S, a qual possui aspectos físico-químicos alterados (CARVALHO et al., 2015). Dentre as manifestações clínicas da AF está a vaso-occlusão e a anemia hemolítica crônica. As crises dolorosas correspondem à causa mais comum de morbidade na gestação da mulher com AF. No entanto, há possibilidade de outras complicações, tais como infecções pré e pós-parto, restrição do crescimento fetal, parto prematuro, natimortalidade, agravamento das lesões ósseas e da retinopatia, baixo peso ao nascimento, pré-eclâmpsia. Além disso, a AF também pode influenciar de forma desfavorável a evolução da gestação, tendo como desfecho o abortamento (XAVIER, 2011).

Em mulheres, a AF também interfere na saúde reprodutiva, pois causa retardo na maturação sexual e, na gestação, gera complicações à saúde materna e fetal, capazes de comprometer o desenvolvimento físico e desencadear limitações de variados níveis. Por esse motivo, a gravidez da mulher com AF é considerada de alto risco e deve ser acompanhada com atenção especializada (XAVIER, 2011).

Um estudo feito com gestantes jamaicanas acometidas por anemia falciforme mostrou que apenas 57% das gestações evoluíram bem, com recém-nascidos vivos, comparado com 89% no controle (ZANETTE, 2007).

Mesmo apresentando uma taxa de abortamento incerta, estudos apontam

que foi encontrada uma taxa de 35% em pacientes HbSS, comparado a 10,4% no grupo controle (COSTA, 2012). O mesmo foi encontrado no estudo de Monken e colaboradores (2010), os quais afirmam que mulheres com hemoglobinopatia HbSS possuem maior risco de complicações obstétricas, como o aborto espontâneo, se comparadas àquelas com HbAA.

Pesquisar o cenário do aborto a partir da perspectiva das gestantes com AF viabiliza a comparação das experiências vivenciadas pelas mesmas, além de contribuir com a produção científica, a fim de dar maior visibilidade à temática. Por conseguinte, o estudo estimula a reflexão dos profissionais acerca da assistência à mulher acometida pela AF e que vivenciaram o aborto, levando em conta suas experiências e sentimentos.

Diante disso, este estudo tem como questão norteadora: como ocorrem as experiências do aborto em mulheres com anemia falciforme? Para responder tal questão, o estudo tem o objetivo de compreender as experiências do aborto em mulheres com anemia falciforme.

Metodologia

Desenvolveu-se um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, no qual participaram mulheres com diagnóstico confirmado de anemia falciforme, que vivenciaram o aborto e estão cadastradas no Ambulatório Professor Magalhães Neto, do HUPES, em Salvador-Bahia.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ser mulher em idade reprodutiva, com diagnóstico confirmado de AF; ter vivenciado o aborto; e estar cadastrada no serviço especializado no tratamento de doenças hematológicas no ambulatório acima referido.

O presente estudo está vinculado a projetos multicêntricos, submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, através do parecer de Nº 1.355.068. Dessa maneira, no qual foram observados os aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Utiliza-se informações de um banco de dados gerado por pesquisa do centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), cuja coleta de dados estava voltada para a elaboração de uma dissertação de mestrado. (XAVIER, 2011) Os dados foram

obtidos mediante entrevistas individuais, em ambiente privativo tendo sido encerradas ao alcançar a saturação de conteúdo.

Em seguida, as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011). Segundo a autora, trata-se de descrita como um conjunto de técnicas e comunicações, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens a qual envolvendo três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

Resultados

Participaram do estudo nove mulheres adultas, na faixa etária entre 30 e 45 anos, sendo quatro casadas ou em união estável, três solteiras, uma viúva e uma separada/divorciada. A raça/cor predominante foi preta, seguida de parda, sendo a maioria natural de municípios do interior da Bahia, embora seis delas tenham referido Salvador como município de residência. Quanto à ocupação, apenas uma trabalhava como manicure, enquanto uma era aposentada e seis classificaram-se como donas de casa ou não trabalham fora. A maioria era de baixa renda e baixa escolaridade.

Ao se referirem às complicações, todas as participantes informaram vivenciar crises algícas. Uma delas referiu ter companheiro com traço da doença. Quanto ao histórico ginecológico e obstétrico, sete apresentaram menarca até 14 anos, e duas referiram ter sido com idade superior a 15 anos. Dentre as participantes, oito delas apresentaram pelo menos um episódio de aborto e uma vivenciou dois abortos. Quando levantado o histórico de parto, duas relataram ter vivenciado parto com feto natimorto.

As experiências acerca do aborto de mulheres com AF podem ser compreendidas a partir das categorias empíricas que emergiram das falas das entrevistadas, a saber: “Interdições, impedimentos e dúvidas nas falas dos profissionais de saúde sobre o processo reprodutivo desencadeiam medo de ter filho com AF, medo das complicações e da morte”; “Complicações vivenciadas na gravidez fazem as mulheres com AF a declinarem da maternidade e optarem pelo aborto”; “O aborto espontâneo como complicação da doença frustra o projeto de ser mãe”. Estas categorias empíricas serão apresentadas e discutidas a seguir:

Categoria 1 - Interdições, impedimentos e dúvidas nas falas dos profissionais de saúde sobre o processo reprodutivo desencadeiam medo de ter filho com AF, medo das complicações e da morte.

Observou-se que as mulheres com AF convivem com o medo de passar por complicações durante a gravidez, e temem morrer no momento do parto. O padecimento decorrente do adoecimento por AF, marcado pelas complicações experienciadas ao longo da vida levam as mulheres a ter medo de que seu filho herde a AF.

Além disso, elas receiam não conseguir atender as demandas de cuidados requeridos a si mesma em função do adoecimento, bem como não poder suprir as necessidades de seu filho, caso o mesmo nasça com a doença.

As mulheres com AF temem ainda não atender às expectativas sociais ao gerar um filho dito “não saudável”, visto que constantemente é reforçado por pessoas de seu entorno, a exemplo dos profissionais de saúde, os estereótipos da doença e do adoecido como sendo uma pessoa frágil e incapaz.

A falta de conhecimento dos profissionais sobre aspectos reprodutivos na AF resulta em informações incompletas e orientações inconsistentes o que gera insegurança e conflitos na mulher para a tomada de decisão sobre seu processo reprodutivo. O déficit de conhecimento do profissional implica ainda em condutas inadequadas e orientações equivocadas quanto ao planejamento reprodutivo e aconselhamento genético, uma vez que muitas mulheres não gestam e fazem laqueadura precoce.

O medo que acompanha a gestação de mulheres com AF é evidenciado pelo sentimento de vulnerabilidade ao aborto com a descoberta da gravidez, e despreparo para o enfrentamento das situações que poderão advir com a chegada de um filho adoecido. Diante desta expectativa, o aborto espontâneo pode ser considerado o desfecho mais temido por algumas e o aborto provocado como uma alternativa mais viável para outras.

Eu fiquei com muito medo, nem tratamento eu não fiz, não fiz pré-natal, não fiz nada, nada, e acabei tomando uma coisa, tomando outra (...) aí perdi. (M1).

Ah, se meu filho nascer deficiente, eu não estou preparada para encarar. A sociedade fica falando: fulando teve um filho deficiente, o filho de fulano nasceu assim (...) então, por isso que eu fiz o aborto (...) eu achava que eu não ia agüentar, até os 9. Eu pensei em passar tudo de novo (...) aí eu fiquei com medo, vou morrer no parto, não sei se vou sobreviver, a criança vai morrer (...) os médicos acharam melhor fazer a

ligadura, porque dizia que eu não podia ter filho por causa da falcemia, que a vantagem era mínima de uma criança nascer perfeita (M3).

[...] tinha medo, ao mesmo tempo eu queria, só que eu tinha medo da complicação e meu filho nascer com anemia falciforme também. Então para mim foi difícil assim, foi um tempo assim muito difícil mesmo (...) (M9)

Diante desses depoimentos, é possível analisar que o medo do aborto espontâneo pode significar a confirmação de sua incapacidade de gerar um (a) filho (a), previsto na fala dos profissionais no aconselhamento de não gestar.

Mas também, quando a mulher com AF decide pelo aborto o medo advém da possibilidade de piora do quadro da doença em consequência do aborto, visto que os profissionais a orientam de que o aborto pode debilitar física e emocionalmente e conduzi-la ao risco da própria vida.

Quando eu fui para o Hospital com dor, na emergência no primeiro dia que cheguei me disseram (que estava grávida). Eu disse: - Essa criança eu vou ter que tirar essa criança. (o profissional responde):- Você é louca? Você não vai aguentar, não vai resistir, vai morrer. Você não sabia que não podia engravidar não? Você está louca é?" (M9).

(...) Eu tenho medo, eu tenho um medo muito grande (...). De engravidar e depois perder, e depois ficar doente, mais ainda do que eu já estou. (M5)

Aí eu fiz tratamento, aí o médico achou que era melhor, é, fazer tipo assim, ligar, para não ficar perdendo e ficar fraca. Aí o médico ligou (laqueou as trompas), quando eu tinha 20 anos"(M7- sem filhos).

Os momentos de orientações com os profissionais são decisivos para encaminhar as mulheres com AF para a desistência dos projetos de maternidade, seja pela via da não gravidez, seja pela opção por uma laqueadura. O aborto não está incluído no aconselhamento, ao contrário, a mulher com AF é criticada quando revela esta escolha.

Categoria 2 - Complicações vivenciadas na gravidez fazem as mulheres com AF a declinarem da maternidade e optarem pelo aborto

As mulheres com AF ao serem surpreendidas com a gravidez não planejada recorrem aos meios para interromper o curso da gestação, utilizando os recursos disponíveis a exemplo ingestão de chás de folhas, prática essa aprendida com outras mulheres em sua cultura de cuidados, ou através de fármacos adquiridos na maioria das vezes por seus companheiros ou outras mulheres, com as quais mantém vínculo.

Não. Não queria e eu não planejei nada (...) não foi planejada, porque cheguei até a tomar remédio para perder ela. (M2)

Eu não estava preparada, não queria no momento e não foi uma coisa assim eu vou ter relação para engravidar não, aconteceu (...) aí falei eu não quero filho agora, não quero. Eu falei não, vou tomar alguma coisa (...) A criança não tem nada a ver, poderia estar hoje aqui, sinto culpa (...) (M3).

Além desses conflitos, os dados revelaram que a dependência econômica e de cuidados que coloca a mulher em relação à sua família promove também um temor de revelar a gravidez e vivenciar conflitos familiares, levando a mulher a buscar auxílio de pessoas de fora do seu núcleo familiar.

(...) quando eu engravidei minha família não sabia, eu escondi da minha família, eu fiquei com muito medo, muito medo, de quando eles descobrissem, o que eles iriam fazer comigo (...) eu usei muitos chás, muitas coisas. E eu perdi mesmo com Citotec (M1).

(...) eu fiz uma burrice que fui no conselho de amiga infelizmente tomei remédio e abortei (...) é aquele Citotec (...) o meu parceiro que conseguiu não sei como (M4).

Aí eu disse que não ia ter esse filho não, Deus que me perdoe, eu sei que é pecado, mas eu não quero, eu já sofri muito (...) Eu falei, Deus me perdoe, sei que é pecado, mas eu faço qualquer coisa para não ter esse outro filho (...) Aí eu peguei e disse: Ai, meu Deus, me perdoe, sei que é pecado, mas me ajude que eu perca essa criança, nem que eu perca

normalmente, mas que eu perca (...) Tomei Citotec. Tomei uma banda e tentei colocar uma, mas não funcionou. Eu fui lá comprei outro remédio botei, limpei, caiu, lavei, deixei até de noite (...) o homem cobra 60 reais cada comprimido e eu comprei de 30 cada um (M9).

Ao decidir pela interrupção, a mulher com AF acessa os recursos e reproduz o ritual de cuidado para alcançar o êxito da sua decisão. Contudo esta escolha é marcada por conflitos, sentimentos de culpa e arrependimentos. Os sentimentos evidenciados mostram-se fundamentados nas convicções religiosas das mulheres adoecidas, que evocam a entidade maior na qual acreditam para pedir alento às dores e às culpas que derivam de sua escolha.

Categoria 3 - o aborto espontâneo como complicação da doença frustra o projeto de ser mãe.

Por ser a AF uma doença que acarreta complicações no processo reprodutivo, as mulheres acometidas pela patologia são tomadas por sentimentos ambivalentes, ora desejam a maternidade, ora preferem evitar, por conta da previsão de ocorrência de complicações na gestação, parto e puerpério.

As mulheres que vivenciaram o aborto espontâneo referiram-se à frustração do projeto de maternidade. Para essas mulheres, a AF é considerada um entrave na sua saúde reprodutiva, pois, por conta das complicações da doença, o processo reprodutivo torna-se limitado, e isso provoca desequilíbrio do seu bem estar físico e emocional.

O segundo também foi rapidinho eu engravidei e eu queria muito, queria ser muito mãe, ai também fui até só três mês, ai abortou de novo, muito sofrimento (...) Tinha (desejo de ser mãe). Só que hoje eu não tenho mais não (...) porque eu sofri, com a 'perda' por sete meses, eu já amava ela. Foi uma menina, eu já amava muito (...) Ah muita tristeza, muito triste. Então hoje eu perdi o amor de ser mãe, eu não quero ser mãe mesmo. Eu não luto por isso mais. De jeito nenhum (M5).

Fiquei triste porque sabe todo sonho de uma mulher é ter um filho, quando você tem um marido você quer dar um filho a ele, fiquei 7 anos tentando, tentando mas não consegui (M3).

É ruim, né? Por que você quer ter, uma coisa assim, que é seu mesmo. Ai, quando você ver um bebezinho assim, na mão dos outros. Eu passei a ficar assim, querendo o filho dos outros (...) não podia ver ninguém assim, é, como é que diz, assim, no ônibus ou no trem, uma senhora com um bocado de filho que já queria tomar para me dar. Eu fiquei quase maluca, querendo, porque querendo (...) depois que eu me conformei, está me entendendo? (M7).

Mesmo aquelas mulheres que assumiram os riscos para realizar seu desejo de se tornar mãe, e já possuem filhos, ao vivenciarem as complicações na gestação, parto ou puerpério constataam pela experiência que a maternidade intensifica as crises dolorosas, sofrimento e tristeza por contribuir com o aumento do padecimento no adoecimento por AF.

Discussão

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, no que tange aos dados sociodemográficos, a exemplo da idade, observou-se que a faixa etária das mulheres que sofreram aborto foi entre 30 e 45 anos. Segundo Diniz e Medeiros (2010), ao final da vida reprodutiva, mais de uma em cada cinco mulheres, já sofreu aborto, apesar de ser um desfecho ocorrido predominantemente no centro do período reprodutivo das mulheres, entre 18 a 29 anos.

Quanto ao estado civil, renda familiar e ocupação, os resultados deste estudo corroboram com os achados da pesquisa realizada por Ribeiro e col. (2015), no Piauí, com mulheres em processo de abortamento, onde, haja vista que, das 22 participantes, constatou-se predomínio de estado civil estável, renda familiar menor que um salário mínimo e dona de casa como ocupação mais prevalente.

No que diz respeito à raça/cor, estudos como o de Cecatti et al. (2010) e Anjos et al. (2013) corroboram com os resultados desta pesquisa quando afirmam que a maioria das mulheres com histórico de aborto é de raça/cor não branca (preta e parda). Para Santos et al. (2013), as causas de aborto provocado diferem quanto à raça, o que reflete na multiplicidade de significados que podem ser atribuídos a cada gestação e ao próprio aborto, pois associam-se a fatores de diferentes ordens.

Em consonância com o presente estudo, Brito e col. (2013), a partir de pesquisa feita em Pernambuco, verificaram que a maioria das mulheres com vivência do aborto apresentou escolaridade representada por oito anos ou mais de estudo. O

mesmo foi observado por Ramos, Ferreira e Souza (2010), numa pesquisa cujos resultados mostraram que 72,0% das mulheres tinham oito anos ou mais de estudo.

O estudo mostrou que a religião católica e protestante foram as mais presentes semelhante aos achados de pesquisa realizada com mulheres da periferia da cidade de São Paulo, onde 50,0% declararam-se católicas e 40,9% protestantes (BORSARI et al., 2013).

A ideologia da maternidade, ou seja, o sentido que se constrói socialmente de que todas as mulheres nasceram para serem mães reforça a biologia como único destino da mulher. Embora fortemente combatido pelo movimento feminista, identifica-se ainda nos dias atuais o quanto esta ideologia marca fortemente a sociedade e a vida das mulheres. A pressão social ainda é muito forte sobre as mulheres, mesmo que estas sejam acometidas por patologias que na presença da gravidez represente um risco de morte para as mulheres e seus conceitos.

Tal ideologia foi observada no discurso das mulheres com AF que associam a falta de filhos a sentimento de tristeza, sofrimento e incapacidade.

Quanto às experiências do aborto, dentre os achados estão o medo e a insegurança influenciados pelo discurso preconceituoso de profissionais, caracterizado pelo fornecimento de informações incompletas ou equivocadas acerca da doença. Diante disso, Xavier e col. (2013) afirmam que o período gestacional é considerado pelas mulheres com AF como potencialmente grave, capaz de torná-las mais fragilizadas e inseguras.

Além de serem afligidas por vivenciar uma gravidez concomitante à AF, a pesquisa por hora realizada aponta que a experiência de deparar-se com profissionais despreparados expõe essas mulheres a sentimentos antagônicos, a condutas muitas vezes equivocadas sobre o que fazer, a mais sofrimento e insegurança. Vale salientar que os serviços e profissionais de saúde ainda são pouco preparados para assistirem mulheres com AF, sobretudo durante a gestação, haja vista que as suas atuações têm levado essas mulheres a temerem por suas vidas e pelas vidas dos seus, representando intensificando nas pacientes ainda mais sentimentos como insegurança e medo de morrer ou da morte dos bebês (CORDEIRO, 2013; XAVIER, et al., 2013).

Vale mencionar que o desconhecimento sobre a AF foi observado em outros estudos a exemplo de Silva, Bellato e Araújo (2013) e Gomes et al. (2014), sendo que para Carvalho et al. (2014), essa deficiência no conhecimento sobre a

patologia, por parte dos profissionais, reflete de forma negativa no cuidado e na atenção adequada às pessoas com AF, assim como no repasse da informação aos seus familiares e cuidadores.

Outrossim, observou-se nesta pesquisa que mulheres com AF têm receio da gravidez por conta do risco reprodutivo. Esta se trata de uma expressão utilizada na literatura biomédica, para se referir a pessoas ou casais com chances de ter filhos com doenças genéticas, em virtude do genótipo que possuem (CORRÊA; GUILAM, 2006).

O medo de gerar um filho com AF está relacionado ao julgamento que essas mulheres fazem da doença, o qual, muitas vezes, representa para elas sofrimento, discriminação e estigma. O mesmo foi observado em um estudo realizado em um hospital universitário do Mato Grosso do Sul, onde foi verificado que a gravidez em mulheres com AF associa-se ao estigma, uma vez que fere um padrão imposto pela sociedade em que uma mulher com o corpo não saudável espera pela maternidade sadia (SANTOS et al., 2011).

Percebeu-se ainda neste estudo que as mulheres com AF vivenciam o medo das complicações e o medo de morrer. Dessa maneira, estudiosos definem o processo de morrer como o intervalo em que uma doença deixa de ter condições de cura até aquele em que a pessoa não reage mais a qualquer medida terapêutica, progredindo assim para a morte (BARBOSA; MASSARONI; LIMA, 2016). Nesse contexto, Xavier (2011) afirma que, durante a gestação, parto e puerpério, as mulheres com AF necessitam de um atendimento diferenciado, pois ao mesmo tempo que vivem a alegria e plenitude proporcionadas pela gestação, vivenciam os sentimentos e o risco e medo da morte.

Uma pesquisa realizada com francesas e africanas, acometidas por AF, verificou que, para elas, estar grávida é estar mais doente e mais dependente, o que torna a gestação um período marcado pelo aparecimento de crises dolorosas que favorecem o medo e ansiedade ainda maiores que fora desse momento. As entrevistadas relataram ainda medo intenso e duradouro de vivenciar uma crise no momento do parto, evidenciando a angústia e medo da morte (COX; BEAUQUIER-MACCOTTA, 2014).

Outro fator verificado neste estudo foi o aborto provocado como reflexo de uma gravidez indesejada. Pesquisadores da saúde mental classificam a gravidez indesejada como um dos eventos estressores mais frequentes no período gestacional, sendo responsável inclusive pelo surgimento de sintomas psiquiátricos (ESPER; FURTADO, 2010).

Estudos mostram que a cada ano pelo menos 80 milhões de mulheres, em todo o mundo, experimentam a situação de ter uma gravidez não planejada. Tal fato tem influência direta na prática do aborto, sendo este uma consequência da gravidez indesejada, mas não um fator determinante (PRIETSCH et al., 2011).

Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada em 2010, 15% das mulheres entre 18 e 39 anos já realizou aborto alguma vez na vida, e 48% delas usaram medicamento para abortar. Diante desse contexto, medicamentos abortivos como o misoprostol mudaram o cenário do aborto no Brasil, pois extrapolou-se o campo biomédico, incorporando ao universo das mulheres saberes e práticas abortivas (DINIZ; MADEIRO, 2012).

Não é possível ignorar que por tratar-se de uma prática ilegal, o aborto é um desafio para a saúde pública, pois inclui o comércio não autorizado de medicamentos como o misoprostol. Pesquisa feita por Diniz e Madeiro (2012) revela que o vendedor é alguém da comunidade, que comercializa o misoprostol da própria farmácia ou nas proximidades. Sendo um comércio informal, as mulheres não têm garantia da qualidade do medicamento, desconhecendo-se sua procedência, as doses, ou até mesmo a presença do princípio ativo, aumentando os riscos de seu consumo indevido e indiscriminado.

Devido ao cenário da comercialização ilegal e uso indiscriminado do misoprostol, Borges et al. (2014) ressaltam a atuação da assistência social e fiscalização da compra e venda ilegal de medicamentos de uso comercial proibido, como fatos essenciais para a efetividade do trabalho em rede, considerando o aborto inseguro uma questão de saúde pública.

Outro aspecto que se faz relevante apresentar é que pelo caminho oposto ao da gravidez indesejada, vai o desejo de ser mãe frustrado pelas complicações da doença, a exemplo do aborto espontâneo. Para Santos e col. (2011), o desejo de ser mãe é uma marca forte na identidade pessoal e social da mulher, seja a partir do suposto instinto materno, seja por uma construção central ao longo da evolução humana.

Em culturas de regiões como a África, por exemplo, a maternidade é vista como o momento mais importante da vida de uma mulher. Por esse motivo, a preocupação dos pais de uma menina com AF torna-se focada na sua capacidade de procriação, pois em várias culturas africanas procriar é símbolo de riqueza e poder (FULLWILLEY, 2011).

No estudo realizado por Cox e Beauquier-Maccotta (2014) o seguinte questionamento foi levantado: será que o nascimento de um (a) filho (a), a

concepção viria para dar um sentido à vida das mulheres com AF sem que a doença os atinja? Para elas, o feto parece carregar a esperança de um futuro compensatório para as feridas de sua história, representando um re-narcisismo.

No estudo de Santos e col. (2011), as mulheres com AF relatam que o processo gestacional é complexo e diversificado pelos incômodos do tratamento e pelas limitações na vida social que a doença acaba proporcionando. Apesar disso, a maternidade costuma ser motivo de satisfação e realização para a mulher. Sendo assim, ainda que o período seja dotado de dificuldades e restrições, as mulheres com AF demonstram-se motivadas em busca da superação de obstáculos encontrados ao gestar um filho (BUCHABQUI; ABECHÉ; BRIETZKE, 2010; NAZARIO; TURATO, 2007).

Tal fato pode ser justificado no estudo de Nazario e Turato (2007), os quais afirmam que ser mãe para mulheres com doença crônica parece significar que pode ser a melhor oportunidade para exercer um papel psicológico e social altamente valorizado, a fim de consolidar a sua própria identidade feminina com a maternidade. Além disso, Santos e col. (2011) complementam que o nascimento de um (a) filho (a), por vezes, simboliza para as mulheres que elas são saudáveis e normais. A gravidez e a possibilidade de gestar e parir pode significar a superação de um limite fisiológico, social e psicológico imposto pela doença.

Considerações Finais

Este estudo possibilitou compreender as experiências do aborto em mulheres com AF, evidenciando que, dentre as principais vivências dessas mulheres estão o medo, a insegurança, o aborto provocado. Sentimentos, muitas vezes associados a uma gravidez indesejada, além do desejo de ser mãe frustrado pela AF, que tem como uma das complicações da gestação, o aborto espontâneo.

Como protagonistas da gestação, a mulher com AF convive com o medo e a insegurança potencializados muitas vezes, por outros fatores sociais. Alguns profissionais de saúde que acompanham a mulher não só no período gravídico, mas em todas as situações que a levam ao serviço de saúde, criam laços de confiança e segurança para a sua saúde física e psíquica relatados pelas mulheres.

No entanto, ao avaliar condutas de profissionais acerca das questões reprodutivas no contexto da AF, a partir dos relatos das participantes deste e de outros estudos, conclui-se que ainda há grande deficiência na capacitação de profissionais sobre a doença em geral, suas complicações e manejo. Reconhece-se que o aumento de profissionais capacitados implica em qualidade de assistência,

qualidade na comunicação profissional-usuário, e qualidade das informações transmitidas para a família. Essas são questões que favorecem a evolução do tratamento adequado às mulheres com anemia falciforme, sobretudo em processo gravídico e tende a diminuir os episódios de aborto espontâneo ou provocado.

Nesse cenário, chama atenção à prática ilegal do aborto, por meio de medicamentos de venda proibida, uma vez que se trata de um problema de saúde pública, tendo em vista que o uso desses medicamentos traz riscos não só à saúde, mas também à exposição das mulheres a questões judiciais. Assim, urge a necessidade de investir em práticas de planejamento reprodutivo na rede de atenção básica, conhecendo as particularidades da saúde reprodutiva de mulheres com AF, adotando a educação em saúde reprodutiva para a redução de gestações não planejadas e, conseqüentemente, de abortos provocados.

Apesar das complicações geradas pela doença, o presente estudo revelou que o desejo de ser mãe foi identificado nas mulheres investigadas e a frustração desse desejo acompanha transtornos à saúde física e mental delas. Além disso, estas relatam sentimentos de incapacidade e isolamento por não conseguirem gerar um filho.

Percebeu-se ainda que complicações como crises algícas são capazes de frustrar o desejo, uma vez que a presença da dor, alimenta os medos e receios que permeiam o período gestacional da mulher com AF. As complicações da doença fazem as mulheres pensarem na gravidez como um período de piora de seu quadro clínico, o que as fazem acreditar na incapacidade de gerar um filho, sem vivenciar o desgaste físico provocado pelas dores e demais complicações.

Apesar da gravidez dessas mulheres serem consideradas de alto risco, não é contraindicada, apenas necessita de uma assistência especializada e de qualidade. Para isso, é necessário que o serviço de referência às gestantes com AF disponha de uma equipe multidisciplinar com profissionais capacitados, detentores de conhecimento técnico-científico, atuantes nas práticas de acolhimento e humanização, aptos para atender as demandas dessas gestantes, bem como prestar orientações detalhadas sobre a fase gestacional concomitante à doença.

Diante disso, a capacitação de profissionais de saúde é uma condição primordial na melhoria da assistência prestada a essas mulheres, pois dessa maneira, diminui-se os equívocos nas condutas adotadas por esses profissionais, bem como a discriminação e preconceito ainda encontrados no cuidado a mulheres em processo de abortamento.

Referências

- ANJOS, K. F.; SANTOS, A. C.; SOUZA, R.; EUGÊNIO, B. G. **Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, jul/set 2013.
- BARBOSA, A. G. C.; MASSARONI, L.; LIMA, E. F. A. **Significados do processo do morrer e da morte para a equipe multiprofissional**. J. res.: fundam. care.online v.8, n.2, p.4510-4517. 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/4849/pdf_1908, acesso em: 31 de jul. 2016.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BORGES, D. T.; CRUZ, B. G. H. S.; CHAVES, J.; BASSANI, D. C. H.; DERLAN, C. B. **Atuação do trabalho em redes: estudo de caso com uma puérpera**. AnCongr Sul-BrasMedFam Comunidade. Gramado, v.4, p.210, 2014.
- BORSARI, C. M. G.; NOMURA, R. M. Y. N.; BENUTE, G. R. G.; LUCIA, M. C. S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. **Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos**. RevBrasGinecolObstet, v.35, n.1, p.27-32, 2013.
- BUCHABQUI, J. A.; ABEICHE, A. M.; BRIETZKE, E. **Assistência pré-natal**. In: Freitas, F., Magalhães, J. A., MartinsCosta, S. H. & Ramos, J. G. L. Rotinas em Obstetrícia. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BRITO, R. C.; FERREIRA, A. L. C. G.; FERREIRA, E. C. G.; BÚ, S. M. A.; SOUZA, A. I. **Perfil sociodemográfico e reprodutivo de mulheres com complicações por abortamento em hospital no Recife**. Esc. Anna Nery. v.17, n.3, Rio de Janeiro. 2013.
- CARVALHO, S. C.; CARVALHO, L. C.; FERNANDES, J. G.; SANTOS, M. J. S. **Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.2, p.711-718, 2014.
- CARVALHO, E. M. M. S.; ESPIRITO SANTO, F. H.; ANJOS, C. **Doença falciforme nas pesquisas em enfermagem: uma revisão integrativa**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29, n. 1, p. 86-93. 2015.
- CECATTI, J. G.; GUERRA, G. V. Q. L.; SOUSA, M. H.; MENEZES, G. M. S. **Aborto no Brasil: um enfoque demográfico**. RevBrasGinecolObstet, 32(3):105-111. 2010.
- CORDEIRO, Rosa Cândida. **Experiência do adoecimento de mulheres e homens com doença falciforme**. 239 f. Dissertação (Doutorado em gênero, cuidado e

administração em saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CORRÊA, M.; GUILAM, M. **O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal.** Caderno de Saude Pública, v.22, n.10, p.2141-2149. 2006.

COSTA, Vanessa Maria Ferlon da. **Gravidez na paciente com doença falciforme: resultados maternos e perinatais.** 92p. Dissertação (Mestrado em Ginecologia e Obstetrícia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012.

COX, F. E. M.; BEAUQUIER-MACCOTTA, B. **Representações maternas durante uma gravidez patológica: o caso da anemia falciforme.** Estilos clin. v.19, n.2, 2014.

DINIZ, D.; MADEIRO, A. **Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres.** Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n.7, p.1795-1804, 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna.** Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.1, p.959-966, 2010.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. **Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes.** Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. v. 6 n.Especial, p.368-386, 2010.

FULLWILLEY, Duana. **The enculturated gene: sickle cell health politics and biological difference in West Africa.** Princeton: Princenton University Press, 2011.

GOMES, L. M. X.; PEREIRA, I. A.; TORRES, H. C.; CALDEIRA, A. P.; VIANA, M. B. **Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária.** Acta Paul Enferm. v.27, n.4, p.348-55. 2014.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. **Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, p.193-204, 2009.

MONKEN, Frederico. Vilanova. et al. **Situações de urgência na gestante com doença falciforme.** Rev Med Minas Gerais. v.20, n. 2, p. 73-77, 2010.

NAZARIO, R. C. P.; TURATO, E. R. **Fantasia sobre gravidez relatadas por mulheres adultas férteis em hemodiálise, sudeste do Brasil: um estudo clínico qualitativo.** Revista Latinoamericana de Enfermagem. v.15, n.1, p.55-61. 2007.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto et al. **Depressão, aspectos emocionais e**

sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. Rev Assoc Med Bras. v.57, n.6, p.644-50. 2011.

PRIETSCH, S. O. M. et al. **Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados.** Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, out. 2011.

RAMOS, K. S.; FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. **Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil.** Rev Esc Enferm USP, v.44, n.3, p.605-10, 2010.

RIBEIRO, José Francisco et al. **Perfil das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento em um hospital público.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde. v.06, n.02, p.1354-66. 2015.

SANTOS, Vanessa Cruz et al. **Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública.** Rev. bioét. v.21, n.3, p.494-508, 2013.

SANTOS, Shirley Nunes dos, et al. **Vivências sobre gravidez relatadas por mulheres com anemia falciforme em Hospital universitário: um estudo qualitativo.** Revista Psicologia e Saúde, Mato Grosso do Sul. v. 3, n. 2, p. 23-9, 2011.

SIMONETTI, C.; SOUZA, L.; ARAÚJO, M. J. O. **Dossiê a realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana.** 2008.

SILVA, A. H.; BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. **Cotidiano da família que experiência a condição crônica por anemia falciforme.** Rev. Eletr. Enf. v.15, n.2, p.437-46. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17687>, acesso em: 31 de jul. 2016.

XAVIER, Aline Silva Gomes Xavier. **Experiências reprodutivas de mulheres com anemia falciforme.** 2011. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

XAVIER, Aline Silva Gomes et al. **Percepção de mulheres com anemia falciforme sobre a gestação: estudo exploratório.** Online Brazilian Journal of Nursing. v.12, n.4, 2013.

ZANETTE; A. M. **Gravidez e contracepção na doença falciforme.** Rev. Bras. Hematologia e Hemoterapia, v. 29, n. 3, p. 309-312, 2007.

Projeto Estudo e Pesquisa em Doenças Hematológicas e Capacitação Profissional no Centro de Referência Odontológico em Doença Falciforme – CROFAL/UFRJ/MS.

*Márcia Pereira Alves dos Santos;
Ana Maria B Bandeira;
Cecilia Izidoro Pinto; Marlene Cezini;
Mirella Giongo;
Paulo Ivo C. de Araújo.*

Introdução

Este trabalho refere-se a uma experiência inovadora à medida que se propõe a produzir conhecimento científico e informação em saúde para subsidiar o planejamento estratégico, a tomada de decisão e a atenção qualificada para pessoas com Doença Falciforme (DF), a partir do parâmetro saúde bucal (SB). Desta forma, caracteriza-se como um instrumento de diagnóstico situacional (DS) importante para instrumentalizar as ações inerentes à linha de cuidado em SB nas redes de atenção dos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São João de Meriti, estes partícipes do projeto por possuírem altas incidências da DF no Estado do Rio de Janeiro, rede ambulatorial local para atendimento às pessoas com DF e participarem da mesma divisão territorial das mesorregiões geográficas no Estado do Rio de Janeiro. Conta com a participação de gestores, profissionais, docentes e discentes tanto da rede SUS quanto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), conferindo-lhe característica interinstitucional, o que favorece a auto sustentabilidade e a possibilidade real de formação de multiplicadores.

O projeto é fruto de 04 oficinas realizadas pelo coordenador regional do Grupo de Trabalho em Doença Falciforme (DF) do Ministério da Saúde (MS) no Rio de Janeiro, quem conduziu rodadas de discussão, no primeiro semestre de 2012, envolvendo representantes de Instituições de Ensino Superior da região sudeste, com o objetivo de fomentar a produção científica na temática DF. A nossa participação se deu em função da parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio da Faculdade de Odontologia e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, cuja ação conjunta visava implantar o projeto de criação do centro de referência odontológico em Doença

Falciforme – CROFAL UFRJ/MS na UFRJ. Logo, a intenção era oportunizar um novo projeto. Os encontros aconteceram no HESFA e culminou na elaboração, submissão e aprovação deste projeto, ora relatado como experiência inovadora. Vale enfatizar que a iniciativa está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BATISTA et al., 2013) e da Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com DF e outras hemoglobinopatias (Diretriz VII da PORTARIA No 1.391/GM DE 16 DE AGOSTO DE 2005).

A relevância deste projeto está em contribuir para a melhoria da qualidade de vida e longevidade das pessoas com DF e se aplica dada a importância da saúde bucal para a saúde das pessoas com DF (LAWRANCE et al., 2013). Da mesma forma, sensibiliza e dá visibilidade no tocante à saúde bucal na DF, considerando alguns fatores determinantes e indissociáveis à condição saúde (BARAKAT et al., 2008). O cerne desta proposta está em traçar o perfil de saúde bucal de crianças, adolescentes e adultos com DF, residentes nos municípios elencados anteriormente, relacionando-os às especificidades da DF, contemplando questões relativas à gênero, raça/cor, religião, renda, escolaridade, moradia, localização, condições sanitárias do território, histórico progresso e atual de saúde, uso de medicamentos, presença de complicações da DF, número de internações, acesso aos serviços de saúde, dor referida, qualidade de vida da pessoa e da família dentre outros. Para avaliar a condição bucal, serão adotados os parâmetros da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizado em 2010 (BRASIL, 2001) incluindo os registros para as principais manifestações bucais na DF (SANTOS et al., 2016).

A experiência inovadora até então, proporcionada pelo projeto, será apresentada tendo como referencial, o delineamento das ações para realizar o diagnóstico situacional (DS) da SB das pessoas com DF e seus fatores associados. Como devolutiva, o projeto entregará o banco de dados para os atores envolvidos, promoverá capacitações da equipe de saúde e a articulação entre os serviços de saúde, e finalmente, produzirá conteúdos referente à temática. Esta iniciativa promove o exercício da intersetorialidade, empodera em potencial, cada representatividade para a tomada de decisão, inclui a saúde bucal como norteadora do diagnóstico situacional de um problema de saúde pública com repercussões no sistema estomatognático, o que contempla um dos requisitos emanados ao papel do cirurgião-dentista no SUS (AERTS et al., 2004), contribui para consolidação das Políticas Nacional de Atenção à saúde das pessoas com DF e Nacional de Saúde Integral da População Negra e tenta responder a uma demanda do controle social. Sob outro aspecto, pode ser caracterizado como um marco de resistência às práticas racistas vigentes que propõem a redução do financiamento para temas relacionados à saúde da população negra, pois evidencia a necessidade da garantia recursos que

viabilizem implantar propostas, não só para melhorar a atenção qualificada e contribuir de forma significativa na qualidade de vida das pessoas com DF, mas também produzir conhecimento científico aplicável à realidade de saúde nacional. Ambas circunstâncias respaldadas na prerrogativa do Direito à Saúde, este assegurado e garantido à luz da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1990) para a população que majoritariamente constitui a nação brasileira.

Os referenciais teóricos que sustentam esta experiência inovadora, suas estratégias de ação (metodologia) e os resultados parciais obtidos serão descritos em sequência.

Referencial Teórico

A DF se caracteriza por um grupo de anemias hemolíticas hereditárias decorrentes da presença da hemoglobina anormal Hb S com características físico-químicas indutoras à formação de trombos, e por conseguinte, à vasoclusão, após sofrer a desoxigenação em condições recorrentes de baixa temperatura, hipóxia, estresse, desidratação, infecções, dentre outras (DARBARI et al., 2012; BRASIL, 2015). Há uma alteração estrutural pontual no sexto códon da cadeia da betaglobina, no qual há substituição do ácido glutâmico por valina (BRASIL, 2015). Indivíduos homocigotos para o alelo da HbS tem Anemia Falciforme (SS) geralmente apresentam a saúde mais comprometida, enquanto que os heterocigotos podem apresentar as Hemoglobinopatias SC, SD ou a Sβ-talassemia. Pessoas com o Traço Falciforme (TF) possuem entre 20% a 40% de Hb S, sendo o restante correspondente à fração de hemoglobina normal (Hb A) e por isso, não tem a DF, porém, são potencialmente capazes de transmitir o gene Hb S para seus filhos (BRASIL, 2015).

A DF é um problema de saúde pública, com alta incidência e elevados níveis de morbidade, co-morbidade e letalidade. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a incidência de DF está em torno de 1:1.000 para nascidos vivos e de 1:35 para o TF (BRASIL, 2015). O Rio de Janeiro é o segundo Estado da federação com maior ocorrência da patologia com as incidências de 1:1.300 e de 1:20, respectivamente, para DF e TF, ficando atrás apenas do Estado da Bahia. O diagnóstico da DF pode ser feito precocemente no pré-natal, na triagem neonatal, ou ainda, mais tardiamente, pela eletroforese de hemoglobina, a partir de análises laboratoriais de amostras de sangue. O primeiro relato de caso sobre anemia em forma de foice foi descrito por James Bryan Herrick em 1910 (ALVES et al., 2015), ou seja, há 106 anos. No Brasil, a DF acomete majoritariamente a população negra, em função dos movimentos migratórios forçados frutos da escravização de homens e mulheres no continente africano e da formação miscigenada da população brasileira (BRASIL, 2015).

Pessoas com DF apresentam anemia crônica e fenômenos vaso-oclusivos como as complicações mais freqüentes e determinantes do seu quadro clínico, caracterizado basicamente por crises, entremeadas por períodos relativamente assintomáticos, e complicações crônicas que podem acarretar disfunção orgânica grave e sequelas permanentes. Os sintomas começam aparecer ainda no primeiro ano de vida, com a diminuição da concentração de Hb Fetal nos eritrócitos. Na primeira década de vida, predominam complicações agudas como infecções, síndrome torácica aguda (STA), seqüestro esplênico e acidente vascular cerebral (AVC). Há também atraso no crescimento e desenvolvimento pondero-estatural e maturação sexual. No paciente adulto, grande parte das intercorrências clínicas decorre de lesões orgânicas crônicas, como insuficiência renal e cardíaca, doença pulmonar, efeitos tardios de lesões cerebrovasculares prévias, disfunção hepática e das vias biliares, seqüelas motoras resultantes do comprometimento do sistema músculo-esquelético, entre outros (REES et al., 2010). A crise dolorosa também é muito comum. Apresenta freqüência e intensidade altamente variáveis entre as pessoas, e pode ocorrer isoladamente ou acompanhando fatores predisponentes como infecção, desidratação, alteração brusca de temperatura, estresse físico ou emocional. Por essas razões, a abordagem e do cuidado para a pessoa com DF devem ser multiprofissional e multidisciplinar face a complexidade e a necessidade da longitudinalidade do cuidado para a atenção integral qualificada à saúde destas pessoas (ALVES et al., 2015).

A DF traz repercussões no sistema estomatognático (CORREA, 2016; COSTA et al. 2015; FERNANDES et al., 2015, DARBARI et al. 2012). Além disso, as manifestações da DF podem levar à dor facial de origem dental por necrose avascular (MENDES et al., 2016a), neuvrágica ou de origem óssea-articular, à maloclusão e a opacidades/hipoplasias (SANTOS et al., 2016). Pela condição crônica comum à DF e à determinadas doenças bucais, o aumento de mediadores inflamatórios (FERNANDES et al., 2015) pode potencialmente desencadear, ou ainda, agravar uma crise (BRASIL, 2014). Da mesma forma, a presença de doenças infecciosas dentárias aumentou o risco da ocorrência de crises álgicas com internações hospitalares mais duradouras (LAWRANCE et al., 2013). Por outro lado, o padrão de trabeculagem óssea de maxilares foi associado aos parâmetros clínicos de icterícia clínica e história de acidente vascular cerebral na DF (NEVES et al., 2012). Logo, fica claro que a saúde bucal não só deve ser contemplada na linha do cuidado das pessoas com DF, mas também, pode ser indicativa de estado de saúde geral destes indivíduos. Apesar de tais constatações, não existem inquéritos epidemiológicos nacionais sobre saúde bucal envolvendo a uma amostra representativa destas pessoas, o que pode ser interpretado como racismo institucional decorrente da invisibilidade social deste grupo populacional (WERNECK, 2014) ratificando a perpetuação das iniquida-

des raciais em saúde bucal no Brasil (GUIOTOKU et al., 2012). Este projeto vai de encontro a esta lógica, à medida que ao dar visibilidade à condição de saúde bucal das pessoas com DF, inquestionavelmente, trará consigo a reboque, a necessidade de estabelecer condutas, normas e rotinas para a assistência à saúde bucal das pessoas em função da demanda. Em outras palavras, isto é, fomentar o acesso aos serviços de saúde (BARATA, 2008).

Sendo assim, os objetivos desta iniciativa são traçar o perfil da condição de saúde bucal de crianças, adolescentes e adultos com DF residentes em alguns municípios no Estado do Rio de Janeiro, relacionando-o à condição de saúde de uma maneira em geral a fim de estabelecer o diagnóstico situacional (DS) com a finalidade de subsidiar, propor e auxiliar na implantação de diretrizes para qualificar a abordagem à saúde bucal das pessoas com Doença Falciforme, bem como capacitar profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam na atenção às pessoas com Doença Falciforme.

Método

O projeto está subdividido em duas estratégias:

1 – Estudo e Pesquisa em Doenças Hematológicas e 2 – Capacitação dos profissionais que atuam na atenção aos portadores de doenças hematológicas, tendo coordenações próprias para cada iniciativa.

Ações referentes à estratégia 1:

Ações com os parceiros - realizadas no Biênio 2014-2016

- Levantamento das unidades ambulatoriais descentralizadas para a DF no Estado do Rio de Janeiro
- Apresentação do projeto e da proposta de trabalho à gestora estadual da Área Técnica Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES RJ)
- Apresentação da proposta de trabalho à gestora estadual do HEMORIO - Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES RJ)
- Indicação dos cenários da pesquisa e seleção destes cenários

o A fonte de dados para identificação dos sujeitos teve como ponto de par-

tida, uma relação nominal obtida após reunião de trabalho com o gestor da esfera estadual e a autora principal do projeto;

- Critérios de seleção dos cenários
- - o Municípios com maior incidência da DF, proximidade geográfica e rede ambulatorial para assistência às pessoas com DF;
- Resultados desta etapa
 - o Selecionados cinco municípios, a saber: Belford Roxo, Duque de Caxias, São João de Meriti, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro.
- Visita aos municípios selecionados (Figura 1)
 - o Para apresentação do projeto
 - o Para pactuar com os atores locais, coordenadores de saúde bucal e demais interessados.



Figura 1: Reunião com parceiros. Presença de gestores locais e coordenadores municipais de saúde bucal dos municípios selecionados.

- Aceite e assinatura da carta de anuência pelo Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

- Tamanho da amostra
 - o Por conveniência, em cada município indicado serão avaliadas 100 pessoas com DF, ou seja, 25 pacientes/mês, totalizando 500 pessoas ao longo de 04 meses. Sendo assim, o universo amostral será aleatório. Os critérios de seleção estarão assegurados por uma escolha aleatória indicada por um programa de computador. Tamanhos amostrais para se estabelecer valores de referência de uma determinada variável numérica tem sido sugerido na literatura como algo em torno de 100 observações (LUIZ & MAGNANINI, 2015), portanto de acordo com o proposto nesta iniciativa.

Ações na UFRJ referentes as estratégias 1 e 2.

- Formação do grupo de trabalho (GT) integrado (Figura 3) por:
 - o 13 membros da UFRJ sendo 02 docentes, 03 profissionais técnico-administrativos, 08 discentes de graduação (03 de Odontologia, 02 de Medicina, 01 de Farmácia, 01 de Serviço Social e 01 de Fonoaudiologia), 01 aluno de mestrado profissional em Odontologia.
 - o 01 membro do MS atuante na UFRJ
- Planejamento para a elaboração do banco de dados.



Figura 2: Grupo de Trabalho na UFRJ sendo capacitado na temática Saúde da População Negra pela Psicóloga Luciene Lacerda



Figura 3: Formação do Grupo de Trabalho na UFRJ.

Coleta de dados

A coleta de dados se iniciará, após treinamento e calibração da equipe da pesquisa, em relação aos instrumentos utilizados e a avaliação do tempo para aplicação dos mesmos. A obtenção das concordâncias intra e interexaminadores exigida será igual ou superior a 0,7, será considerada satisfatória. Esta estratégia visa garantir a confiabilidade e reprodutibilidade das avaliações.

O instrumento de coleta tem campos adaptados aos ciclos de vida dos participantes da pesquisa. Inicialmente serão preenchidos os instrumentos de coleta de dados e na sequência será feito o exame clínico e a coleta salivar. Todos receberão instrução de higiene bucal e kits odontológicos para manutenção da saúde bucal.

Resultados parciais

- Capacitações técnicas para o GT;
- Realização do curso TELELAB por todos os integrantes do GT;
- Criação da plataforma Moodle para viabilizar a modalidade de educação à distância, compartilhando conteúdos;
- Delineamento dos instrumentos para a coleta de dados a fim de estabelecer o DS;
- Estudo piloto no HEMORIO (MENDES et al., 2016) sobre a qualidade de vida

e a condição de saúde bucal de crianças no HEMORIO. Os resultados mostraram que as crianças demandar por intervenção odontológica em diferentes níveis de complexidade e que a dor na DF impacta tanto na percepção das crianças quanto nos seus responsáveis, sendo mais expressiva para os primeiros (MENDES et al., 2016).

Conclusões

Definitivamente, este projeto traz para o meio acadêmico reflexões e demandas da realidade do campo e preenche uma lacuna no que tange ao diagnóstico situacional sobre saúde bucal na DF nos municípios elencados. Desta forma, colabora reduzir as iniquidades em saúde, o racismo institucional, sendo fundamental para viabilizar uma abordagem qualificada da atenção em saúde. Certamente, contribui para a melhoria da qualidade de vida com longevidade das pessoas com DF.

Cabe destacar que como o aprendizado, fica a construção coletiva envolvendo diferentes atores e esferas governamentais, estes estruturantes e interinstitucionais, configurando-se como um pilar de sustentação para a sua implantação, o seu desenvolvimento e a sua auto sustentabilidade. Como facilitador do projeto, a existência da transversalidade nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Saúde Bucal, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias, no tocante à tentativa da promoção da equidade à saúde em relação às populações vulneráveis como prioridade temática. O desafio está em garantir o acesso, a integralidade da atenção e a vigilância, estas que deveriam estar asseguradas pela linha de cuidado, na perspectiva da abordagem multiprofissional, (re)aproveitando os desenhos das redes de atenção locais/regionais. Como dificuldade está a morosidade para avançar nas ações de execução. Por isso, é imperativo garantir a autonomia e a autogestão qualificada no sentido de proporcionar eficiência, eficácia e efetividade.

Referências

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. **O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Out. 2016.
- ALVES, A.M.G.; DE QUEIROZ, M.C.A.; DE ARAÚJO, P.I.C. **Doença Falciforme - Conhecer para Cuidar**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Depar-

tamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. Projeto TELELAB/Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Diagnóstico e monitoramento. Nov 2015. Acessado em 12 out 2016.

BARAKAT, L. P. et al.; **Quality of life among adolescents with sickle cell disease: mediation of pain by internalizing symptoms and parenting stress.** Health and quality of Life Outcomes 2008, 6:60. doi:10.1186/1477-7525-6-60.

BARATA, R.B. **Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida** 2006. 2008, São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 19-29.

BARBOSA E.B.; VIDOTTO A.; POLACHINI, G.M.; HENRIQUE T, TROVÓ DE MARQUI, A.B.;TAJARA, E.H. **Proteômica: metodologias e aplicações no estudo de doenças humanas.** Rev. Assoc. Med. Bras. 2012; Vol.58, N.2 P:366-375. doi:dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000300019

BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R.. **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra.** Saúde debate, 2013. Rio de Janeiro, Vol. 37, N.99, P: 681-690. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042013000400016&lng=en&nrm=iso> Access on 30 Out. 2016.

BRANDOW A.M.; BROUSSEAU D.C.; PAJEWSKI, N.M.; PANEPINTO, J.A. **Vaso-occlusive painful events in sickle cell disease: impact on child well-being. Pediatr blood & cancer** 2010; Vol. 54, N.1, P:92-97. doi:10.1002/pbc.22222.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para organização, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055-9.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2000: Manual do Examinador** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. PORTARIA N°1.018, DE 1º DE JULHO DE 2005. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Integral as Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.**

_____. PORTARIA No 1.391/GM DE 16 DE AGOSTO DE 2005. **Institui no âmbito**

do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

----- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

----- Ministério da Saúde. Portaria MS n.992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 maio 2009. Seção 1.

----- Ministério da Saúde. **Balanco do processo de implementação da PNSIPN**. Relatório preliminar. 2011.

----- Ministério da Saúde. **SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

----- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: saúde bucal: prevenção e cuidado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

----- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 82 p. il.

COSTA, C.P.S. et al. **Is sickle cell anemia a risk factor for severe dental malocclusion?** Braz Oral Res. 2015; 29: 10.1590/1807-3107BOR-2015.vol29.0017. Published online. 2015 Jan 23. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2015. vol29. 0017

DARBARI, D.S. et al. **Markers of severe vaso-occlusive painful episode frequency in children and adolescents with sickle cell anemia.**The Journal of Pediatrics. 2012;160(2):286-290.

FERNANDES, M.L.M.F; KAWACHI, I.; CORRÊA-FARIA, P. PATTUSI, M.P.; PAIVA, S.M.; PORDEUS, I.A. **Caries prevalence and impact on oral health-related quality of life in children with sickle cell disease: cross-sectional study.** BMC Oral Health. 2015;

15:68. doi:10.1186/s12903-015-0052-4.

GUIOTOKU SK, MOYSÉS ST, MOYSÉS SJ, FRANÇA BHS, BISINELLI JC. **Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2012, Vol.31, N. 2, P:135-41.

GUZELDEMIR, E. et al. **Dental and periodontal health status of subjects with sickle cell disease**. Journal of Dental Sciences, 2011; Vol. 6, No1, p: 227-234.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio Contínua**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149>. Acesso em Out 2016.

KLATCHOIAN, D.A.; LEN, C.A.; TERRERI, M.T.; SILVA, C.M.; ITAMOTO, C.; CICONELLI, R.M. et al. **Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the pediatric quality of life inventoryTM version 4.0 generic core scales**. J Pediatr (Rio J) 2008; Vol.84, N. p:308-15.

LAURENCE B, HAYWOOD C, LANZKRON S. **Dental infections increase the likelihood of hospital admissions among adult patients with sickle cell disease**. Community dental health. 2013; Vol.30, N.3, p:168-172.

LUIZ, R.R.; MAGNANINI, M.M. **Tamanho da amostra em investigações epidemiológicas**. In Werneck, GL, Bloch, KV, Medronho, R, Luiz, RR. Epidemiologia, Capítulo 23, 2a edição, 2008, Editora Abreu.

LUNA, A.C.A et al.; **Caries prevalence and socioeconomic factors in children with sickle cell anemia**. Braz Oral Res. 2012; Vol. 26, N.1, p:43.

NAOUM, P.C.; NAOUM, F.A. **Doença das Células Falciformes**. Ed. Sarvier, São Paulo, 2004, 220 p.

QUEIROZ, V. S. et al. **O Índice de Prioridade Ortodôntico - IPTO nos diferentes tipos faciais**. Anais: Brazilian Oral Research, SBPQO, p002, v. 23, 2008.

RALSTROM, E. et al. **The Impact of Sickle Cell Disease on Oral Health-related Quality of Life**. Pediatr Dent. 2014; Vol:36, n.1, p:24-8.

REES, D.C., WILLIAMS T.N.,GLADWIN M.T. **Sickle-cell disease**. Lancet. 2010; Vol.376, N.9757, p:2018-31.

SAVOIA, M.G. **Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse.** In:Gorenstein C, Andrade

SANTOS, MPA; de CARVALHO, J.A.F, POMARICO, I, OLGA, P, FORSSARD, E., DE ARAUJO, PIC. **Condições de saúde bucal de crianças e adolescentes com a doença falciforme atendidos na clínica de odontopediatria de uma instituição de ensino superior no Rio de Janeiro.** 12º Congresso Internacional da Rede Unida, Março, 2016.

WERNECK, J. **'Internalização do racismo afeta a saúde'**. Radis: Saúde da População Negra. 2014, Vol. 142, nº 20, P;14-15. Julho.

WONG, D.T. **Salivary diagnostics powered by nanotechnologies, proteomics and genomics.** J Am Dent Assoc. 2006, Vol. 137, P:313-321. doi: dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0180

YAWN, BP et al. **Management of Sickle Cell Disease.** Summary of the 2014 Evidence-Based Report by Expert Panel Members. JAMA. 2014, Vol 312, N.10, P:1033-1048. doi:10.1001/jama.2014.10517

MENDES, V.L.D.C; SOUZA, C.G.; SILVA-BOGHOSSIAN, C.; RISSO, P.A.; SANTOS, M.P.A. **Necrose pulpar por vasoclusão em paciente com doença falciforme - relato de caso clínico com análise da microbiota endodôntica.** Outubro/2016. 54ª Jornada Fluminense de Odontologia da UFF.

MENDES, V.L.D.C.; RISSO, P.A.; SANTOS, M.P.A. **Qualidade de vida e condição de saúde bucal de crianças e adolescentes com doença falciforme no instituto estadual de hematologia arthur de siqueira cavalcanti - hemorio**". Apresentação oral. Setembro/ 2016. 47º Jornada de Hematologia e Hemoterapia do Hemorio.

NEVES, FS, et al. **Correlation between maxillofacial radiographic features and systemic severity as sickle cell disease severity predictor.** Clin Oral Investig. 2012. Clin Oral Investig. 2012 Jun;16(3):827-33. doi: 10.1007/s00784-011-0577-0. Epub 2011 Jun 7

Agradecimento ao Ministério da Saúde pelo financiamento **FNS/MS - SI-CONV797537/2013.**

A Abordagem da Influência Raça/Cor na Implantação do Fluxo de Informações para os Óbitos ocorridos em 2013 em Cambé-PR

*Gabriela Caroline Liborio Domingos;
Ana Maria Rigo Silva;
Rosália Bartmeier Gair;
Wladithe Organ de Carvalho.*

Introdução

Para compreender a importância de estudo deste tema, é primordial compreendermos a discriminação histórica da sociedade brasileira que a população negra vivência e também das vivências de condições de marginalidade em que esta população foi inserida desde a abolição da escravatura até os dias atuais.

Quando se busca pesquisas com recortes raciais é pouco comum encontrá-las na área da saúde, e então a importância de pesquisas na saúde com esse recorte, visto que muitas políticas de saúde pública advêm de pesquisas no âmbito.

O processo de adoecimento dos indivíduos vai muito além de caracteres biológicos (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014), quando se observa a sociedade brasileira e sua configuração, é possível notar que se trata de uma sociedade doente e uma dessas doenças é o racismo. Ao mencionar o racismo não se deve apenas lembrar-se dos casos midiáticos de ofensas ao outro, e também do racismo institucional que nos compõe, o mesmo é o responsável por uma falha coletiva, onde as instituições falham em prover serviços a uma determinada população pela cor da sua pele. Há quem trate o problema racial brasileiro como um problema exclusivamente social, mas é impossível notar que a própria pobreza tem cor (IPEA, 2011).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, doenças como Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes são mais prevalentes na população negra, isso é muitas vezes tratado como algo biológico somente. Um estudo feito nos Estados Unidos avaliando este tema mostra que além do caráter biológico, há também o caráter social deste número, pois o estresse causado pela vivência diária do racismo poderia levar ao desenvolvimento de HA (JOSUÉ, 2005).

O projeto tem o objetivo de subsidiar a implantação do serviço municipal de vigilância das DANT e induzir a consolidação de uma prática orientada pela

concepção de vigilância da saúde, capaz de articular as necessidades coletivas de saúde e as do sujeito do cuidado, e com este estudo levar em conta o quesito raça/cor, procurando discutir com as equipes de saúde da UBS, melhorando o acompanhamento dos casos de risco. Poucas são as pesquisas que analisam as doenças crônicas não transmissíveis com uma perspectiva de raça e cor, e essa questão remete a importância de realizar esse estudo (CARVALHO MALTA, 2015).

É importante salientar que o conceito raça não se refere a um conceito biológico e sim, social, e como um conceito social requer um entendimento histórico e epidemiológico (ARAÚJO, E.M. et al., 2011).

Objetivos

Este estudo teve como objetivo caracterizar os óbitos em decorrência de doenças cardiovasculares e/ou diabetes, segundo o quesito raça/cor, avaliando as diferenças entre a população negra e não negra.

Método

A implantação do laboratório de vigilância da saúde cardiovascular em Cambé constitui uma iniciativa da Universidade Estadual De Londrina em parceria com a Secretaria Municipal De Saúde do município. Após treinamento em investigação de óbitos, foi feita a identificação dos mesmos por doenças cardiovasculares e/ou diabetes de residentes e ocorridos em Cambé-PR. E a partir da análise dos dados encontrados, a população alvo da intervenção está sendo constituída pelos trabalhadores da secretaria de saúde do município de Cambé. As atividades propostas englobam a investigação dos óbitos por doenças cardiovasculares para identificação do acesso, utilização e acompanhamento pelos serviços de saúde; o estabelecimento de um fluxo de informações para captação das internações por doenças cardiovasculares ocorridas no município e a produção de boletins informativos abordando o perfil de risco cardiovascular e enfrentamento dos seus fatores de risco. Dentre esses aspectos, foi abordado a influência da raça/cor no processo de adoecimento e óbito dos indivíduos analisados. Ao final dos 36 meses do projeto a efetiva implantação do serviço municipal de vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis; o fortalecimento do uso dos sistemas de informação em saúde na identificação e acompanhamento de grupos populacionais mais vulneráveis e de indivíduos que constituem prioridade na atenção e ainda subsidiar a elaboração do plano de ações estratégicas para vigilância, promoção e cuidado integral das DANT em Cambé-Pr.

Os dados obtidos na pesquisa foram colhidos de três fontes:

- I. Análise da declaração de óbito dos indivíduos;
- II. Prontuário médico do serviço de saúde;
- III. Entrevista com familiares.

Assim, foi possível obter dados quanto a aspectos sociais, econômicos, de saúde e outros. Ao todo foram identificados 146 óbitos em decorrência dos aspectos pesquisados, os dados obtidos foram tabulados em planilha Excel e analisados pelo programa Epi Info versão 3.5.1. Na análise estatística foi utilizado o teste exato de Fisher, pelo número da amostra não ser tão grande poderia afetar a aproximação da distribuição Qui-Quadrado, por esse motivo os dados obtidos foram analisados por Fisher.

Como variável independente foi definido o quesito raça/cor, os participantes do estudo foram divididos entre negros e não negros. Dentre as variáveis dependentes foram elencados: ser hipertenso, diabético, acamado, saber ler, residência, uso do serviço de saúde, cobertura por ACS, visita domiciliar, local do óbito e afins.

A declaração de óbito contém informações como: identificação do indivíduo, local do óbito e condições e causas do mesmo.

Um dos instrumentos de coleta de dados foi um formulário, aplicado por meio de uma entrevista realizada no domicílio do familiar, onde foi assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Este instrumento constava de questões sobre os seguintes aspectos: variáveis de caracterização, variáveis de estado de saúde, tratamento medicamentoso, hábitos de vida, e capacidade funcional, utilização de serviços de saúde.

Já no prontuário médico foi possível obter frequência de consultas, uso de medicamentos, morbidades e outros.

Resultados

Foram analisados 146 indivíduos residentes em Cambé-PR e que os óbitos ocorreram no mesmo, dentre eles, 31 ocorreram em pessoas negras (pretas e pardas). Entre os óbitos em negros, foi obtido o prontuário de 27 deles e em 22 deles foi realizada a entrevista com familiar.

A maior parte dos óbitos ocorreram em idosos, considerados assim indivíduos com 60 anos ou mais.

Um dado significativo é o relativo à situação de residência, onde a diferença entre as duas populações foi expressiva, a população negra analisada apresentava um menor índice de residência própria (68,2%), quando comparados a população não negra (92,3%).

<i>Características Demográficas e Socioeconômicas</i>	<i>Cor</i>		<i>p</i>
	NEGRA	OUTRA	
Sexo			
<i>Fem</i>	51,6	49,6	1,0
<i>Masc</i>	48,4	50,4	
Idade			
<i>Até 59 anos</i>	19,4	17,7	1,0
<i>60 anos ou mais</i>	80,6	82,3	
Situação da Residência			
<i>Alugada ou Cedida</i>	31,8	7,7	0,006
<i>Própria</i>	68,2	92,3	
Número de Cômodos			
<i>Até cinco</i>	40,9	50,0	0,6013
<i>Seis ou mais</i>	59,1	50,0	
Sabe ler			
<i>Sim</i>	68,2	81,8	0,2654
<i>Não</i>	31,8	18,2	

Nota: ¹ Como causa básica ou associada; ² Município de residência e de ocorrência

Também foram analisadas as características quanto a utilização de serviços de saúde e também quanto a morbidades e fatores de risco, foi observado que a maior parte da população estudada utilizava o serviço da Unidade Básica de Saúde e havia realizado consulta médica nos últimos 24 meses.

O dado estatisticamente significativo foi o da residência em área coberta por agente comunitário de saúde (ACS), onde a população negra apresentou maior cobertura (95,7%), em relação a população não negra (72,2%).

<i>Características</i>	<i>Cor</i>		<i>RP</i>	<i>IC95%</i>
	NEGRA	OUTRA		
Uso de serviço de saúde				
UBS				
<i>Sim</i>	95,5	82,6	1,2	1,0 - 1,3
<i>Não</i>	4,5	17,4		
Consulta Médica (24 meses)				
<i>Sim</i>	96,3	89,0	1,1	1,0 - 1,2
<i>Não</i>	3,7	11,0		
Reside em área coberta por ACS				
<i>Sim</i>	95,7	72,2	1,3	1,1 - 1,6
<i>Não</i>	4,3	27,8		
Recebe visita do PSF				
<i>Sim</i>	72,7	68,2	1,1	0,8 - 1,4
<i>Não</i>	27,3	31,8		
Plano de saúde privado				
<i>Sim</i>	27,3	28,6	0,9	0,4 - 2,0
<i>Não</i>	72,7	70,3		
Local Ocorrência Óbito				
<i>Hospital</i>	87,1	60,2	1,4	1,1-1,7
<i>Outro</i>	12,9	39,8		
Morbidade e fatores de risco				
Hipertensão				
<i>Sim</i>	96,2	86,9	1,1	0,9-1,2
<i>Não</i>	3,8	13,1		
Diabetes				
<i>Sim</i>	42,3	39,3	1,1	0,6-1,8
<i>Não</i>	57,7	60,7		
Acamado				
<i>Sim</i>	22,7	28,6	0,8	0,3-1,8
Medicamento de uso contínuo				
<i>Sim</i>	86,4	92,3	0,9	0,8-1,1
<i>Não</i>	13,6	6,6		
Obesidade				
<i>Sim</i>	22,7	22,5	1,0	0,4-2,4
<i>Não</i>	77,3	77,5		
Uso de tabaco				
<i>Sim</i>	31,8	15,4	2,1	0,9-4,5
<i>Não</i>	68,2	84,6		
Uso de álcool				
<i>Sim</i>	31,8	15,4	2,1	0,9-4,5
<i>Não</i>	87,1	95,6		
Prática de atividade física no tempo livre				
<i>Sim</i>	23,5	20,6	1,1	0,4-3,1
<i>Não</i>	76,5	79,4		

Nota: ¹ Como causa básica ou associada; ² Município de residência e de ocorrência

Também se destaca o local de ocorrência do óbito, em que para a maior parte da população negra este local foi o hospital (87,1%), enquanto que entre a população não negra, este índice cai para 60,2%.

Conclusão

A desigualdade econômica da população negra já foi explanada em muitos estudos e neste estudo o fato de residência própria ser mais direcionada à população não negra reafirma o fato. Já que possuir a residência está relacionado a possuir uma condição financeira mais favorável, se tratando de saúde, se pode colocar a questão social como um importante determinante no processo de adoecimento, então quando se analisa o mesmo é necessário a análise da ótica social e racial, visto que estes dois conceitos se mostram como determinantes de saúde (OMS, 2002).

O óbito é algo muito significativo na vida das pessoas e de seus familiares, a maneira como ele vai acontecer é de extrema importância, pois significa tanto o processo de adoecimento em si, como o modelo de cuidado que o indivíduo obteve para que o desfecho de seu processo ocorresse da maneira mais tranquila possível. Estudos realizados mostram que idosos, que são a maioria no presente estudo, que estão ativos socialmente apresentam menos preocupação com a morte e faziam mais planos a curto prazo, enquanto idosos hospitalizados apresentavam preocupação com a morte, porém de maneira mais contida e velada, deixando aos doentes em estágio terminal hospitalizados uma maior preocupação com a morte (BARBOSA; MELCHIORI; NEME, 2011).

A partir dessa ótica é possível refletir sobre o significado da maior proporção da morte hospitalar entre a população negra, levando a pensar a possibilidade dessa população ter vivido maiores preocupações com a morte e visualizando assim, que desigualdades raciais podem ter influenciado até mesmo no desfecho do processo de adoecimento, nestes casos, o óbito.

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) foi resultado de intensa mobilização e quando ele é implantado possui três princípios: o da universalidade, integralidade e equidade. Este terceiro princípio significa que o cuidado deve ser proporcionado conforme a necessidade das pessoas, ou seja, alguém que possui maior necessidade deve ter maior prioridade. De acordo com os resultados, a população negra possui maior índice de cobertura por agente comunitário de saúde do que a população não negra, isso é claramente explicado por esse princípio do SUS (DE MATTOS, 2009).

A população negra, inserida em áreas de risco, recebe maior cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde, isso é possível graças à existência e princípios do SUS. Por isso, é importante ressaltar que a defesa da saúde da população negra também perpassa pela defesa do Sistema Único de Saúde.

Por fim, a saúde no Brasil é um direito, mas é afetada por determinantes e o melhor meio de agir em prol do alcance da mesma é pensar sobre o que afeta o processo de adoecimento. O racismo é um forte determinante de condições sociais e da doença e isso segue o indivíduo durante toda a sua vida e também em sua morte.

São necessários outros estudos com maior número de indivíduos estudados e também contornar a dificuldade do preenchimento correto por parte do profissional de saúde da cor no prontuário e na declaração de óbito, visto a grande resistência que existe ainda no preenchimento correto deste quesito.

Esta temática é essencial para que tornemos a prática em saúde realmente equânime e com a finalidade de orientar e conscientizar os profissionais de saúde que o racismo realmente está presente na vida dos indivíduos, para que os mesmos (a porta de entrada do sistema de saúde) possam atuar combativamente contra o racismo.

Referências

JOSUÉ, Laguardia. **Race, genetics, and hypertension: new genetics or old eugenics?**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 371-393, 2005.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Saúde debate, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.

IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª edição, 2011.

CARVALHO MALTA, Deborah et al. **Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor**. Revista Ciência & Saúde de Coletiva, v. 20, n. 3, 2015.

ARAÚJO, E.M. et al. **The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, p.383-94,out./dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health: new understanding, new hope**. The world health report 2001. Lisboa, 2002.

BARBOSA, Caroline Garpelli; MELCHIORI, Lígia Ebner; NEME, Carmen Maria Bueno. **O significado da morte para adolescentes, adultos e idosos**. Paidéia (Ribeirão Preto), p. 175-185, 2011.

DE MATTOS, Ruben Araujo. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. supl 1, p. 771-780, 2009.

Luta, resistência e transformação na medicina: um quilombo chamado NegreX

*Monique França da Silva;
Pedro Gomes Almeida de Souza.*

Introdução

O Coletivo NegreX é uma organização de estudantes e profissionais negras e negros da Medicina que se reúne para discutir raça e racismo e atuar política e profissionalmente na área da saúde e educação. É um coletivo que denominamos autorganizado por ser construído apenas por aqueles cuja pauta central do coletivo atinge diretamente: negros. Apesar de surgir dentro do espaço da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), o Coletivo NegreX não está vinculado a esse órgão.

Durante o Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina, em janeiro de 2015 na cidade de Belo Horizonte/MG, a atual Coordenadora Geral da DENEM à ocasião, Monique França, convoca os estudantes negros e as estudantes negras ali presentes para uma reunião. Dos cerca de 300 estudantes presentes no congresso, 12 negros presentes atenderam ao chamado. Esse pequeno percentual foi o que chamou a atenção e foi pauta da primeira reunião. Durante os quatro dias seguintes, os 12 estudantes continuaram se reunindo e conversando sobre seu passado, seu presente e perspectivas futuras. Em sua última reunião, o grupo funda o Coletivo NegreX com a intenção de ser uma organização nacional que formaria politicamente seus membros sobre a pauta racial no tocante às opressões que ocorrem dentro e fora da Universidade, sendo um espaço de discussão teórica e de organização da ação prática. Seu nome surge da união do termo “negre” que representa o termo “negro” sem especificação de gênero e adição da letra “X” em homenagem ao Malcolm X.

Quase dois anos após a fundação, o Coletivo NegreX conta com cerca de 300 membros distribuídos entre 17 estados e o Distrito Federal que se organizam em três níveis: Local, Estadual e Nacional. O nível local é a unidade mínima de organização do coletivo, sendo dentro de uma Escola Médica. Nesse nível organizacional, os membros do Coletivo possuem total autonomia para propor práticas e se organizar politicamente desde que não firam as decisões nacionais. O segundo nível é o Estadual, tendo como função a articulação e integração das organizações locais. O nível mais alto de organização é o Nacional, onde todos os membros do coletivo têm poder de proposição e deliberação. Esse nível possui como função a

articulação nacional das ações, de deliberação dos posicionamentos coletivos e de formação dos militantes.

Sua organização a nível nacional é operacionalizada através de um fórum de discussão e compartilhamento de informações no Facebook, três espaços de convivência e compartilhamento de vivências, sentimentos e questões através do Whatsapp, sendo um para os membros em geral, um para as mulheres do coletivo e outro para os membros LGBT e um espaço de conferências virtuais para operacionalização das reuniões através do Skype.

O Coletivo é autogestionado, ou seja, administrado pelos seus próprios membros em regime de democracia direta não havendo qualquer hierarquia à exceção da hierarquia entre os níveis organizacionais. Ainda há a divisão nacionalmente em Comissões para que certas funções sejam exercidas dentro do grupo. A Comissão de Autossustento tem por finalidade organizar e promover ações que gerem renda para o fundo financeiro. A Comissão de Comunicação se responsabiliza por gerar e compartilhar conteúdo na internet, bem como receber e responder as mensagens destinadas ao NegreX. A Comissão de Formação é responsável por preparar e executar todas as atividades de formação política e acadêmica dos membros.

Atualmente os principais eixos que norteiam as discussões e ações do coletivo são: Ações Afirmativas, Saúde da População Negra, Raça e Gênero, Raça e Orientação Sexual, Genocídio da Juventude Negra, Diáspora Africana e Identidade Negra. A maior preocupação do Coletivo NegreX é atuar e transformar o cenário da medicina brasileira que é marcadamente racista (GOES, 2016; LOPES, 2005) e para isso algumas táticas foram elencadas, sendo elas as intervenções no currículo médico, a organização de simpósios, execução de espaços de formação no movimento estudantil, produção de material de formação e articulação internacional. O objetivo do presente trabalho é relatar essas ações.

Objetivo

Relatar a atuação e conquistas do Coletivo NegreX por meio de suas intervenções a nível nacional e internacional desde o momento de sua fundação.

Método

O presente relato foi organizado por membros do Coletivo NegreX vinculados à Universidade do Estado do Rio de Janeiro e à Universidade Federal Fluminense através do levantamento e revisão das publicações dos membros do coletivo no grupo do Facebook, arquivos de imagem e documentos e relatórios produzidos

pelo coletivo disponíveis em sua biblioteca virtual produzidos de janeiro de 2015 à setembro de 2016.

As informações sobre as intervenções realizadas foram levantadas e agrupadas nos temas “Movimento Estudantil”, “Currículo Médico” e “Comunidade Acadêmica”, sendo o presente relato elaborado a partir das principais experiências no referido período.

Resultados

- Currículo Médico

Durante o primeiro semestre de 2016, com o apoio do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC-UFF), o Coletivo NegreX organizou intervenções nas disciplinas de “Saúde e Sociedade V”, “Psicologia Médica II” e “Planejamento e Gerência em Saúde I”, de modo que os estudantes pudessem compreender a importância da matriz cultural africana na produção de saúde, como o racismo é estruturante no processo saúde-doença e como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007) se configura como uma ferramenta para vencer o racismo no âmbito da saúde.

A disciplina “Saúde e Sociedade V” possui como ementa: “Fundamentos culturais nos métodos de diagnóstico e tratamento. Abordagem dos métodos convencionais e alternativos sob o ponto de vista cultural. Correlação e adequação dos métodos convencionais e alternativos”.

Portanto, foi elencada como uma das possíveis disciplinas a receberem a intervenção planejada já que sua ementa propicia o debate sobre a matriz cultural africana e sua relação com a produção de saúde. A intervenção foi realizada por duas militantes do coletivo que solicitaram aos docentes responsáveis espaço para dar uma aula intitulada “Kimbanda: uma medicina tradicional africana”. O objetivo era desconstruir a ideia de uma África sem história e homogênea, de que a medicina nasce com Hipócrates e como essa importante tradição médica dos povos banto de angola chegou ao Brasil pelo tráfico de pessoas. Durante a aula mostrou-se as relações da kimbanda com umbanda e candomblé, o papel das religiões de matriz africana na assistência integral ao usuário do SUS (tema que está na PNSIPN) e como as noções seculares bantas de saúde e doença já diziam respeito ao que se chama, hoje, no Brasil de integralidade.

Em “Psicologia Médica II” a aula foi ministrada pela pesquisadora e psicóloga Luciene Lacerda da UFRJ e pela médica sanitarista Jurema Werneck. Como ementa da disciplina, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do ISC-UFF define:

O Homem em situação, o sujeito humano. Problemas e vicissitudes da interação sujeito-situação. A organização dos grupos humanos, noções de papel, vínculo e porta-voz. O ser humano perante a morte. O mito do homem natural. Formas de apreensão e estudo do homem em ação. Unidade e pluralidade fenomênica. Personalidade e principais construções teóricas. Sentido, finalidade e motivações da ação humana. Conceitos e pré-conceitos que envolvem a condição humana. O médico em ação. A questão do poder. O ponto-de-vista do paciente. Fatores que influenciam na relação médico-paciente. A função mítica do médico. Temas em torno do ato médico.

Assim, essa aula visou abordar o racismo institucional e interpessoal como fatores de morbidade e mortalidade na população negra, bem como fatores que impedem tal população de conseguir o acesso à assistência adequada. Ambas convidadas trouxeram dados epidemiológicos importantes (LEAL et al, 2005; LOPES, 2005) e suas experiências pessoais como mulheres negras trabalhadoras da saúde, abrindo por fim para o compartilhamento das experiências dos estudantes presentes na aula.

Por fim, em “Planejamento e Gerência em Saúde I”, cuja ementa é:

A disciplina oferece uma análise da conformação das Políticas de Saúde e dos Modelos Tecnoassistenciais em Saúde no Brasil, vis a vis ao processo de re-ordenamento institucional proposto a partir da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, correlacionando-os com as transformações e re-desenhos da figura do Estado colocados à cena, destacando as implicações de tais mudanças sobre a oferta de serviços de saúde e sobre o mercado de trabalho do profissional médico. A mesma se organizará em torno de aulas expositivas, discussões em grupo e apresentação de textos em seminários temáticos.

O método utilizado para a discussão foi o de seminário, inserindo-se na bateria de seminários clássicos da disciplina o tema “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Equidade”. O grupo que o apresentou continha dois militantes do coletivo e demonstrou, com base nas evidências mais atuais, como o racismo se configura um determinante social de saúde e como a política nacional cria ferramentas para o seu combate, trabalhando o texto da política em sala de aula. O professor coordenador da disciplina acenou para a inclusão de uma aula com uma professora especialista sobre a política nos semestres seguintes.

Em todos os três casos, foi possível contar com total apoio dos docentes e

compreensão de suas próprias limitações na discussão do tema. A maior resistência encontrada foi nos próprios acadêmicos que, quando não prestavam atenção ou evadiram, traziam questões permeadas de senso comum ou de racismo para confrontar a posição trazida. Os acadêmicos que participaram da discussão com suas sinceras questões, ao fim das aulas, relataram o quão importante julgavam aquele tema e que se sentiam alienados quanto a ele, pois não se discute na faculdade. A avaliação feita pela turma ao final das aulas reforçou a necessidade de inclusão da temática oficialmente nas ementas.

A organização do Coletivo NegreX e a pressão feita para discussão de tais temas durante a formação médica, dessa forma, culminou na modificação da ementa de três disciplinas obrigatórias do Instituto de Saúde Coletiva da UFF. Entende-se que apesar de um passo pequeno, iniciar o processo é essencial, mesmo com a resistência da maior parte dos docentes e discentes da instituição. Essas três intervenções reforçaram a necessidade da transversalidade de tal assunto, mas também expuseram um ponto crucial da formação médica que é a falta de docentes aptos a discutir raça e racismo na universidade (GARY, 1996) e nas suas respectivas disciplinas, ponto que deverá ser trabalhado para a construção de um debate contínuo e pleno. Em tempo, esse relato vem reforçar a importância da proatividade dos coletivos auto organizados na resolução dos problemas por eles apontados na medida das possibilidades, assim como o Coletivo NegreX assumiu a responsabilidade de auxiliar o Instituto de Saúde Coletiva da UFF com seu conhecimento sobre o assunto.

- Comunidade Acadêmica

No dia 1º de abril de 2016, a estudante Suzane Pereira, militante do Coletivo NegreX, foi hostilizada e linchada virtualmente durante alguns dias em um grupo de Facebook onde mais de 97.000 membros da comunidade médica do país se reúnem por publicar uma fotografia em sua página pessoal em forma de protesto contra o racismo onde segurava uma placa com os dizeres “A Casa Grande surta quando a Senzala vira médica”. Após essa violenta demonstração de intolerância e racismo, o Coletivo NegreX organizou dois seminários para discutir com a comunidade acadêmica a questão do Racismo Institucional e das Cotas raciais, um na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e outro na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Um dos eventos realizados, intitulado “I Seminário sobre Cotas Raciais e Racismo Institucional: A Casa Grande Surta quando a Senzala vira médica?” ocorreu na UERJ pois o núcleo do coletivo dessa escola médica sentiu a necessidade da organização de um seminário que debatesse cotas raciais na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - FCM UERJ frente a resposta, em especial, de uma médica do serviço do Hospital Universitário Pedro Ernesto -

UERJ, que obteve grande repercussão, sobre o ocorrido com Suzane que silenciava a discussão e negava a existência de um racismo na sociedade, principalmente o institucional. Diante do ocorrido, o Coletivo NegreX e a Frente pela Democracia da FCM-HUPE - que reúne docentes, discentes, técnicos administrativos se uniram em prol da organização do evento.

O seminário foi realizado no dia 9 de junho de 2016 no HUPE. A divulgação ocorreu, principalmente, por redes sociais e contou com a inscrição online de 353 pessoas, sendo a maioria negra (66,8%), estudantes de graduação (59,8%) e do sexo feminino (80,5%), há uma peculiaridade no perfil que compõe o espaço. Trazemos essa análise do público porque aqueles que têm seu espaço privilegiado no curso médico efetivamente não se dispuseram ao diálogo - homens, brancos e docentes. No entanto, por sua vez, é revolucionário a presença de mulheres negras majoritariamente na academia. Foi organizado com 3 mesas que abordaram os seguintes temas: o racismo institucional, o impacto da política de cotas raciais na FCM-UERJ, a questão da saúde da população negra e a experiência do aluno de medicina negro no curso médico. O evento foi permeado por intervenções artísticas e houve cobertura pela mídia. Houve reconhecimento institucional oficial do racismo como um “tema nobre” para a inserção deste no currículo médico, ampliação do debate dentro da FCM-UERJ, alcance externo à UERJ e colaboração para maior empoderamento da comunidade negra universitária. A repercussão nacional veio em Brasília quando o relato de experiência de realização do seminário foi apresentado como comunicação oral no 54º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), o maior evento da Associação Brasileira de Educação Médica, instituição reconhecida como defensora do ensino médico de qualidade.

O segundo evento, ocorrido na UEL, foi intitulado de “I Simpósio NegreX-UEL: Abrangências e aspectos da saúde da população negra” e ocorreu no dia 07 de outubro de 2016 com o objetivo de trazer à área da saúde o debate acerca do racismo e como ele afeta a mesma, entendendo a saúde como um direito constitucional garantido a todos os cidadãos e cidadãs e o entendimento que a identidade racial afeta todas as pessoas, sejam médicos ou médicas, sejam pacientes. O evento foi estruturado visando a discussão de três eixos e suas vertentes, que foram estabelecidos de acordo com a necessidade de debate acerca dos temas no âmbito do Centro de Ciências da Saúde, situado no Hospital Universitário da Região Norte do Paraná.

O primeiro eixo abordado foi o de Racismo, onde foi explorada sobre sua presença no meio acadêmico e na sociedade como um todo, como se configura como institucional e como interfere no reconhecimento da identidade negra, que abrange aspectos culturais, de estética e autoafirmação da mesma. Visto que a UEL no mesmo ano da criação do Coletivo NegreX completou 10 anos da implantação do

sistema de cotas em seu acesso, entendeu-se a importância de expandir esse debate, instituindo-o como segundo eixo, em que visou-se contemplar a necessidade da política de acesso das cotas raciais, de ampliação da mesma, ações necessárias para garantir o acesso e a permanência e demonstrar a relevância do sistema de cotas na mudança do perfil dos trabalhadores de saúde. Por fim, em vista da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, definiu-se o tema como terceiro eixo, com enfoque principal à saúde da mulher negra, determinação social no processo saúde-doença e a necessidade de implementação de disciplina a respeito da citada política no currículo médico. Esse é importante tema baseado nos altos índices de mortalidade materna das mulheres negras.

O público presente no evento foi bastante diversificado, composto por estudantes de cursinho pré-vestibular, alunos de medicina e também de outros cursos e professores (principalmente da área da saúde coletiva). Algumas pessoas estiveram presentes durante todo o evento, entretanto, houve grande fluxo de pessoas durante o dia. Não temos o número exato de participantes, mas acreditamos que em torno de 60 pessoas participaram do evento. Podemos perceber a baixa adesão dos alunos que ingressaram por meio de cotas raciais, algo que preocupa, pois era esperada maior participação desse perfil de estudantes.

Como resultado muito positivo foi que, somente com a realização desse seminário, o colegiado de medicina soube da existência do coletivo Negrex nacional e também o Negrex UEL e se mostrou bastante disposto a trabalhar as questões raciais junto ao coletivo.

São necessárias mais iniciativas semelhantes a esses seminários para que a negligência com a saúde da população negra e a questão do racismo institucional possam ser verdadeiramente debatidas e superadas.

- **Movimento Estudantil**

Desde 2015, o Coletivo NegreX tem conquistado seu espaço de referência em saúde no movimento estudantil negro e em questões raciais dentro do movimento estudantil de medicina. A capacidade de integrar tanto a questão da saúde como a racial em sua luta permitiu uma contribuição única ao movimento estudantil em geral. Dentro dos espaços do Movimento Estudantil de Medicina, pode-se destacar a atuação do coletivo dentro dos congressos, encontros e seminários da DENEM. Logo após sua fundação e apresentação no Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina, a DENEM reconheceu o Coletivo NegreX como sua referência nas questões raciais, assim, em todos os seus encontros, congressos e eventos, a executiva tem convidado o coletivo para fazer palestras e oficinas, tendo sido registradas as participações em pelo menos 12 eventos do movimento estudantil de medicina por todo o país.

No âmbito do Movimento Estudantil Negro, foi feita a primeira intervenção do coletivo durante o Encontro dos Estudantes e Coletivos Universitários Negros, em maio deste ano onde o Coletivo NegreX foi apresentado para mais de 2000 estudantes de todo o Brasil e mais de uma centena de coletivos e organizações através da cartilha intitulada “Cuidar para afrocentrar - Saúde do povo negro” (COLETIVO NEGREX, 2016) cujo objetivo é alertar sobre a importância da produção de uma Saúde Integral da População Negra e informar sobre o que se trata o assunto. Tal cartilha foi disponibilizada virtualmente no blog do coletivo e também distribuída em mídia física no Encontro.

A nível internacional, desde 2016 o coletivo vem conquistando seu espaço. Entre os dias 1 e 6 de agosto de 2016, o Coletivo NegreX esteve presente na Assembleia Geral da Federação Internacional dos Estudantes de Medicina (IFMSA), em Puebla, no México, e foi apresentado como um projeto realizado no Brasil, na Feira de Atividades do encontro. Após sua apresentação para uma federação composta por 119 países, foi iniciada uma busca ativa aos estudantes negros e negras para início de uma articulação internacional entre estudantes de medicina negros e negras, culminando na organização de um fórum virtual com estudantes das Américas, África e Europa. Ao fim da Assembleia, essa articulação havia construído um posicionamento da IFMSA que ressalta a importância de construir a união dos estudantes negros de medicina de todo o mundo para o combate à disparidade na representação e asseguramento da visibilidade das pautas caras à população negra. A presença e atuação do NegreX na Assembleia Geral da IFMSA foi um importante passo na problematização e no rompimento do racismo institucional, que até então tem restringido cotidianamente esse espaço de representatividade a pessoas brancas, realidade que vivenciamos no ensino superior e, mais intensamente, nas escolas médicas.

Conclusão

Após quase dois anos de existência, o Coletivo NegreX tem se mostrado um espaço não apenas de formação capaz de trazer uma nova base epistemológica para a luta contra as opressões institucionais, mas também receptivo para mais de 300 estudantes negras e negros de medicina, onde são capazes de compartilhar suas próprias questões e sentimentos com seus pares. Assim, por atuar como forma de resistência passiva e ativa contra o Racismo Institucional, definimos o Coletivo NegreX como um quilombo. Acreditamos que o título justifica-se tanto na definição de Glasgow (1982) que aponta-o como acampamento militar cercado e fortificado, seja pela definição de Abdias do Nascimento (1980) em que quilombo significa espaço de comunhão, existências e reunião fraterna e livre.

Na luta desse quilombo contra o Racismo Institucional, as frentes de ação escolhidas pelo Coletivo NegreX foram as intervenções no currículo médico, na co-

munidade acadêmica e no movimento estudantil. Cada uma delas apresentou suas próprias dificuldades, trouxe suas próprias revelações e gerou seus próprios frutos.

Através das intervenções no currículo médico, fica evidente a importância da organização e atuação do Movimento Negro dentro dos espaços institucionais, seja para garantir que o debate seja feito pelo nosso ponto de vista, seja para garantir a presença de pessoas negras nos espaços de decisão. Isso porque os estudantes, ao se formarem, deveriam estar aptos a lidar com a diversidade étnico-racial, compreendendo o contexto de elementos ligados à raça e cor, e assim promoverem equidade nos atendimentos. Para tal, ao longo do curso, deveria existir pelo menos um componente curricular que aborde “educação das relações étnico-raciais” e “história da cultura afro-brasileira”, com o objetivo de melhor compreensão e contextualização ao integrar essas dimensões, como consta nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso médico de 2014 (BRASIL, 2014). Apesar disso, se encontra muita resistência na efetivação de tais medidas. É nessa linha que a organização do Coletivo NegreX e a pressão do mesmo para que se discuta raça e racismo durante a formação médica culminou na modificação do currículo de medicina da UFF que, de outra forma, não ocorreria pela crônica falta de docentes aptos a discutir a temática, em geral. Vale reforçar a importância da proatividade dos coletivos auto-organizados na resolução dos problemas por eles apontados na medida das possibilidades, assim como o Coletivo NegreX assumiu a responsabilidade de auxiliar o Instituto de Saúde Coletiva da UFF com seu conhecimento sobre o assunto, mesmo frente a resistência imposta pela comunidade da faculdade de medicina.

Pelas intervenções na comunidade acadêmica, revela-se a necessidade da discussão do Movimento Estudantil e do Movimento Negro Universitário ser ampla e chegar de alguma forma aos outros segmentos, progressistas ou não, da comunidade acadêmica já que os setores mais conservadores da Universidade tendem a não se aproximar da pauta racial. Seja por haver a intenção de manutenção dos privilégios ou por não existirem movimentos organizados para conduzir tal debate, a realidade é notória: não existem espaços de diálogos e discussão, como nos seminários organizados pela UERJ e UEL, sendo necessário que se faça existir.

As intervenções no movimento estudantil representaram um passo importante para a organização da próxima geração, pois a criação de uma rede de articulação entre estudantes negros de medicina nacional e internacional com outros movimentos facilita o acesso aos estudantes ingressantes e permite uma discussão sobre Saúde da População Negra e Racismo desde muito cedo na vida universitária, além de forçar a criação de um ambiente onde suas vozes e questões poderão ser ouvidas mais facilmente, de forma que qualquer tipo de auto-organização poderá ocorrer com menor número de barreiras.

Sendo assim, espera-se, enquanto coletivo, que sua organização sirva para construção de uma sociedade cada vez mais distanciada das práticas de racismo, além de impactar positivamente na formação de médicos sensibilizados e capazes de agirem contra todas as formas de opressão, sendo definitivamente a Saúde um direito de todos e todas.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N° 3, de 20 de junho de 2014. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Diário Oficial da União, 06 de junho de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2007.

COLETIVO NEGREX. **Cuidar para afrocentrar: saúde do povo negro**. 2016. Disponível em <<https://coletivonegrex.wordpress.com/tag/cartilha/>> , Acessado em: 15/10/2016 às 16:20h

GARY, King. **Institutional racism and the medical/health complex: a conceptual analysis**. Ethn Dis v.6 (supl. 1), p. 30-46, 1996.

GLASGOW, Roy. **Nzinga**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

GOES, Emanuelle. **Análise política em Saúde**. 2016 Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/up/oaps/pensamentos/pdf/1468614993578949515d8bf.pdf>>, Acessado em: 01/11/2016 às 20:00h

LEAL, Maria do Carmo. GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da. **Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001**. Rev Saúde Pública 2005;39(1):100-7. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2005.

LOPES, Fernanda. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. In. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005. p. 09.

NASCIMENTO, Abdias. **O Quilombismo**. Petrópolis: Vozes, 1980.

Rede de Mulheres Negras do Paraná: Atuando frente às questões de Saúde, Direitos e Controle Social das Políticas para a População Negra.

*Solange Aparecida Duarte;
Cibelle Santos de Oliveira;
Silvana Bárbara G. da Silva;
Michely Ribeiro da Silva.*

O Estado do Paraná está situado na região sul do Brasil e possui atualmente uma população de mais de 11 milhões de habitantes. Deste número, 28% da população é formada por negros e negras. Diferente do que se pensa no Brasil, dos Estados que compõem a região sul, o Paraná é o estado com o maior percentual de negros, conforme explana¹² o superintendente de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Juliano Gevaerd: “Somos o estado do Sul do País com o maior número de pretos e pardos. Queremos aumentar a visibilidade e ampliar as ações estratégicas específicas para dar o atendimento adequado a essa parcela da população”⁴, afirma o superintendente de Atenção à Saúde. Contudo, o Paraná é formado em sua composição demográfica por descendentes de europeus, ocidentais e africanos, entre outros. Mesmo diante disso é um Estado essencialmente racista e desigual.

Diariamente temos um número significativo da população negra sendo envolvida em conflitos de racismo, os quais se acirram diariamente na escala social. Não bastasse isso tem-se o ideário constituído socialmente da desigualdade quanto à Mulher Negra, a qual fica numa condição de total ausência de privilégios.

Diante disto, ainda se apresenta a grande dificuldade dos movimentos negros se envolverem nos debates de gênero e dos movimentos de mulheres e feministas em trabalhar com a perspectiva racial.

Tendo por base os processos de mobilização para a Marcha Zumbi + 10, ocorrida no ano de 2005 (10 anos após a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida), o estado do Paraná teve disponibilização de um ônibus, no entanto muitas dificuldades para preencher os 45 lugares para participar da atividade. Ao retornar da mesma, foi problematizada essa questão e organizou-se uma oficina a ser pensada as demandas das mulheres negras no Estado do Paraná.

¹² Superintendente de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, Juliano Gevaerd, durante o Seminário Estadual Teresa de Benguela, realizado entre os dias 11 a 14 de agosto de 2016, em Curitiba/PR.

Sendo assim, em 2006 a convite às mulheres negras que organizavam a atividade, foi convidada Maria Mulher – Grupo de Mulheres Negras, organização do Estado do Rio Grande do Sul, a vir ao Paraná realizar uma oficina, que facilitaram para que as mulheres negras paranaenses pudessem refletir sobre quais eram suas demandas naquele estado, bem como suas especificidades. Diante do quadro exposto, tanto do prisma social e racial, ficou nítida a dificuldade do movimento negro que abordar as demandas das mulheres assim como dos movimentos de mulheres e feministas, em abordar a pauta racial. Ao término dos dias da atividade retirou-se como demanda a criação de uma organização que dialogasse especificamente sobre as demandas das mulheres negras, com o foco de incidir principalmente sobre os movimentos negros, de mulheres e feministas, assim como foco principal dialogar com as mulheres negras paranaenses. Assim surge a Rede Mulheres Negras- PR (RMN-PR), em 2006, que nasceu com o foco de atuar e construir com as demais mulheres possibilidades de ações que venham a somar com intuito de reivindicar e ampliar a implementação de políticas públicas para a população negra, especificamente para mulheres negras do Paraná, trazendo na sua gênese já é um processo de atuação em rede.

RMN-PR é uma organização sem fins lucrativos, autônoma e independente, fundada em 05/02/2006, para reivindicar e ampliar a implementação de políticas públicas específicas para a população negra. Tem como missão promover a ação política de mulheres negras paranaenses na luta contra o racismo, sexismo, opressão de classe, lesbofobia e todas as formas de discriminação, tendo como principal linha de ação a saúde das mulheres negras.

A RMN-PR tem os seguintes objetivos:

- Promover a ação política de mulheres negras paranaenses, na luta contra o racismo, sexismo, opressão de classe, homofobia e todas as formas de discriminação;
- Organização sem fins lucrativos, autônoma e independente fundada para reivindicar e ampliar a implementação de políticas públicas específicas;
- Reunir mulheres negras de todas as regiões do Estado com atuação nas áreas de educação, cultura, saúde, promoção e defesa dos direitos humanos, geração de renda, valorização da identidade de gênero e raça/etnia;
- Atuar em conjunto com outras organizações do movimento social;
- Favorecer o fortalecimento das mulheres negras por meio da formação política,

para que possam intervir, nos cenários local, municipal, estadual, nacional e internacional, defendendo as questões de gênero, raça e saúde;

- Diagnosticar e divulgar a realidade da População Negra do Paraná;
- Promover a defesa dos interesses ou direitos individuais ou coletivos da população negra em geral, em especial, das mulheres negras;
- Incentivar a solidariedade e a igualdade entre homens e mulheres, sem distinção de raça, etnia, cor, idade, classe, orientação sexual, religião, descendência, origem nacional ou regional, estado civil, estado de saúde, filiação, deficiência física ou condição de egresso;
- Atuar nas áreas de educação, saúde, geração de renda, valorização da identidade de gênero, raça e etnia;
- Desenvolver ações que promovam a participação social da juventude negra, garantindo o acesso aos serviços gratuitos de saúde, de prevenção à drogadição e ao alcoolismo, visão de promoção de acesso ao mercado de trabalho e garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos à essa juventude;
- Promover a integração, a formação e o comprometimento das comunidades mais vulneráveis com as questões de gênero, raça e saúde.

A organização reúne mulheres negras de todas as regiões do Estado com atuação nas áreas de educação, saúde, promoção e defesa dos direitos humanos, segurança alimentar e nutricional, valorização e promoção da vida e incidência das jovens negras, geração de renda e valorização da identidade de gênero e raça/etnia.

De livre filiação, em sua constituição é composta de sócias efetivas, convidadas e honorárias. As sócias efetivas são “Mulheres que tenham contribuído com a fundação e consolidação da REDE MULHERES NEGRAS - PR, assinando a Ata de Fundação e preenchendo a ficha de filiação” (Estatuto RMN-PR, 2016). As sócias convidadas, ficam assim definidas pelo estatuto:

Pessoas físicas ou jurídicas que tenham sido admitidas após a Fundação e cuja proposta de filiação, acompanhada de carta de indicação de uma filiada e após o período de 3 reuniões ou atividades, tenha sido aprovada por maioria da Coordenação Executiva constituída. (ESTATUTO RMN-PR, 2016, p.3).

Há ainda as mulheres que atuam na Rede como sócias honorárias que são todas as “pessoas físicas que tenham prestado relevante colaboração para o desenvolvimento da REDE MULHERES NEGRAS – PR ou realizado valioso trabalho em sua área de atuação” (Estatuto RMN-PR, 2016).

Para que se consolide as ações da organização há ainda outras instâncias que ficam compostas em: Coordenação Executiva, Conselho Fiscal, Conselho Consultivo e também com as 70 filiadas que é o número que se apresenta em setembro de 2016. Ocorrem reuniões mensais, e é principalmente, nas assembleias anuais que as filiadas se re-definem a atuação da organização.

Para atingir seus objetivos, a organização estrutura-se principalmente por ações com foco para o controle social, capacitação interna e externa tendo por base a educação popular e intervenção na estruturação da política pública, desenvolvendo diversas ações e atividades em conjunto com demais organizações e coletivos dos movimentos sociais do Paraná.

Para tal, a metodologia inicial foi a formalização da instituição que tem sede na capital paranaense, sendo escolhido o bairro Sítio Cercado por ser a região do município de Curitiba com maior concentração de pessoas negras, numa sala cedida por uma das filiadas da instituição.

Tendo por base e foco inicial o desenvolvimento de ações na área da saúde pública, estabeleceu-se que havia necessidade de que as mulheres negras fossem vistas nesses espaços de representação, ainda que não podendo contribuir com maior qualidade naquele exato momento por desconhecer a fundo os temas específicos da saúde pública, no entanto, essas mulheres conheciam a fundo as realidades das mulheres negras. Nesse sentido as representações iniciais se deram no Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Comissão de Combate a Violência contra a Mulher, Comissão de Saúde da Mulher dos conselhos Estadual e Municipal de Curitiba, e Comissão Municipal de DST/Aids de Curitiba.

A representação política, que passa a ser foco da instituição, vem como mecanismo de visibilidade, mas ao mesmo tempo de apresentar mulheres negras em espaços de decisões e consultivos, como as comissões dos conselhos de saúde. Dessa maneira o debate racial tido por parte dessas ativistas negras, era incorporado em conjunto com suas representações nessas instâncias, contribuindo para busca de dados específicos sobre a situação das populações negras, e incitando a gestão de mesmo modo a já apresentar os dados, sabendo que as representantes da RMN-PR cobrariam. Assim também se desmistifica o papel das mulheres negras paranaenses, ao serem visualizadas em locais de debate. Para que as mulheres negras ganhassem segurança ao fazer o debate, era solicitado que as mesmas

compusessem os conselhos locais de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde em seus bairros, próximo a sua casa. Assim o exercício de argumentação e diálogo era estabelecido com as pessoas que conheciam, falar sobre a sua localidade, e a demanda comunitária. Devido a dificuldade de deslocamento por parte de muitas filiadas, referente ao recurso para o transporte, essas poderiam incidir diretamente em sua localidade, sabendo também nessas reuniões dos repasses dos debates realizados no Conselho Municipal de Saúde. Esse acompanhamento garantia segurança quando as mesmas participavam em outros eventos representando a Rede Mulheres Negras - PR. Ainda assim muitas mulheres sentiam-se inseguras em participar desses espaços, e o que foi lema durante algum tempo para a RMN-PR era de que elas não precisavam se expor, caso não se sentissem à vontade, mas havia necessidade de estarem naqueles espaços com suas caras negras e falar o nome da instituição, para que soubessem que havia demanda e as mulheres negras estavam organizadas. Sendo assim, no município de Curitiba iniciaram-se as ações da Rede Mulheres Negras - PR.

Outra demanda importante foi a necessidade de levantamento junto à comunidade, para a qual identificou-se os espaços de atuação e onde as filiadas residiam que as maiores preocupações das mulheres negras era geração de renda e saúde. Nesse sentido foi pensado o que se tornou projeto permanente da instituição "Quarta do Fuxico". A proposta que surgira para fomento à geração de renda, na qual as mulheres da comunidade participavam às quartas-feiras de uma tarde de aprendizado do fuxico (artesanato realizado no tecido), ficou evidenciada a necessidade de conversarem sobre saúde. Com isso outras mulheres especialistas em temas relevantes foram sendo convidadas para participar da atividade. E durante as mesmas, as próprias mulheres da comunidade diziam que ela (a convidada) tinha ido para a Quarta do Fuxico, e deveria aprender a fazer também. Dessa maneira a troca de informações acontecia: enquanto a convidada aprendia a fazer seu fuxico auxiliada pelas mulheres da comunidade, as participantes da proposta recebiam orientações e dialogavam sobre demandas da saúde e violência contra a mulher. Com o passar do tempo identificou-se a saída de algumas mulheres e ingresso de outras, em movimento muito natural. E passou-se a identificar a proposta como promoção de saúde mental, tendo diversos relatos de mulheres que estavam com dificuldades para sair de quadros depressivos, que acompanhavam seus filhos em situação de drogadição, dificuldade de encontrar emprego, passavam por violência doméstica, e que se sentiam fortalecidas com a interação durante as quartas-feiras. Essa metodologia delineou a maneira de operar da Rede Mulheres Negras - PR como um espaço de debate, acolhimento, e promoção de Bem Viver para as mulheres negras.

Havia ainda necessidade de buscar envolver o entorno da sede da organização, assim como ampliar o foco de ação junto a demais comunidades. Visto a ação desenvolvida na capital paranaense, outras mulheres negras se interessaram pelas

atividades desenvolvidas e a filiação de pessoas da região metropolitana aumentou, assim a área de abrangência da Rede Mulheres Negras – PR também. A maneira encontrada foi através do desenvolvimento de projetos sociais, tendo sempre a metodologia da educação popular, ancorada na metodologia freireana, na compreensão de que todas as mulheres mais velhas, adolescentes e jovens que passaram pelas propostas desenvolvidas pela organização, têm conhecimento a ser partilhado.

Os projetos sociais desenvolvidos evidenciam a necessidade de levar a missão adiante, e precisam de investimento. Por essa razão passou-se a concorrer a editais públicos apenas posterior ao 3º ano de existência, devido a exigência da maioria das instituições financiadoras, assim como a busca por outros financiamentos privados.

Com essas propostas em desenvolvimento, as filiadas compreenderam necessidade de massificar diálogos e discursos sobre as demandas das mulheres negras, assim como promover que e envolver ainda mais universidades, instâncias governamentais, movimentos negros, movimento de mulheres e feministas, demais instituições da sociedade civil organizada e sobretudo as populações negras (compreendo está muito diversa também: homens e mulheres, jovens, quilombolas, povos e comunidades de religião de matriz africana,...). Os eventos realizados visam ainda a disseminação da missão da RMN-PR, mas também contribuir na formação de outras redes de intersecção com o tema das mulheres negras, e demais demandas das populações negras. Por essa razão foram desenvolvidos diversos eventos como Seminário Mulheres Negras e Saúde, Seminário de Anemia Falciforme do Paraná, Encontro Paranaense de Saúde da População Negra e Prevenção de DST/HIV/Aids, Seminário Nacional de Lésbicas Negras e Bissexuais, e em conjunto a realização de oficinas menores também.

As oficinas que comemoram o aniversário da organização chamadas Oficina Gênero e Raça, prezam sempre pelo diálogo aberto e seguro, envolvendo temas que sejam definidos como prioridade para as filiadas da organização, indo desde temas conceituais, a situações que mais afetam as filiadas como o adoecimento em função das intervenções em espaços de controle social. De mesmo modo as oficinas que ocorrem no mês de julho em comemoração ao dia da Mulher Negra Latinoamericana e Caribenha, que pautam temas relevantes e atuais sobre as mulheres negras no país.

Todas as atividades realizadas pela Rede Mulheres Negras-PR são atividades abertas, ou seja, participam dela quem tiver interesse no tema a ser desenvolvido. Dessa maneira garantimos que o debate seja feito de forma ampla, tendo como base o tema das mulheres negras, ou questões que lhes sejam pertinentes. Isso garante ainda a forma com a qual a instituição trabalha. A divulgação, sempre que possível, é feita através de cartazes, nos terminais de ônibus das cidades, universidades, unidades básicas de saúde, em parceria com órgãos públicos e com movimentos sociais diversos.

A RMN-PR atua representando as mulheres negras do Paraná em várias instâncias (de nível local a nacional), discutindo temas pertinentes à saúde da população negra, em especial à saúde da mulher negra, direitos humanos e promoção da igualdade racial. Essas representações ocorrem atualmente em 24 espaços de discussões e deliberações de políticas públicas, desde Conselhos Locais de Saúde até o Conselho Nacional, Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional, Rede Feminista de Saúde – Regional Paraná, Fórum Estadual de Soberania Segurança Alimentar e Nutricional/FESSAN, entre outros.

Entre as principais ações da organização destaca-se a realização dos Seminários Mulheres Negras e Saúde, de 2006 a 2012 e outros Seminários como o de Anemia Falciforme no Paraná, que teve como um dos resultados, a criação da Associação de Portadores de Doenças Falciformes do Paraná. Realiza também outros eventos de formação como o I Encontro de População Negra do Paraná em DST/HIV/Aids e Doença Falciforme, I Seminário População Negra do Paraná e DST/HIV/Aids e II Seminário Sobre Doença Falciforme no Paraná, o II Seminário Nacional de Lésbicas Negras e Bissexuais, e, anualmente as Oficinas de Formação sobre Gênero e Raça e do Dia da Mulher Negra Latino-americana e Caribenha.

A RMN - PR desenvolve projetos, e, em especial desenvolveu em 2015 para a organização da Marcha das Mulheres Negras no Estado. Abaixo seguem outros projetos desenvolvidos:

- O Projeto permanente de formação em saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos e geração de renda, chamado **Quarta do Fuxico**, através do qual as mulheres de baixa renda da comunidade local aprendem artesanato e participam de oficinas sobre esses temas. A proposta inicial que era de geração de renda, fora transformada em promoção de saúde mental, conforme o perfil delineado ao longo das atividades.
- **A Banda Setembrina** voltada para adolescentes e jovens negras com o fim de fortalecimento de identidade, gênero e raça/etnia, assim como valorização da cultura afro-brasileira e formação cidadã com foco para a saúde da mulher.
- **Quilombola Saudável** foi desenvolvido em 2009 em 11 comunidades de remanescentes de quilombos no Paraná com o fim de prestar informações e capacitar os integrantes destas comunidades em saúde e soberania e segurança alimentar e nutricional da população negra. Como um dos resultados posteriores houve o fomento à estruturação da Federação Estadual das Comunidades Quilombolas do Paraná – FECOQUI/PR. Houve ainda produção da Cartilha Quilombola Saudável.

- **Costurando a Prevenção**, desenvolvido em 2010, com o fim de prevenção de DST/HIV/Aids das mulheres negras, alinhado a isso, capacitação e geração de renda, bem como o combate a violência sexista. O intuito foi de oportunizar à essas mulheres elementos para que pudessem desenvolver-se enquanto empreendedoras no ramo têxtil.
- **Projeto Prevenção em Cena** teve como objetivo capacitar 25 adolescentes e jovens negras e não negras, com idade entre 12 e 16 anos, no bairro Sítio Cercado no município de Curitiba, sobre prevenção de DST/HIV/AIDS, direitos sexuais e reprodutivos, cidadania e direitos humanos, através do aprendizado do teatro, no ano de 2009-2010. Como produto foram realizadas diversas esquetes teatrais nas escolas da localidade assim como unidades básicas de saúde, promovendo a incidência política dessas adolescentes. Assim como produção de material gráfico, elaborado pelas participantes e distribuída durante os eventos. Há vídeo do projeto também no You tube.
- **Aborto Legal e Seguro**, promoveu o debate acerca do acesso das mulheres ao aborto legal e seguro com foco para disseminar informações entre as mulheres, em especial mulheres negras, assim como os grupos de incidência dos quais a RMN fazia parte, desenvolvido no ano de 2011, com produção de material áudio visual, que segue disponível no YouTube.
- **Monitorando e Implementando Direitos**, desenvolvido com intuito de promover a interação entre jovens negras ativistas com mulheres negras ativistas, com o foco para a implementação de políticas para mulheres negras paranaenses, e promoção do diálogo intergeracional, oportunizando sempre que uma jovem estivesse respaldada pela Rede Mulheres Negras – PR para representar a instituição em espaços predominantemente adultos. Houve publicação do Guia de Acesso aos Direitos das Mulheres e Populações Negras.
- **Jovem Quilombola Saudável**, surge no intuito de difundir informações sobre autocuidado e prevenção de DST\HIV\AIDS, drogas lícitas e ilícitas, diálogos e direitos da Juventude, identidade racial, gênero e igualdade, violências de gênero, direitos sexuais e direitos reprodutivos, sexualidade, junto à população de adolescentes e jovens de quatro Comunidades Remanescentes de Quilombo da 2ª Regional de Saúde do Paraná, com foco para estruturação de rede de atenção à saúde da juventude quilombola nos municípios que receberam a proposta. Houve produção da Cartilha Jovem Quilombola Saudável, com linguagem adequada e que apresenta conceito e jogos que contribuem para a formação dessas lideranças.

- **Em pauta Mulheres Negras**, no ano de 2014 foi executado este projeto que tinha como foco a promoção de ações políticas de mulheres negras paranaenses na luta contra o racismo, sexismo, opressão de classe, lesbofobia e todas as formas de discriminação. Foi feita a 2ª edição do Guia de Acesso aos Direitos das Mulheres e Populações Negras.
- **Seminário Teresa de Benguela** – Saúde Integral da População Negra e os desafios na Prevenção de DST/AIDS, HV e TB, realizado entre os dias 11 a 14 de agosto, em Curitiba/PR, voltado para a população negra do Estado bem como para os gestores de saúde, com o foco de discutir as especificidades no tratamento de saúde da população negra e a efetivação destes atendimentos.

E, atualmente estão em desenvolvimento com os seguintes projetos:

- **Pretas sacudindo a rede** tem como objetivo principal reformular o sítio eletrônico da organização, com o intuito de tornar a ferramenta mais eficaz na difusão de informações temáticas: geração de renda e experiências exitosas, publicação de artigos acadêmicos de mulheres negras, com temas de recorte em gênero e raça/etnia e produção de documentários.
- **Roda de Conversa das Negas**, desenvolvido no ano 2016, mensalmente, com o intuito de discutir as diversas nuances do “Ser Negra” no âmbito municipal, estadual e nacional.

Para a realização dos Seminários e demais eventos contamos com o apoio e parcerias do Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS, além da Secretaria de Promoção da Igualdade Racial – SEPIIR, Departamento de Apoio a Gestão Participativa – DAGEP/SGEP/MS, Área Técnica de Saúde da Mulher – MS, UNIFEM, UNFPA, ITAI-PU Binacional, Eletrosul, CESE, COPEL, SANEPAR, Grupo de Trabalho Clóvis Moura, NEAB/UFPR, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA, Fundo Brasil de Direitos Humanos, Global Fund For Women, APP Sindicato, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Casa Latino Americana, dentre outros e já tivemos financiamento dos Projetos pela Eletrosul, Fundo Angela Borba, e Fundo Diocesano de Solidariedade.

Além das parcerias e apoios a Rede Mulheres Negras – PR é filiada a:

- Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras;
- Fórum Paranaense de ONGs/ AIDS;
- Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
- Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids;
- Rede Nacional de Controle Social e Saúde da População Negra;

- Rede Nacional de Mulheres Negras em Soberania Segurança Alimentar e Nutricional;
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;
- Red de Salud de las Mujeres de America Latina y Caribe – RSMLAC;
- Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora – RMAAD.

Em novembro de 2008 a Rede Mulheres Negras – PR recebeu o “Prêmio Direitos Humanos 2008”, da Secretaria Especial de Direitos Humanos/Presidência da República, na Categoria VI - Igualdade racial, compreendendo a atuação na promoção da igualdade e no enfrentamento à discriminação relacionada à raça.

Com o Projeto Quilombolas Saudáveis a Rede Mulheres Negras – PR foi habilitada na 1ª fase, PT 48 de 15/10/10, do Prêmio Cultura e Saúde e na PT 75 de 22/12/2010, resultado final, foram selecionados os 120 (último com 88,75 pontos); a Rede Mulheres Negras – PR ficou no 193º lugar (de 329 classificados), com 79,00 pontos.

Com o projeto “Em pauta Mulheres Negras”, a RMN – PR foi contemplada pelo “Prêmio Lélia Gonzalez – Protagonismo de Organizações de Mulheres Negras”, o reconhecimento do trabalho desenvolvido pela organização através do prêmio permitiu ampliar o desenvolvimento das ações de monitoramento das políticas sociais, e o incentivo à participação nas instâncias de controle social, por parte das mulheres e populações negras, em especial por mulheres negras, para garantia de direitos.

Conforme já explicitado a realização de projetos através de parcerias e apoios de organizações governamentais e não-governamentais tem sido uma das formas de metodologia aplicadas pela RMN – PR para desenvolver sua missão e alcançar seus objetivos. E, não é diferente nas participações nos órgãos de controle social onde se busca a elaboração e a efetivação de políticas públicas para a população negra, com foco na saúde da mulher negra.

Referências

Seminário debate em Curitiba saúde da população negra. Agência de Notícias do Paraná. Agosto, 2016. Disponível em <<http://www.aen.pr.gov.br/modulos/noticias/article.php?storyid=90382&tit=Seminario-debate-em-Curitiba-saude-da-populacao-negra->>, acesso em 02/11/2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio Contínua.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>>, acessado em 02/11/2016.

Profissionais do Sexo: Entre as Curvas, a cor e o desejo: Uma roda de conversa

*Kelly Cristina do Nascimento;
Jorge Luís de Souza Riscado.*

Introdução

A Universidade adentrou no universo da prostituição através da observação e de estudos. Com o firme propósito de levar o seu cuidar, conhecer, discutir a relação de trabalho entre as profissionais do sexo e seus clientes, seus direitos e deveres, cidadania, o empoderamento da mulher profissional do sexo diante do preconceito, racismo, através de rodas de conversas, palestras, dinâmicas, grupos de estudos em sala de aula e visitas de campo com os alunos nos cabarés, onde as mesmas trabalham, tornou-se um desafio para os docentes, preceptores, discentes e, as profissionais do sexo, pois ambos estão ávidos pelo conhecimento, cheios de dúvidas.

Conforme a Revista Leitura da História:

De deusas à escória da humanidade, a prostituição já foi uma ocupação respeitada e associada a poderes sagrados. Mas, com o surgimento da sociedade patriarcal, a independência sexual e econômica das mulheres restringiu-se e as meretrizes passaram a ser malvistas. As grandes cidades da Mesopotâmia e do Egito continuaram centralizadas nos templos da Grande Deusa. As sacerdotisas dos templos, que participavam de rituais sexuais religiosos, ao mesmo tempo mulheres sagradas e meretrizes, foram as primeiras prostitutas da História, conta Nickie Roberts. O status dessas mulheres era elevado. Os reis precisavam buscar a bênção da deusa, por meio do sexo ritual com as sacerdotisas, para legitimar seu poder. “Nessa época, as prostitutas do mais alto escalão do templo eram, por direito nato, agentes poderosas e prestigiadas; não eram as meras vítimas oprimidas dos homens, tão protegidas pelas feministas modernas”, escreve Nickie Roberts. ‘AS CORTESÃS, nós as temos para o prazer; AS CONCLUBINAS, para os cuidados de todos os dias; AS ESPOSAS, para ter uma descendência legítima e cuidados de todos os dias; AS ESPOSAS, para ter uma descendência legítima e uma fiel guardiã do lar’ (PEREIRA, 2008).

Quando estamos em campo, neste particular em bares ou cabarés, com os alunos, o dia a dia da profissional do sexo em relação a sua rotina laboral começa com a escolha das “meninas” por parte de seus clientes enquanto estão sentados à mesa do bar; só “de olho nas meninas”, ouvindo uma “musiquinha”, bebendo uma “cervejinha”, enquanto aprecia as curvas, a cor, os desejos, o cheiro, os fetiches e “scripts sexuais” e, o “fogo” que cada profissional do sexo oferece aos seus clientes, conforme seus enredos sexuais, seguindo numa atitude possível de haver enredos e personagens “que se recriam a partir de outros padrões, sem ser [necessariamente] hegemônico” (GOMES, 2011).

“A sexualidade de cada ser humano emerge e existe num contexto cultural e se influencia por uma série de aspectos psíquicos, raça-etnia, econômicos, a diferença sexual, o gênero. Não há uma única sexualidade como se apregoava, como tão pouco há uma tão somente prática sexual. Nesse posicionamento, a sexualidade dialoga com as emoções, as relações e o desejo. Assim, a sexualidade não pode ser circunscrita numa interação física ou passionalmente à reprodução da espécie, mas vai além, isto quer dizer, facilita a comunicação de emoções, promove prazer, favorece a autoestima, tangenciando as pessoas em sua intimidade. A sexualidade é uma construção social que conversa com as diversas maneiras em que pela imbricação dos processos de socialização primária e secundária vão modelando ou dando lugar para as emoções, relações e o aporte dos desejos. Nessa configuração desse grande auditório societário, normas e regras são estabelecidas junto às parcerias, estabelecendo a quem devemos aceitar como tal. Estabelece-se um roteiro de normas que tem a ver com os toques, lugares do corpo que se pode tocar ou penetrar, atrelados ao momento e à frequência, assim como o cenário e modo de relação sexual e coito” (RISCADO, 2013).

Então, quando ao se falar sobre a sexualidade humana, esta pode ser compreendida a partir de uma coordenação de atividades mentais e invólucros corporais (BOZON, 2004; GOMES, 2008 apud RISCADO, 2013). “A atividade sexual humana não é tão-somente “cobrir” o outro ser, conforme procedem os demais animais, mas é compreendida como uma elaboração mental e um sentido que se vai dar”.

Uma outra questão que também ensinamos introduzir é a questão de gênero, raça-etnia e trabalho. Segundo o Retrato das Desigualdades:

“O desemprego é também uma realidade permeada de desigualdades de gênero e raça. Assim, a menor taxa de desemprego corresponde à dos homens brancos (5%), ao passo que a maior remete às mulheres negras (12%). No intervalo entre os extremos, encontram-se as mulheres brancas (9%) e os homens negros (7%)” (BRASIL, 2011).

As desigualdades presentes na formação profissional, nas oportunidades de empregos ofertadas, nas capacitações profissionais e os seus salários entre as mulheres brancas e negras são muitos discrepantes, é notório a diferença. Consoante ao Dossiê Mulheres Negras:

“em relação à dimensão racial, nota-se que as mulheres negras chefes de famílias estão relativamente mais presentes entre aquelas de até 44 anos de idade, enquanto as brancas aparecem mais entre aquelas a partir de 45 anos. Percebe-se aqui, novamente, uma maior expectativa de vida da população branca comparativamente à negra, relacionada à maior mortalidade e menor acesso a bens e serviços de saúde e saneamento. Assim também, a inserção laboral é mais precária para a população negra, que, sem proteção social, usufrui menos dos benefícios sociais a que teria direito, a exemplo da renda oriunda de aposentadoria (MARCONDES, 2013).

Iniciamos nossa discussão sobre a temática lembrando um pouco do que o MTE fala sobre a ocupação das profissionais do sexo.

A descrição sumária do perfil das profissionais do sexo de acordo com o MTE- Ministério do Trabalho e Emprego, é:

Buscam programas sexuais; atendem e acompanham clientes; participam em ações educativas no campo da sexualidade. As atividades são exercidas seguindo normas e procedimentos que minimizam a vulnerabilidades da profissão (BRASIL, 2010).

Em relação à formação, experiência e as atividades das profissionais do sexo, o Ministério do Trabalho e Emprego, explicita:

Para o exercício profissional requer-se que os trabalhadores participem de oficinas sobre sexo seguro, o acesso à profissão é restrito aos maiores de dezoito anos; a escolaridade média está na faixa de quarta a sétima série do ensino fundamental (BRASIL, 2010).

As condições gerais de exercício das profissionais do sexo norteadas pelo Ministério do Trabalho em Emprego são:

Trabalham por conta própria, em locais diversos e horários irregulares. No exercício de algumas das atividades podem estar expostos a intempéries e discriminação social. Há ainda riscos de contágios de DST e maus-tratos, violência de rua e morte (BRASIL, 2010).

Para Nunes (2015):

“compreender a prostituição requer um esforço de desconstruir os estigmas e preconceitos que cercam tal temática. Muitas vezes tratadas como imorais, as prostitutas são culpabilizadas pela escolha, utilizar o argumento da questão econômica como único fator para a entrada na prostituição é reduzir as possibilidades de interpretação. Os perfis das prostitutas diferenciam tanto quanto as suas explicações para tal escolha, é preciso uma apreensão mais abrangente da temática a fim de romper com discursos padronizados (p. 36).

Objetivo Geral

- Promover uma roda de conversa através da reflexão e discussão das representações sobre cor, corpo e sexualidade de prostitutas, nos roteiros sexuais de seus clientes

Objetivos específicos

- Estimular o empoderamento da mulher que é profissional do sexo sobre seus direitos, deveres, cidadania;
- Alertar sobre os diversos modos de racismo e preconceito existente presente na nossa cultura;
- Referenciar os órgãos públicos de saúde e outros existentes para atendê-las em diversas situações de sofrimento mental, violência contra a mulher, racismo e preconceito.

Percurso Metodológico

Numa estruturação de Pesquisa-ação, exploratória, transversal, em abordagem qualitativa, a Roda de Conversa foi a estratégia que alavancou e se fez acontecer como dinâmicas de problematização, trazendo à cena situações de violência vivenciadas pelas mulheres negras profissional do sexo no ambiente laboral. A participação foi em torno de 15 mulheres. Disponibilizou-se diversos recortes com letras de músicas com as palavras mulata, mulher, sexo frágil, onde cada música se gerava uma discussão em torno da letra, e o que aquela letra representava para essa mulher que é mãe, negra, com pouco estudo, pobre e profissional do sexo, entre outras temáticas. Músicas como “*Ai, mulata assanhada, Que, passa com graça, Fazendo pirraça, Fingindo inocente, Tirando o sossego da gente*” de autoria de Ataulfo Alves. “*Dizem que a mulher é o sexo frágil, Mas que mentira absurda! Eu que faço parte da rotina de uma delas Sei que a força está com elas*” de autoria de Erasmo Carlos; “*Por isso não provoque, É Cor de Rosa Choque, Oh! Oh! Oh! Oh! Oh! Não provoque! É Cor de Rosa Choque*” de autoria de Rita Lee e Roberto de Carvalho. Os depoimentos foram anotados com concordância das “atrizes sociais”. Para análise do material coletado, recorreu-se a utilização do método de Interpretação de Sentidos, de Gomes (2013).

Resultados

Durante o nosso caminhar entre os bares e cabarés visitados em Maceió, para levar o nosso CUIDAR interdisciplinar para as profissionais do sexo que trabalham numa região muito pobre próximo ao Mercado da Produção, um ambiente com uma paisagem insalubre, suja, casebres, com porcos, cães, gatos, homens em perceptíveis estado de embriaguez, transitando pelas ruas esburacadas, fossa a céu aberto, com a presença de um córrego aberto que é o esgoto desse bairro. Depara-se com um odor fétido-nauseabundo, indescritível e, que marca esse lugar, que acomoda uma rua cheia de bares e cabarés, onde trabalham as nossas protagonistas. Mulheres essas, maltratadas pela vida, corpos fartos, curvas insinuantes, negras, algumas com cabelos alisados, outras com os cabelos cacheados naturalmente, algumas com marcas de biquíni bem bronzeadas, observamos a presença maior de mulheres negras, poucas mulheres louras, brancas ou ruivas.

Após as reflexões percorridas nas Rodas de Conversas com as atrizes sociais, tendo como elemento propulsor os recortes de letras de músicas, algumas profissionais do sexo relatam que os clientes “gostam mais das morenas e das mulatas”, e que por isso as mesmas precisam sempre estar “bronzeadas” como forma de manter a fidelidade dos clientes.

Uma outra, discorre o fato de ter um cliente que sempre a chama de “crioula safada e gostosa” (sic), possivelmente ancorado nos roteiros sexuais. Destaca-se a situação em que a interlocutora menciona “sentir-se bem”, e mais ainda, percebe o mencionado como “um elogio”, pois o mesmo, ao final, a recompensa (paga) de forma bastante generosa.

Seguindo nessa direção, encontramos, no entanto, relatos de desconfortos; que nossas interlocutoras se sentem incomodadas com essas desqualificações, com esses atributos longe de serem lisonjeiros, de natureza não-dignificante mas que, “aguentam” por necessidade financeira.

Em relação às letras de músicas, que abordam a palavra sexo frágil, algumas profissionais do sexo concordaram com as letras das músicas no sentido de que - “a mulher tem que ser forte mesmo pra resolver encarar essa nossa profissão” (sic).

No entanto, nossas interlocutoras ainda trazem falas que, “quando a vida nos leva pra essa profissão, nós somos julgadas pela família e pelo povo da rua, precisa ser muito forte pra aturar isso” (sic).

Ao abordarmos as profissionais do sexo, sobre a cor e o que a cor “Rosa Choque”, na música, representava para elas, algumas demonstraram gostar e usar a cor rosa, mas achava que a música não queria falar da cor rosa, mas sim da força da mulher: - “O Rosa aí dessa música, não quer dizer que é pra gente usar rosa, quer dizer que somos tão fortes que causamos choque, viemos para chocar, causar!” (sic).

À guisa de considerações

A importância da Universidade trabalhar com seus alunos as temáticas como o racismo, sexismo e a desigualdade de gênero presente na cultura brasileira, urge. Esse conhecimento sobre as formas como as desigualdades de gênero se produzem e reproduzem é condição para que elas possam ser enfrentadas, seja em que ambiente for, seja numa sala de aula, na comunidade ou, mesmo, num cabaré. Até porque a necessidade que faz cada mulher a se tornar uma profissional do sexo só diz respeito a ela. Não nos cabe o papel de julgador, enquanto profissionais de saúde.

Ao final da Roda de Conversa, disponibilizamos folhetos sobre a Lei 7.716/89 que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, folhetos também da Lei Maria da Penha, denominação popular da Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Estabelecemos com as profissionais do sexo a lista de contatos de prevenção à violência, endereços e telefones dos CAPS para os casos de sofrimento mental, repasse e estímulo de não ter medo de denunciar qualquer forma de violência ou racismo.

Referências

AQUINO, Priscila de Souza et al. **Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza** - CE. Texto contexto – enferm., Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 427-434, Set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **CBO - Classificação Brasileira de Ocupações**. v. 1, 3ª ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. 828 p. Disponível em <<http://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/519805-profissional-do-sexo>>. Acessado em 02/03/2016.

FARIAS, Gislaíne Duque de. **A prostituição feminina e suas representações sociais no município de Três Lagoas-MS nos anos de 1960**. Fazendo Gênero 9, 2010. Florianópolis, SC, Anais (online). Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278078184_ARQUIVO_ArtigoCongresso.pdf> Acesso em 02/03/2016.

GOMES, Romeu (Org.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.;

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

MARCONDES, Mariana Mazzini et al. (Org). **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013. 168 p.

NASCIMENTO, Elisa Larkin. **O sortilégio da cor: identidade, raça e gênero no Brasil**. Selo Negro, São Paulo, 2003.

NUNES, Alyne Isabelle Ferreira. **Prostituição feminina negra: uma análise da violência racial e de gênero na trajetória de vida, 2015**. 121 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2003.

PEREIRA, Patrícia. **Sociedade - As Prostitutas na História**. Leituras da História. São Paulo/SP. Ano IV, nº 15. 2008. Disponível em <<http://leiturasdahistoria.uol.com.br/ESLH/Edicoes/15/artigo119600-1.asp>>, Acessado em 02/03/2016.

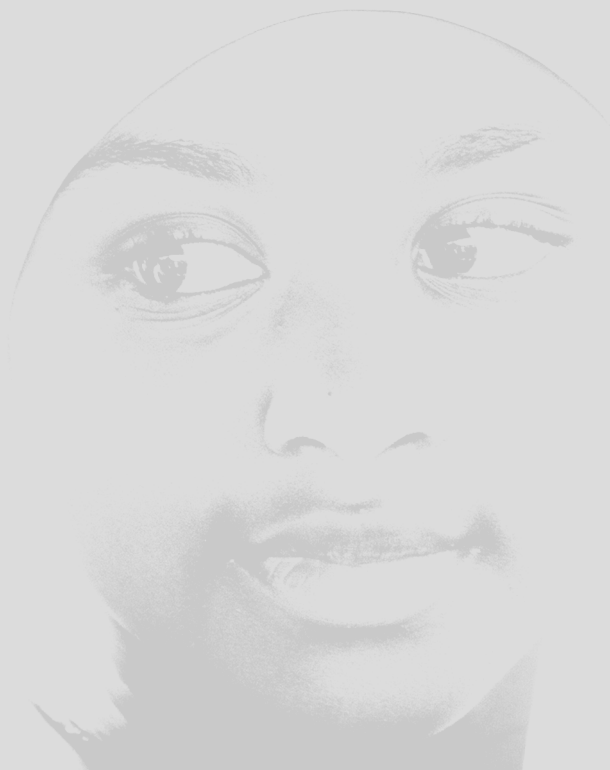
RISCADO, Jorge Luís de Souza. **Representações sobre sexualidade e Aids de homens jovens com HIV/Aids**. Tese (Doutorado em Ciências - Saúde Pública) - Escola Nacional de saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro/RJ, 2013.

SANTOS, Gislene Aparecida dos. **Mulher negra, homem branco: um breve estudo do feminino negro**. Rio de Janeiro: Pallas, 2004.

SANTOS, Walkyria Chagas da Silva. **A mulher negra brasileira**. Revista África e Africanidades, Guarulhos, v. 5, n. 2, p.1-5, maio 2009.

PARTE 4

***POVOS INDÍGENAS E SAÚDE:
DESAFIOS PARA A EQUIDADE
NO SUS***



A saúde indígena: um panorama atual

*Jéssica Camila de Sousa Rosa
Guilherme de Souza Muller
Sílvia Maria Ferreira Guimarães*

Sobre os direitos, a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, os povos indígenas têm apresentado o papel histórico de protagonistas na garantia de direitos e de políticas sociais (SECCHI, 2007), o que se revela no capítulo específico da Constituição Federal de 1988 referente aos povos indígenas e nas políticas específicas de saúde e educação indígena. O tema da saúde como um todo passou por uma mudança radical com o texto constitucional, o qual expunha claramente a necessidade de um sistema de saúde que fosse único e ao mesmo tempo observasse as especificidades locais e oferecesse serviços de saúde a qualquer pessoa. Ainda deixava claro que o cuidado em saúde é muito mais amplo que a assistência, por conseguinte, o sistema único de saúde deveria ser integral, universal e equânime (BRASIL, 1988).

Para a consolidação do direito à saúde, a constituição apontou os elementos democráticos para a construção de uma gestão das políticas públicas que sugerem um novo desenho das políticas sociais no Brasil (TEIXEIRA, 2007). Desse modo se avançou para que fosse instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) que ainda hoje vivência desafios no alcance de seus princípios e na efetivação do direito à saúde nas diversas dimensões que o engloba.

A constituição de 1988, também, avançou quando estabeleceu que para que as políticas sociais fossem desenvolvidas de modo democrático fazia-se necessário a criação de mecanismos de participação da sociedade civil por meio de órgãos representativos, que permitissem a participação em espaços de deliberações das diretrizes das políticas, de planejamento, de execução, de controle e da supervisão (TEIXEIRA, 2007).

Na construção de um Estado democrático é clara a importância dos espaços de controle social e da participação popular para uma gestão participativa; no entanto, o como fazer ainda é problemático. Observando alguns segmentos específicos, como os povos indígenas, identifica-se que há muito a ser pensado, mas não se pode negar que a participação indígena nos espaços de controle social tem sido um instrumento para obtenção e efetivação de direitos na saúde (TEIXEIRA, SIMAS E COSTA, 2013). Porém, ainda, é possível perceber que o “modelo igualitário defendido pelo SUS não se

completou e o sistema continua cheio de iniquidades, reproduzindo como as demais políticas públicas no Brasil, as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira” (FLEURY E LOBATO, 2009). E os povos indígenas estão dentro dos grupos sociais que vivenciam essa desigualdade.

A VIII Conferência Nacional de Saúde evidenciou a luta pela democratização no país. Nesse espaço, foi aprovado o direito à saúde como um direito cidadão e se desenharam os fundamentos do SUS e estratégias para sua construção (PAIM et al., 2011). Os conflitos se acirravam e, ao mesmo tempo, adentram e ultrapassam os limites dos governos e de suas instituições oficiais. As demandas se formavam e se transformavam a partir da interação dos sujeitos na disputa em torno de diferentes projetos e visões de mundo (MATOS E BAPTISTA, 2011). No entanto, a reforma sanitária foi resultado da ação política decorrente da mobilização de novos sujeitos políticos que se organizaram em torno de novas perspectivas de saúde, sociedade e atuação do poder público (MENICUCCI, 2007).

Apesar disso, sabe-se que a concretização de direitos necessita de um agir político em que a efetivação desses esteja ligada a uma operação sistêmica de uma política de direitos fundamentais (BARTOLOMEU, CARVALHO E DELDUQUE, 2003). Mesmo acumulando funções como de “realizar ações de promoção da saúde, vigilância em saúde, controle de vetores, educação sanitária além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar” (PAIM et al., 2011, p.20), há diferenças no modo como cada grupo acessa esses e outros recursos. Todos os percalços que assolam o SUS têm levado a uma estruturação de subsistemas paralelos dentro do SUS com vistas ao atendimento de necessidades específicas que acarretam em dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado (PAIM et al., 2011), como é o caso da saúde indígena. Para Paim et al (2011) o maior desafio do SUS está no campo político, visto que questões como financiamento e a desigualdade não podem ser resolvidas apenas na esfera técnica. Na própria constituição federal de 1988, os povos indígenas conseguiram espaços em dois momentos: num capítulo específico intitulado “Dos índios” e no capítulo “Da Ordem Social” obtiveram reconhecimento dos direitos territoriais e a sua diversidade, ou seja, o direito de serem diversos em meio à lógica estatal tão homogeneizadora (DOMINGUEZ E GUIMARÃES, 2013).

Não se pode negar que a criação do SUS fez com que o Estado brasileiro assumisse oficialmente a responsabilidade pela política de saúde, o que significou uma mudança de perspectiva para a população brasileira que se achava responsável por seu cuidado a qualquer custo. Porém, esse processo de garantia de direitos na prática é problemático, há desafios como compreender os individualismos e subjetivismos em busca de uma atenção à saúde diferenciada (COHN, 2009) de acordo com os seus princípios e diretrizes. Efetivar políticas de saúde para grupos sociais localizados

significa observar o direito à diversidade cultural acoplado ao direito à saúde (14).

Tensionado pelos diversos temas levantados pelos movimentos sociais, foi necessário que o Estado se reconfigurasse e passasse a observar a questão da saúde atrelada à diversidade que se apresentava no cenário nacional. Sendo a diversidade entendida como as maneiras como os grupos sociais se constituem e constroem suas visões de mundo, dando significados diversos aos seus atos, práticas e maneiras de pensar, criando regimes de saberes e práticas além de modos distintos de viver (THOMAZ, 1995) (SIMÕES E GIUMBELLI, 2010) (PIMENTA, 2010), bem como de vivenciar os seus processos de saúde, adoecimento e cura.

No que se refere aos povos indígenas, há problemas a serem enfrentados e que muitos deles são advindos de políticas públicas que se baseiam em uma moralidade estatal voltada para a criação de uma figura única de cidadão e que se dá em um sentido que, muitas vezes, não reconhece a pluralidade e a diversidade dos sujeitos (DOMINGUEZ E GUIMARÃES, 2013). Mesmo diante deste cenário, os indígenas conseguiram direitos voltados para a atenção à saúde diferenciada, buscando a superação de preconceitos e com forte protagonismo na implementação das políticas públicas (DOMINGUEZ E GUIMARÃES, 2013).

Dos indígenas e da saúde indígena

O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, apresenta a existência de, aproximadamente, 700 mil indígenas no Brasil. Esse número reduzido reflete os processos históricos de colonização, ampliação das estradas e ferrovias, frentes de exploração econômica em seus territórios tradicionais que promoveram um genocídio dos povos indígenas. Esses fatores levaram aos territórios indígenas doenças como malária, sífilis e tuberculose (ROSEMBERG, 2013) além da exploração e aniquilação física a que foram submetidos. Mesmo com esse número reduzido, hoje, eles apresentam um crescimento populacional maior do que o resto da população, revelando a capacidade de resistência diante de tantas adversidades. Após um longo período de ausência de políticas voltadas para esses povos, com a presença intensa de missionários atuando em seus territórios, além de interesses econômicos, o Estado brasileiro passou a se posicionar sobre as questões indígenas, o que se deu devido ao ativismo do movimento indígena no Brasil. O marco dessa mudança foi a Constituição Federal de 1988, o período anterior teve uma forte ênfase na assimilação dos povos indígenas à sociedade nacional. Para compreender essa mudança, vale mencionar um período anterior, o colonial, quando a saúde indígena estava a cargo das missões religiosas assim como a educação que compunha um processo de evangelização e estava a cargo dos jesuítas. A colônia não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde por parte do governo. Os indivíduos e grupos sociais eram responsáveis por seu cuidado.

A preocupação dos governos coloniais era com a escravização dos indígenas, organizando e legislando sobre os descimentos e captura desses indivíduos (CIMI, 2016) (DOMINGUEZ E GUIMARÃES, 2013). Em 1775, início da Era Pombalina (1750-1777), os jesuítas são expulsos das colônias portuguesas, seus bens são confiscados e há uma ênfase em construir uma base educacional pública (ALMEIDA, 2008). Havia uma preocupação do Marquês de Pombal em pôr fim à língua geral, com base indígena, falada no Brasil, e impor a língua portuguesa. Foi elaborado o Diretório dos Índios, em 1775, um documento que organiza o processo de assimilação dos indígenas à sociedade brasileira. Desse modo, os indígenas estariam sob a tutela de um diretor, eleito em cada aldeamento ou comunidade, o qual tinha função de orientação e instrução (ALMEIDA, 1997). Em um período mais recente, fins do século XIX e início do século XX, marcado pela atuação do Marechal Rondon, o qual se tornou o primeiro diretor do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), criado em 1910, os indígenas passam a ser alvo de novas políticas. O SPI foi criado de maneira precária e descontínua, que representava a participação de instâncias estatais na vida dos indígenas (FUNASA, 2002). Rondon era marechal do Exército e comandou uma das comissões enviadas pelo governo brasileiro para dar início a uma política de povoamento e ocupação que visava colonizar regiões do país, construir estradas e educar os indígenas (CASTELLI, 2007). A política do marechal era “positivista” e fez opção por proteger e assimilar culturalmente os indígenas através da educação, mudança de hábitos e promoção da civilização (CASTELLI, 2007). O entendimento era de que os indígenas estavam em um estágio de evolução inferior, mas que tão logo alcançariam a civilização e com isso foi o primeiro a defender as terras indígenas a sua maneira, fazendo deslocamentos e retiradas de indígenas de seus territórios tradicionais (CASTELLI, 2007).

A criação do SPI não foi o suficiente para organizar a oferta de serviços de saúde, pois tais serviços não eram capazes de suprir as demandas e se restringiam apenas a ações emergenciais. Acompanhando a história dos serviços de saúde no Brasil, os indígenas, também, receberam atendimento dos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) que realizaram ações básicas de saúde em áreas de difícil acesso com foco na imunização, controle de tuberculose e malária que ainda dizimavam a população da época.

Nas décadas de 1960 e 1970, o SPI foi extinto e a Fundação Nacional do Índio (Funai) foi criada. E desse modo, em 1967, o governo federal passa a responsabilidade da saúde do SPI para a Funai, vinculada ao Ministério da Justiça (LANGDON, 2007). Agora, estava-se diante do modelo campanhista, baseado em ações de saúde de Equipes Volantes de Saúde (EVS), organizadas no ambiente urbano com deslocamentos específicos até as aldeias para atendimento de demandas espontâneas dos indígenas. Apesar de realizarem atendimentos em área aos povos indígenas, esse modelo ainda não representava uma atividade contínua e capaz de acompanhar a situação de saúde desses povos (GARNELO, 2012).

Esse período inicial de gestão da saúde indígena apresentou diversas dificuldades na estruturação dos serviços. Havia uma dificuldade de lidar com a dispersão geográfica dos indígenas e a precariedade de recursos físicos e financeiros se apresentavam como limitantes para se prestar a assistência adequada a esses povos. Além dessas dificuldades um fator determinante eram os recursos humanos, havia desvalorização dos profissionais e alta rotatividade (GARNELO, 2012). Vale ressaltar que vigorava uma legislação, como o Estatuto do Índio de 1970, que não garantia o direito à diversidade, mas, pelo contrário, havia o propósito de pôr fim aos modos de vida indígenas e integrá-los à sociedade envolvente.

Os indígenas eram, também, tutelados pelo Estado, o que lhes retirava autonomia e o pleno exercício da cidadania. A saúde indígena estava a cargo da Funai que fazia o uso das EVS, estas se mantiveram até a década de 1970. Essa atuação oscilava entre a Funai e a Funasa. A divisão além de manter as dificuldades que a Funai já enfrentava, passou a sofrer com as ações fragmentadas e que pouco se aproximavam do propósito constitucional de se prestar atenção à saúde integral aos povos indígenas. Entre as estratégias de recuperação e prevenção, as práticas de promoção da saúde ficaram esquecidas.

Em 1999, um projeto de lei proposto pelo médico sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca na Câmara dos Deputados é sancionado e se transforma num marco regulatório para saúde indígena. Trata-se da lei nº 9.836/1999, denominada Lei Arouca, que inclui o Capítulo V, o qual cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, na lei nº 8.080 de 1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Foi instituído, então, um subsistema dentro do sistema de saúde já existente, mas que legalmente apresenta estruturas que se adaptam a realidade indígena, na proposta de serviços diferenciados e até então atípicos a estrutura vigente do SUS. O subsistema este vinculado ao SUS, dando a ele a característica clara de ser um subsistema e não um sistema a parte. Nesse processo, a saúde indígena passou a ser gerida administrativamente pela Funasa, órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

A lei Arouca dispõe que deverá ser considerada a realidade local e especificação da cultura dos povos indígenas e ainda observada essa diversidade dentro da assistência à saúde em consonância com a Constituição de 1988 que pôs fim à integração dos povos indígenas à sociedade nacional. Além disso, o Subsistema deverá ser caracterizado pela descentralização, hierarquização e regionalização das ações de saúde. Para isso, instituíram-se serviços específicos como os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que são pólos regionalizados de atenção à saúde indígena, responsáveis pelo elo entre a rede de atenção.

Há vários avanços trazidos pela formulação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como também há alguns pontos que a legislação pertinente não es-

clareceu. Garnelo (2012) trata sobre isso: no caso da saúde, uma forma de salvaguardar os direitos indígenas seria manter a prestação das ações de saúde no âmbito do próprio Ministério da Saúde. Porém, a chamada descentralização, a diretriz do SUS que preconiza o repasse da execução das ações de saúde para as municipalidades, destituiu o nível federal de uma rede própria de assistência. Esse é um exemplo das contradições geradas entre a estrutura e funcionamento do SUS e a responsabilidade constitucional do governo federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas (GARNELO, 2012, p.24). Assim, Garnelo (2012) explicita que apesar do aspecto positivo do governo federal ter se responsabilizado pelas ações de saúde indígena pouco se pensou sobre as redes de atenção à saúde (MENDES, 2010) e o envolvimento inevitável das demais esferas de gestão. Essa contradição traz diversos problemas que serão apresentados adiante, os quais se apresentam no interior do SUS, especialmente, no nível municipal, local onde estão os maiores adversários dos povos indígenas e ameaças ao seu território tradicional.

Posteriormente, é aprovada, em 2002, a Portaria nº 254 do Ministério da Saúde, criando a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAS-PI), que prevê a necessidade de preparação dos profissionais para atuar mediante essa diversidade e a necessidade de se desenvolver a articulação dos serviços de saúde com os sistemas de saúde tradicionais. Tal política começa a esclarecer alguns aspectos da atenção à saúde dos povos indígenas como, por exemplo, formas de organização da gestão e do modelo de atenção à saúde para esses coletivos em suas singularidades. Porém, o desafio de como fazer em nível local e federal, envolvendo desde assistência até a gestão, continuou, pois não se tratava apenas da necessidade de garantir o princípio da integralidade do SUS, mas sim articular esse princípio com aspectos da diversidade desses povos, reconhecer os sistemas tradicionais de cura e prover assistência à saúde de qualidade. O modelo em questão, ainda, não foi capaz de sustentar as necessidades desses povos.

Em 2010, foi atendida uma antiga reivindicação dos povos indígenas com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), Ministério da Saúde. A Secretaria Especial de Saúde Indígena propôs uma nova estrutura organizacional e que já nasceu carregando a expectativa histórica de uma assistência à saúde de qualidade e o fim da corrupção que marcava a Funasa. A Sesai foi dividida por áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Mesmo assim o quadro caótico ainda se mantém. A PNASPI, aprovada na portaria 204/2002, criou espaços específicos de participação social para os povos indígenas como os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e o Fórum de Presidentes de Condisi. Considerando a subordinação da PNASPI à Política Nacional de Saúde (PNS) (CRUZ, 2003; CRUZ, 2008), os espaços de participação e controle social indígenas ainda estão vinculados ao CNS. Cabe enfatizar que essa política de saúde

indígena e o subsistema somente se efetivam para os indígenas que vivem em Terras Indígenas demarcadas pelo Estado brasileiro. Os indígenas que vivem em cidades ou territórios não demarcados não usufruem na política. Há um processo de exclusão e delimitação da indianidade dada pelo Estado.

Nessa perspectiva é possível observar diferentes movimentos, formatos e possibilidades para a saúde indígena em um contexto atual e também de futuro. E esse é o principal objetivo dessa discussão: entender alguns pontos importantes da situação atual da saúde indígena e de forma ainda mais ampla, algumas notas sobre a situação dos povos indígenas no Brasil a partir da realidade que se observa nas questões de saúde.

Notas sobre a saúde indígena no contexto atual

Entender os rumos da política brasileira de saúde indígena nos últimos 30 anos implica compreender um pouco do imaginário sobre os indígenas. Esses vivenciam violentos conflitos em seus territórios e no que diz respeito à saúde, apresentam péssimos indicadores (COIMBRA JR E SANTOS, 2010). São submetidos a uma violência sistemática, marcada pelo descaso e não cumprimento de seus direitos (SILVA E BESSA, 2008) desde o período colonial alcançando os dias atuais. No período colonial, o contato com os indígenas se deu de forma violenta, provocando mortes e dando início às epidemias que devastaram esses povos. As formas de violência foram distintas e com especificidades históricas a depender do tempo-espço e grupo étnico e se pode afirmar que estão presentes ainda hoje por meio de outras práticas (CIMI, 2016).

As violências são múltiplas e em diferentes “formatos”. Variam de casos como o da criança da etnia Kaingang de dois anos cruelmente assassinada em dezembro de 2015 no estado de Santa Catarina (CIMI, 2015) até casos como o ocorrido no final de abril de 2017 em que indígenas tiveram membros decepados e foram baleados por processos de retomada de terras no estado do Maranhão (CIMI, 2017). A vida dessas populações é marcada pelo contexto colonial racista que mata e usurpa desses coletivos e que não tem fim e se perpetua em múltiplos formatos. Podem ser apontados como casos que evidenciam, em diferentes regiões do país, os diferentes tipos de violência que assolam a realidade dos povos indígenas e o racismo da sociedade brasileira com os seus povos originários.

Os casos relatados, assim como os muitos que se dão nos rincões do país com pouco ou nenhuma repercussão, retratam uma sociedade pautada no preconceito violento e de um Estado que se omite. O Estado se omite quando “congela” a demarcação de terras indígenas, quando desvia recursos públicos, quando não garante qualidade de vida e bem estar social, ou não garante direitos básicos previstos no texto constitucional.

Enquanto isso, perpetua-se a leitura histórica do indígena nos discursos e práticas: o mau selvagem, que se refere ao indígena que deve ser civilizado, e do bom selvagem, que se refere a uma imagem do índio romantizado ligado à natureza e ingenuidade. Ambas perspectivas constituídas em um imaginário da sociedade brasileira que expressam mais tal sociedade e seus preconceitos com a diversidade e, assim, apresentam os indígenas permeados por uma visão de inferioridade e assimilação (LUCIANO, 2006).

São inúmeras as situações onde esse imaginário é acionada na prática, não permitindo o pleno exercício dos seus direitos e a efetivação de políticas públicas. Em 1986, as Nações Unidas definiu os povos indígenas da seguinte maneira:

“as comunidades, os povos e as nações indígenas são aqueles que, contando com uma continuidade histórica das sociedades anteriores à invasão e à colonização que foi desenvolvida em seus territórios, consideram a si mesmos distintos de outros setores da sociedade, e estão decididos a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência continuada como povos, em conformidade com seus próprios padrões culturais, as instituições sociais e os sistemas jurídicos” (LUCIANO, 2006, P.27).

Portanto, não é objetivo dos povos indígenas ou das instituições que os representam ter a imagem romantizada do bom selvagem, nem tampouco ter qualquer tipo de estereótipo que os unifique como se existisse uma cultura única. Cada etnia possui costumes, modos de agir muito distintos uns dos outros. Entre a própria etnia pode haver grandes diferenças devido à sua história, sua conservação das terras e ao seu contato com os não indígenas e as cidades. Para tanto é indispensável que se tenha respeito à sua história, aos seus costumes, seus direitos e sua diversidade, o que ainda não é uma realidade.

Desde a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SasiSUS) são reconhecidas as necessidades de ajustes, mas o que se vê é um processo constante de enfraquecimento das estruturas que compõem o subsistema e uma retomada sucinta à proposta da municipalização da saúde indígena. Há o problema de indicações políticas para os ministérios que tratam dos povos indígenas com interesses diametralmente opostos aos dos povos indígenas. As discussões no nível central do órgão máximo de gestão do SUS (o Ministério da Saúde) acenavam para uma menor interferência dos DSEIS e uma maior autonomia dos municípios nas decisões sobre a saúde indígena. O assunto rendeu muitas pautas nos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisis), que encaminharam desde manifestações favoráveis a manifesta-

ções contrárias às mudanças propostas, em sua grande maioria. A discussão sobre a municipalização é antiga entre os indígenas, pois remonta às discussões anteriores à criação do subsistema. Os principais argumentos contrários à proposta são os casos históricos praticados por muitos municípios aos indígenas, que sofrem com questões de disputas por terra ou mesmo a isenção de responsabilidade com esses povos. Como identificados nos casos de violência trazidos anteriormente.

Rosa e Guimarães (2016) trazem relatos de experiências vivenciadas no interior dos municípios do estado do Rio Grande do Sul com indígenas. Há relatos de municípios que se negam a executar recursos repassados para a saúde indígena e também se negam a garantir acesso dos indígenas aos diferentes níveis de atenção à saúde para não contrariar grupos de agricultores e indivíduos que são contrários a presença dos indígenas nos municípios. Nesses casos os discursos circulam entre a questão fundiária e o preconceito e discriminação e o que se vê é o direito à saúde cerceado. Alguns argumentam que não querem receber os recursos para a saúde indígena, pois não querem reconhecer a presença de indígenas em seu território. Os relatos de discriminação apresentados pelas autoras são múltiplos e não só na saúde, mas, também, nas escolas em que era negada a merenda escolar às crianças indígenas e reclamações sobre a higiene e a educação familiar das crianças indígenas.

Um fato importante, que vai ao encontro das estratégias governamentais de enfraquecimento do subsistema, ocorreu com a publicação da Portaria 1907/2016 que revogou competências dos DSEIS. A partir da nova legislação, as principais decisões sobre a saúde indígena passariam a ser centralizadas no nível central do Ministério da Saúde. Para os indígenas, isso resultaria em um grande retrocesso, haja vista que perderiam forças as decisões de base nos conselhos locais e conselhos distritais de saúde indígena, dificultando a resolução das reais necessidades em saúde e concentrando o poder das decisões nas mãos de poucas pessoas. Tão logo a Portaria foi publicada, houve uma grande mobilização dos indígenas em diversos locais, havendo protestos em DSEIS e na capital federal, além da grande repercussão na internet com milhares de hashtags e manifestações de luto que se multiplicaram a partir da decisão. Em poucas horas, em decisão histórica, a Portaria foi revogada pelo ministro Ricardo Barros.

A partir de então os Distritos Sanitários seguem no modelo anterior, contudo devido às estratégias adotadas pelo governo diante da crise financeira nacional, não haverá acréscimo no orçamento para o ano de 2017. A partir disso se prevê muitas dificuldades para o futuro da saúde indígena, que já carecia de recursos para resolver os problemas de saneamento das aldeias e acampamentos, assim como a compra de insumos para as equipes de saúde e para a qualidade do transporte, que vem sendo pautas recorrentes nas reuniões do conselho distrital dos anos anteriores até o presente momento.

Outra mobilização dos povos indígenas ocorreu no ano de 2016, antes da nomeação do novo presidente da Funai. O governo tinha a intenção de nomear um militar reformado para o cargo, que já havia usado as redes sociais para exaltar a ditadura militar e se manifestava favorável ao Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 215, que passa a demarcação de terras do Executivo para o Congresso. Dezena de notas de repúdio e um manifesto assinado por indígenas e especialistas foram entregues ao governo, que recuou da decisão (EL PAÍS, 2016).

O desafio da gestão atual da Sesai é enorme, pois terá que suplantar as dificuldades já conhecidas com a mesma quantidade de recursos. Além disso, a saúde indígena também sofrerá com a PEC 241 que congelará as despesas da saúde e educação por 20 anos, será acrescido apenas o reajuste da inflação do ano anterior. Ou seja, mesmo que a economia do país se recupere e cresça nos próximos anos, os recursos destinados serão exatamente os mesmos. Outras questões que ferem os direitos indígenas, principalmente referentes à demarcação de terras, também seguem em tramitação no congresso nacional. Caso alguns desses projetos sejam aprovados, poderão ter um impacto negativo na vida e saúde dos povos indígenas. Por exemplo, a já mencionada PEC 215/2015 que retira do poder executivo a função de agente demarcador das terras indígenas e a inclui entre as competências exclusivas do Congresso Nacional, permitindo inclusive reverter terras já demarcadas; o projeto de Lei Complementar 227/2012, que legaliza latifúndios, assentamentos rurais, projetos e obras em terras indígenas e a PEC 237/2013, que autoriza que produtores rurais tomem posse de terras indígenas por meio de concessão. Na prática, todos esses projetos pretendem “parar” com a demarcação de terras ou até mesmo reverter algumas conquistas e legalizar outras atividades nessas áreas, o que resultaria em um grande impacto para esses povos, que dependem da terra para a manutenção das suas culturas. A influência de ruralistas e latifundiários sobre o congresso nacional é recorrente e está em constante pauta das reivindicações e protestos dos povos indígenas.

Todas as notas trazidas sobre alguns pontos da discussão atual da saúde indígena também podem ser vistas em dados. Santos e Coimbra Jr. (2003), por exemplo, apontam que o perfil epidemiológico e demográfico dos indígenas, no Brasil, ainda é pouco conhecido influenciado pela ausência e irregularidade de inquéritos bem como a precariedade dos sistemas de informação em saúde. No entanto, embora os estudos sobre morbidade e mortalidade não cubram a totalidade da população indígena brasileira, é possível identificar taxas de três a quatro vezes maiores do que a população em geral (PELEGRINI, 2000). É importante ressaltar, ainda, que as análises demográficas e epidemiológicas dos povos indígenas têm o desafio de considerar a enorme sociodiversidade desses povos, bem como as trajetórias sociais e históricas (SOUZA, SANTOS E COIMBRA, 2010).

Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre os limites da democracia direta via controle social e a possibilidade de ação política que contemple o diálogo interétnico que se traduza em melhorias significativas na realidade (TEIXEIRA, SIMAS E COSTA, 2013) e evidencie a necessidade de valorizar e fortalecer as tecnologias adequadas às realidades indígenas. Estes processos assumem características complexas e contraditórias quando são pensadas a relação entre oferta restrita de serviços sociais públicos e demanda social ampliada. Um dos desafios se volta para alcançar a formulação de uma arquitetura institucional que consiga garantir transparência administrativa, equacionar demandas e garantir formas de participação em níveis decisivos de gestão (FREITAS, 2015).

Considerações finais

São apenas algumas notas de uma discussão e realidade histórica, mas que vão ao encontro do relatório do Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), intitulado Relatório da ONU sobre os direitos dos povos indígenas no Brasil, em que a relatora afirma que povos indígenas no Brasil enfrentam riscos mais graves que em qualquer outro tempo desde a Constituição Federal de 1988.

Há distância entre as leis e políticas criadas e a efetivação das mesmas. Mesmo com todas as legislações que afirmam e reafirmam direitos dos povos indígenas existe um abismo entre elas e aquilo que se vivência no interior do sistema. Fica cada vez mais nítido a necessidade de fortalecer as ações intrasetoriais, compartilhar o entendimento de que a realidade indígena precisa ser pensada em face às diversas políticas de saúde e se dialogar em lógicas diferenciadas que, por vezes, não estão refletidas nos textos das políticas setoriais e temáticas.

O Brasil tem descumprido acordos internacionais e sua omissão tem sido denunciada em documentos oficiais e também pelos povos indígenas. Afinal, os indígenas como protagonistas da sua história têm se organizado, se manifestado na tentativa de dar voz e visibilidade às causas indígenas nas mais diversas áreas.

O panorama atual da saúde indígena vem marcado pelo balizamento do direito à saúde a interesses diversos, os apontamentos são vários e a necessidade de revisão de valores da sociedade brasileira é urgente.

Referências

Almeida MRC. **Política Indigenista de Pombal: a proposta assimilacionista e a resistência indígena nas aldeias coloniais do Rio de Janeiro**. Actas do Congresso Internacional Espaço Atlântico de Antigo Regime: poderes e sociedades 2008.

Almeida RH. **O Diretório dos Índios – Um projeto de “civilização” no Brasil do século XVIII**, Brasília: Editora Universidade de Brasília 1997.

Bartolomei CEF, Carvalho MS, Delduque MC. **A Saúde é um Direito**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro 2003 set./dez 27(65), p. 184-191.

Castelli RE. **A Comissão Rondon e a construção da imagem do interior do Brasil**. Cadernos de Ciências Humanas - Especiaria. 2007 jan/jun 10(17) 333-339p.

Cohn A. **A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões**. Caderno de Saúde Pública, 2009, 25(7) 1614-1619p.

Conselho indigenista missionário. **Relatório-Violência contra os Povos Indígenas no Brasil dados de 2014**. Acessado em 03 dezembro de 2015. Disponível em: <http://cimi.org.br/pub/Arquivos/Relat.pdf>

Conselho indigenista missionário - Regional Sul. **Vítor, um menino kangang de apenas dois anos é assassinado enquanto era amamentado pela mãe**. Acessado em 20 de abril de 2016. Disponível em: http://www.cimi.org.br/site/pt=-br/?system=news&conteudo_id=8538&action=read

Conselho indigenista missionário, 2017 - <http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=9250> **Indígenas Gamela tiveram membros do corpo decepados durante ataque no MA**. Acessado em: 04 de maio de 2017.

Constituição Federal Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Cruz KR. **Povos indígenas e políticas de saúde no Brasil: o específico e o diferenciado como desafios**. Dissertação-Mestrado. Universidade Federal do Maranhão 2003 155f.

Cruz KR. **Os desafios da particip(ação) indígena na saúde indigenista**. Tese-Doutorado. Universidade Federal do Maranhão 2008 203f.

Dominguez AGD, Guimarães SMF. **Estados modernos, cidadania e saúde na América Latina: dilemas contemporâneos a partir de uma leitura clássica**. In: Ávila organizador. Política, cultura e sociedade na América Latina: estudos interdisciplinares e comparativos. Curitiba: CRV 2013. P.133-150.

EL PAÍS, 2016.. **General Peternelli é descartado para Funai após pressão de movimentos indígenas**. Acessado em: 04 de maio de 2017.

Fleury S, Lobato LVC, organizadores. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES 2009.

Freitas LO. **Políticas públicas, descentralização e participação popular**. R. Katál., Florianópolis 2015 jan/jun 18(1) 113-122p.

Langdon EJ. **Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio**. Editorial Especial. Saúde Soc. São Paulo 2007 16(2) 7-12.

Luciano GB, organizador. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006 (Coleção Educação para Todos, n.1).

Mattos R, Baptista T. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, IMS, FAPERJ 2011.

Minayo MC. **Violência: impactos no setor saúde e resposta do sistema**. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz 2012 1011-1036p.

Menuccucci TMG. **A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política**. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2007, p.303-326.

Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva 2010 15(7) 2297-2305p.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: FUNASA 2002. 65. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2000 5(1).

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Saúde no Brasil. The Lancet 2011 mai p.11-31.

Pellegrini M. **Povos indígenas e a conquista da cidadania no campo da saúde**. In: Ricardo CA, editor. Povos indígenas no Brasil:1996-2000. São Paulo: Instituto Socioambiental 2000 132-142p.

Pimenta M. **Diferença e desigualdade**. In: Moraes A. Coleção Explorando o Ensino: Sociologia vol.15. Brasília: MEC 2010. 139-162p.

Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde. Garnelo L. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012 18-59p (Coleção Educação para Todos, n.5).

Rosa JCS. Guimarães SMF. **Travessias da participação social e estratégias de mudança da política de saúde: o controle social na saúde indígena em diferentes perspectivas**. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, 2016.

Rosemberg AMFA. **Breve História da Saúde Pública no Brasil (Cap.1)**. In: Rouquayrol M, Gurgel M. Epidemiologia e Saúde, Rio de Janeiro: MedBook 2013 1-9p.

Santos RV, Coimbra Jr CEA. **Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil**. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003 13-47p.

Secchi D. **Autonomia e protagonismo indígena nas políticas públicas**. In: Januário E, Silva FS, Karim TM, organizadores. Cadernos de educação escolar indígena-PRO-ESI.Volume 5. Barra do Bugres: UNEMAT, 2007.

Simões J, Giumbelli E. **Cultura e alteridade**. In: Moraes A. Coleção Explorando o Ensino: Sociologia vol.15. Brasília: MEC 2010. 187-208p.

Silva MJ, Bessa MEP. **Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda**. Ciencia y Enfermeria XIV 2008 (1): 23-31 p.

Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr CEA. **Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva 2010 15(1).

Teixeira SM. **Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais**. Revista Katálysis 2007 dez 10 154-163p.

Teixeira CC, Simas DH, Costa NMA. **Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta**. Rev Tempus Actas Saude Col 2013 set/dez 97-115p.

Thomaz OR. **A antropologia e o mundo contemporâneo: cultura e diversidade**. In: Silva A, Grupioni D, orgs. A temática indígena na escola. Brasília: MEC/MARI/UNESCO; 1995. 425-441p.

O modelo explicativo Mbyá sobre o uso de bebidas alcoólicas, RS

Luciane Ouriques Ferreira

O consumo de bebidas alcoólicas entre os *Mbyá*-Guarani faz parte de um processo de alcoolização instaurado pelo contato interétnico estabelecido entre esse povo e a sociedade envolvente ao longo da história¹³. Ao uso de álcool se agrega um conjunto de práticas e significados que articulam o modo de viver indígena a uma série de elementos provenientes do ‘mundo do *juruaá*’ (não-índio) - festas, jogos, alimentos, músicas, bebidas alcoólicas - que são apropriados e indigenizados pelos *Mbyá*, configurando uma forma de beber particular culturalmente situada.

No presente texto damos ênfase ao ponto de vista *Mbyá* sobre o consumo de álcool que remete ao impacto dessa prática sobre a pessoa e a vida nas comunidades indígenas. Com isso pretendemos deslocar o foco estritamente biomédico que define o alcoolismo como uma doença individual que se manifesta da mesma maneira em todas as sociedades, para uma abordagem que reconhece esse fenômeno como determinado por múltiplos fatores e privilegia as dimensões coletivas e socioculturais do beber. Assim, buscamos deslocar o foco do “alcoolismo do campo *universal/individual/causa* única para o campo *cultural/coletivo/multifatorial*” (LANGDON, 1999:2).

O modelo explicativo *Mbyá* sobre o consumo de bebidas alcoólicas, suas causas e consequências, emergiu durante as atividades dialógicas realizadas no âmbito do “Diagnóstico antropológico participativo sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os *Mbyá*-Guarani no Rio Grande do Sul” (2000-2001). Esse projeto contou com a participação de lideranças indígenas que atuaram como mediadores e tradutores nas ações de pesquisa realizadas junto a dezessete (17) comunidades visitadas. Por meio da realização do diagnóstico buscamos averiguar se os *Mbyá* reconheciam o uso de bebidas alcoólicas como um problema e, conseqüentemente, fazer uma caracterização sociocosmológica dos problemas por eles identificados. Além disso, a investigação também identi-

¹³ Não considero o uso das bebidas fermentadas tradicionalmente consumidas pelos ameríndios (FERNANDEZ, 2011) enquanto antecedente imediato/contínuo dos processos de alcoolização contemporâneos experienciados pelos povos indígenas. Opto por enfatizar as diferenças existentes entre as práticas alcoólicas tradicionais e as que emergem nas fronteiras das relações interétnicas, diferenças estas instituídas pelas próprias relações de poder instauradas com o advento do contato

ficou as práticas de autoatenção (MENEDEZ, 2009) utilizadas e indicadas pelos *Mbyá* para o controle do consumo de álcool junto às comunidades, tais como o aconselhamento através das “boas palavras”¹⁴.

O caminho de intervenção adotado pelos *Mbyá* - reuniões dos karaí e percurso terapêutico dos xondaro marãgatu (conselheiros) -, em consonância com o modelo explicativo que surgiram no contexto do Diagnóstico, potencializou os sábios indígenas e as práticas de autoatenção à saúde já existentes entre os *Mbyá* - a instituição do aconselhamento - para a realização de um trabalho de intervenção sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas de cunho comunitário. Por isso, para descrever o modelo explicativo *Mbyá* sobre o uso de álcool também consideraremos aqui as orientações que os sábios indígenas deram às comunidades *Mbyá* durante as ações de intervenção do projeto de pesquisa-ação “Redução dos danos causados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os *Mbyá-Guarani*” (2000-2003).

Aqui, após revisitar algumas noções importantes sobre a pessoa *Mbyá* e sua relação com os processos de saúde-doença-atenção, passaremos a refletir sobre as diferentes dimensões que caracterizam o processo de alcoolização entre os *Mbyá* e a descrever o modelo explicativo sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas que emerge dos diálogos estabelecidos entre os karaí, caciques e comunidades no contexto das ações diagnóstico antropológico. Finalmente, faremos algumas anotações sobre a participação enquanto estratégia fundamental tanto no processo de construção de conhecimento sobre o fenômeno do consumo de álcool junto a povos indígenas, quanto para o desenvolvimento conjunto de ações de redução de danos causados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os *Mbyá-Guarani*.

A noção de pessoa e o sistema sociomédico *Mbyá*

Para compreendermos o fenômeno de alcoolização *Mbyá-Guarani* e sua relação com o processo saúde-doença convém considerarmos alguns aspectos que informam o sistema sociomédico indígena: por um lado, a noção de pessoa, já que é sobre ela que as doenças acontecem; por outro, o sistema etiológico, lugar onde encontramos imersas as interpretações relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas.

Saúde, doença e cura acontecem dentro de “sistemas médicos” específicos, o que lhes confere significados e modelos

¹⁴ As boas palavras são “as palavras sagradas e verdadeiras (...); são a linguagem comum a homens e deuses; palavras que o profeta diz aos deuses ou, o que dá no mesmo, que os deuses dirigem a quem sabe ouvi-los” (H. CLASTRES, 1978:86-87).

de ação próprios. O conceito de sistema médico não somente privilegia os aspectos simbólicos da cultura, como diz respeito a integração de crenças etiológicas, às normas guiando a escolha e avaliação de tratamento, aos papéis sociais dos atores envolvidos, às relações de poder, aos eventos de interação e às instituições encarregadas das questões de saúde. Os sistemas médicos (...) existem dentro de realidades simbólicas social e culturalmente construídas, realidades estas que são mediadoras das ações humanas. Portanto o que as pessoas percebem como doença e os sintomas a ela associados são modulados pelo sistema cultural, assim como as ações curativas tomadas e as avaliações subsequentes (LANGDON, 1994:118).

A pessoa *Mbyá*-Guarani é composta por dois espíritos: um de natureza divina, o *nhe'ë*; e o outro de natureza telúrica que se desenvolve com a pessoa durante sua caminhada nessa terra.

Ao *nhe'ë*,

espécie de espírito protetor, incumbe a segurança do indivíduo, vigiando-o. (...) É parte integrante do seu eu. (...) Os *nhe'ë* caracterizam-se por existência relativamente livre, isto é, existem independentemente do corpo, podendo deixá-lo, (...) e retirar-se para regiões longínquas (SCHADEN, 1962:137-138).

Uma jovem liderança explica que o *nhe'ë* é o princípio da pessoa *Mbyá*, é o espírito que sustenta a sua vida e determina a sua forma de ser. “Nós, seres humanos, somos apenas representações imperfeitas deste ser perfeito que é o espírito-nome *nhe'ë*” (V.P). O *nhe'ë* é enviado pelos verdadeiros pais dos espíritos-nome a essa terra imperfeita para viver conforme os fundamentos por eles ensinados (CADOGAN, 1950).

Quando *Nhamandu Ru Ete* (também chamado *Kuarai*) concebeu as demais divindades – *Carai Ru Ete* (leste), *Jacaira Ru Ete* (zênite) e *Tupã Ru Ete* (oeste) – conferiu-lhes o encargo das almas-palavras dos futuros homens; são estas divindades, por essa razão, chamadas de *Ñe'eng Ru Ete* (pais verdadeiros das almas-palavras) que o *xamã* (no ritual de batismo) invoca para saber de onde vem a alma da criança e qual é o seu nome (H. CLASTRES, 1978:88).

O nome do *nhe'ë* da pessoa revelado ao *karai* (xamã) durante o ritual do batismo, através da sua capacidade de entrar em contato com as divindades, indica a procedência do espírito e a filiação divina da pessoa. “O nome a seus olhos, é a bem dizer um pedaço de seu portador, ou mesmo quase idêntico a ele, inseparável da pessoa. O Guarani não ‘se chama’ fulano de tal, mas ele ‘é’ este nome” (NI-MUENDAJÚ, 1987:31-32). De sua conexão com o nome divino dependerá a saúde e o bem-viver da pessoa, pois é ele que “sustentará erguido o fluir do seu dizer” (CADOGAN, 1950).

Por outro lado, o espírito telúrico é o princípio terrestre que a pessoa adquire junto ao corpo quando o *nhe'ë* encarna na terra. Este espírito desenvolve-se no decorrer da sua vida como resultado do seu modo imperfeito de viver (*teko axy*). Em vida, o espírito telúrico é designado pelo termo *an* (princípio vital); e ao morrer ele se transforma em *angue*, referido pelos *Mbyá* como ‘espírito do morto’, também chamado de *mboguã*. O *mboguã* é um fantasma muito temido, que vaga pelos lugares onde a pessoa transitou em vida a assustar e causar doenças ao se aproximar dos vivos.

Além dos *mboguá*, outros seres também podem causar doenças ao se aproximarem das pessoas: os *anhã* - seres demoníacos que exercem suas influências deletérias sobre as pessoas¹⁵; ou mesmo os *dja* - os donos espirituais da natureza e de tudo quanto existe neste mundo e que compartilham da sua condição imperfeição. Ainda sobre as doenças, a *kunha karai Doralice* nos ensina sobre o fato delas próprias, possuem um dono espiritual - *mba'e axy djá*:

Há muito tempo atrás, no início, a terra não era essa. Era um outro mundo, onde todas as coisas tinham vida e se comunicavam. Até os cachorros eram como a gente. Certo dia, esse mundo queimou e se acabou em um grande fogo. Com o fim desse mundo, *Nhanderu* resolveu partir. Nesse tempo existia um ser-doença '*mba'e axy djá*'. *Nhanderu* queria levar embora todo mundo, mas não podia. Assim ele deixou '*mba'e axy djá*' no mundo imperfeito, no mundo das dores. '*Mba'e axy djá*' ficou muito chateado, porque queria ter ido embora junto com *Nhanderu*. 'Não entendo porque você vai me deixar aqui com a missão de espalhar as doenças', reclamou.

¹⁵ Helene Clastres define os *anhã* como “espíritos perversos que povoam a floresta, cuja única razão de existir é perseguir os índios e votar ao fracasso os seus empreendimentos. É a eles que se atribui a responsabilidade, tanto do resultado infeliz de uma expedição guerreira, ou da insuficiência de uma colheita, como ainda das desventuras individuais” (1978:26).

Então, quando *Nhanderu* partiu, ele deixou esse ser-doença invisível. Por isso hoje nós não conseguimos vê-lo. Ele é o ser que cuida das cachoeiras e dos rios. É o ser-espírito-das-águas. Por isso não podemos abusar do rio indo nas cachoeiras. Nem as crianças podem ficar indo nos rios, porque existe o dono desses lugares. Se esse ser '*mba'e axy dja*' apontar o dedo para uma pessoa, ela vai sofrer muito. Se ele tocar a pessoa, ela morre. Se olhar só de longe, então a pessoa vai sentir uma dor mais leve. Mas se ele se aproximar, não há chance para a pessoa. No entanto, *Nhanderu* falou: 'Quem acreditar em mim, não será atingido. *Mba'e axy dja* não vai atingir fácil aqueles que acreditarem em mim'. Por isso às vezes a gente fica doente e mesmo assim consegue se curar (Teko Rexaí – Saúde Guarani-Mbyá, 2007).

A própria pessoa pode se colocar a mercê das influências nocivas desses seres – *mbogúá, anhã, -dja* - ao deixar de observar as orientações culturalmente instituídas e validadas repassadas pelos sábios guarani às gerações mais novas e que dizem respeito as instruções deixadas pelas divindades aos seus filhos verdadeiros quando os enviaram para essa terra. De qualquer forma, tanto as doenças desencadeadas através da conduta dos viventes – seja pela imprudência ou desobediência, seja devido à feitiçaria – podem comprometer o vínculo da pessoa com o seu próprio *nhe'ë*, tornando-a vulnerável aos ataques dos diferentes agentes que povoam o cosmos.

As doenças que são causadas pelos fatores descritos acima só podem ser curadas pelo *karáí*, pois é ele que "*tem contato com Nhanderu*". Ao fazer a mediação entre os diferentes agentes que habitam o mundo, o *karáí* contribui para garantir o equilíbrio do cosmos. Nesse caso, a prevenção, o diagnóstico e a cura das doenças, atribuições exercidas por ele, são fundamentais para a manutenção do bem viver das comunidades. É da relação espiritual que o *karáí* mantém com *Nhanderu* que provém a sua faculdade de prevenir e tratar as enfermidades e de promover saúde. Os conselhos e orientações repassadas por ele aos pacientes e familiares, apontam para a conduta que as pessoas precisam ter para restabelecer a saúde e a alegria de viver.

Para que a relação entre o *karáí*, os *nhe'ë* e *Nhanderu* se mantenha é necessário a *Opy*, espaço sagrado onde são realizadas as cerimônias *Mbyá*. Os rituais sagrados realizados na *Opy* respondem pela manutenção da relação da pessoa com o seu espírito divino, fonte da boa saúde para os *Mbyá*-Guarani. É na *Opy* que o *karáí* identifica a doença e o remédio para curá-la.

Nhanderu, nosso Pai Primeiro, deixou a *Opy'í*, casa de cerimônias, para nos proteger. A cada entardecer tocamos os instrumentos sagrados, dançamos e cantamos ao nosso pai *Nhanderu*. Por isso, a *opy'í* é a fonte da nossa eterna alegria. Ela é a base para toda a trajetória do *nhe'ë rete'í* (ser pessoa). Nelas acontecem as nossas práticas espirituais de concentração e as principais cerimônias que dão sentido a nossa vida. Por meio dela nos mantemos conectados às divindades. Por isso, a *opy'í* é a fonte da educação, da saúde, da alegria, da diversão e das decisões que orientam a conduta diária da comunidade e fundamentam o nosso modo de ser. Através dos cantos e das danças realizados na *Opy'í* nos comunicamos e atualizamos a conexão com as nossas divindades, fortalecendo e alegrando o nosso *nhe'ë*. As práticas espirituais na *Opy'í* protegem a comunidade dos perigos do mundo imperfeito em que vivemos (V.P.).

Terra, *Opy* e *karaí* são elementos interdependentes, da existência de um depende a manutenção dos outros. Além de serem fundamentais para garantir as condições de reprodução do modo de ser e do bem viver *Mbyá* (*teko porã*), também protegem as pessoas dos males que poderiam causar-lhes doenças - tanto as causadas pelos seres espirituais quanto as “fabricadas pelo mundo do branco”, como é o caso das produzidas pelo uso de bebidas alcoólicas -, contribuindo para a manutenção do seu vínculo com o seu espírito-nome divino.

O fenômeno do uso abusivo de bebidas alcoólicas

Apesar de podermos afirmar que as diferentes comunidades *Mbyá*-Guarani no Rio Grande do Sul compartilham de um mesmo processo de alcoolização, existe uma grande diversidade de situações alcoólicas entre as aldeias do RS. Essa diversidade é tanto resultado do contato interétnico, que exerce uma influência sobre a organização sociocosmológica indígena criando em cada comunidade condições de vida específicas; quanto das próprias estratégias culturalmente orientadas adotadas pelos *Mbyá* diante do consumo de álcool.

Os *Mbyá* reconhecem o uso de bebidas alcoólicas como um problema que assola algumas de suas aldeias, não necessariamente como uma doença individual pautada na dependência física e biológica do álcool, tal como determinada pela definição biomédica, mas como tendo um impacto nocivo à vida da pessoa que bebe e, principalmente, sobre a comunidade na qual se bebe. Portanto, se observarmos o consumo de álcool a partir do ponto de vista *Mbyá*, poderemos

considerá-lo uma doença, na medida em que, por não estar em consonância com os ensinamentos de *Nhanderu*, constitui uma prática que tende a expor os coletivos indígenas a uma série de conflitos gerados pela influência de seres espirituais associados ao uso do álcool. Nesse caso, a doença é a própria situação que cria e é criada por esta prática, no cotidiano das comunidades indígenas.

Nos lugares onde há uso abusivo de bebidas alcoólicas, os ensinamentos e o modo de ser dos antigos não são respeitados, os rituais tradicionais não são atualizados (reza, canto e dança) e as “festas de branco” passam a ser práticas correntes. Estas comunidades funcionam como núcleos de difusão do uso de bebidas alcoólicas, lugar onde as pessoas aprendem e passam a gostar de beber. Isso se deve aos permanentes deslocamentos espaciais Mbyá: seja para visitar parentes, seja para trabalhar como peão ou vender artesanato em determinadas épocas do ano, seja para participar das festas.

A prática do beber entre os *Mbyá-Guarani* tem os seus momentos, espaços e formas específicas de manifestação. Os momentos privilegiados para o consumo de álcool são “as festas de branco” realizadas durante os finais de semana em diferentes aldeias, onde grande parte dos seus participantes são envolvidos nas bebedeiras coletivas. Estas festas geralmente acontecem dentro das comunidades ou nos bares próximos a elas. As atividades desenvolvidas nestas festas são: os jogos de futebol e os “bailes de branco” animados ao som de música sertaneja, forró e outros ritmos dançantes apreciados pelos *Mbyá*.

Um dos problemas mais sérios causados pelo uso de bebidas alcoólicas é a violência desencadeada entre os próprios parentes *Mbyá-Guarani*. As “festas de branco” são os momentos privilegiados para a ocorrência dessas brigas. Entretanto, também há violência no espaço do cotidiano, já que alguns “tomadores” usam a cachaça diariamente. Geralmente, quando embriagados, o motivo das desavenças entre maridos e mulheres é o ciúme e a desconfiança por parte de um dos componentes do casal. Nesse sentido, o tornar-se violento afeta as pessoas que estão mais próximas ao bebedor que não tem limites e nem controle para beber.

Outro aspecto a ser considerado é que quando as pessoas bebem e dançam ao som da “música do branco”, o seu pensamento é direcionado para o sexo, enquanto que com os cantos e a dança sagrada realizados na *opy*, o pensamento da pessoa mantém-se ligado a *Nhanderu* e, conseqüentemente, ao *nhe'ë*. Sob o efeito do álcool, as normas que regulam as condutas no âmbito das relações de parentesco podem ser quebradas. Isso nos leva às situações em que as relações afetivo-sexuais socialmente prescritas deixam de ser observadas (incesto, estupro, etc.).

Uma das consequências mais sérias dos efeitos do álcool sobre a vida *Mbyá* diz respeito ao cuidado com as crianças que crescem em ambientes onde o uso abusivo de bebidas alcoólicas é recorrente e generalizado. Além de serem criadas por pais bebedores que vivem constantemente embriagados, frequentemente, essas crianças são iniciadas precocemente no consumo do álcool e acabam sendo vítimas dos diferentes tipos de violência geradas por essa prática.

A pessoa *Mbyá* não é considerada um “bebedor problema” (*cau*) apenas porque bebe, mas porque cria problemas à sua família e também à comunidade onde vive. A pessoa que não tem controle sobre o “beber”, que não tem limites e bebe até cair, não tem condições para cuidar e sustentar a sua família, pois gasta a maior parte do seu dinheiro na compra das bebidas alcoólicas e não em alimentos, isso quando não envolve o seu cônjuge e seus filhos também no consumo do álcool. Além disso, ela pode tornar-se violenta com a sua família ou com outros parentes que moram na aldeia, criando transtornos para todos. Como dizem os sábios *Mbyá*: “a canha não tem parente, não tem pai, nem mãe, nem irmão, nem filho! A canha é sozinha!”.

No entanto, o impacto do uso de bebidas alcoólicas sobre a pessoa *Mbyá* pode ser compreendido como um dos efeitos mais graves causados pelo consumo do álcool. A pessoa que bebe demais e perde o “sentido”, que ultrapassa limites e faz coisas que não deve, age contra o *nhe’ë*. Esse, ao não ser respeitado e fortalecido, tende a se afastar da pessoa, deixando-a sem força e sem proteção. Este afastamento se dá de forma gradual, na medida em que o *cau* age em dissonância com os ensinamentos de *Nhanderu*. Ao estar sem proteção do seu *nhe’ë* a pessoa torna-se alvo fácil dos vários perigos que existem nesse mundo imperfeito.

As múltiplas causas do beber

Para os *Mbyá*-Guarani são múltiplas as causas que contribuem para configurar o fenômeno do uso abusivo de bebidas alcoólicas nas suas aldeias. Dentre elas podemos mencionar quatro fatores: o contato interétnico (causas externas ao grupo); a (des) organização interna das comunidades; o desequilíbrio espiritual (cosmológico); e as motivações pessoais.

Os *Mbyá* reconhecem como causa principal do uso abusivo de bebidas alcoólicas a inexistência de terras com ambiente natural apropriado para a manutenção do seu modo de ser. Por isso, as comunidades localizadas nos acampamentos à beira das estradas são as mais vulneráveis aos efeitos nocivos causados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas, pois as condições de assentamento não permitem

a atualização cotidiana do *mbyá rekó* (modo de ser Mbyá) - a construção da Opy e a para a plantação tradicional. Não é por acaso que os casos de atropelamento de pessoas Mbyá por automóveis são mais recorrentes em comunidades situadas em acampamentos na beira das estradas.

Para os *Mbyá* as práticas culturais alcoólicas são incentivadas pelo intenso contato com a sociedade regional. Além de reduzirem o território *Mbyá-Guarani* quando os expulsaram do mato, os “brancos” também passaram a produzir bebidas alcoólicas em fábricas e a venderem no comércio local, muito próximo às comunidades, facilitando aos *Mbyá* o seu acesso a essas mercadorias. Assim o consumo de álcool entre os *Mbyá* tem sua origem em sua relação com o “mundo dos brancos”, já que a bebida vem de fora da aldeia e é adquirida com dinheiro. Dessa forma, a facilidade com que os *Mbyá* têm acesso às bebidas alcoólicas é também contribui para incrementar o seu consumo. “Os *Mbyá* mais velhos entraram no mato e se esconderam do branco, mas hoje, principalmente não tem mais terra, então o *Mbyá* vê o branco beber e tem que saber se gosta ou não” (A.D., Barra do Ribeiro).

No momento em que o contato com a sociedade envolvente se intensifica, não só o *Mbyá* aprende a tomar bebida alcoólica, mas também aprende a jogar futebol, fazer carteados e a realizar os “bailes de branco”. Esse processo de aprendizagem se dá, através de determinados mecanismos de imitação, ou dos dispositivos da mimese colonial (BHABHA, 2005) instituídos pelo processo de colonização da vida indígena. Nesse contexto, uma das mais importantes e fundamentais relações interétnicas, responsáveis por desencadear o uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os *Mbyá-Guarani*, é a do trabalho fora da aldeia, prestado para o homem branco, relação esta em que a pessoa vende a sua força de trabalho em troca de dinheiro. Segundo o karáí Perumi, os *Mbyá* aprenderam “a tomar cachaça em 1951 no Paraguai, quando começaram a trabalhar fora, pra juruá. O patrão então dava comida, vinho e canha (cachaça) pra *Mbyá*. Naquela época não era litro, era um tacho e se pegava a canha com caneco. Foi aí que *Mbyá* aprendeu a tomar”.

Portanto, não podemos perder de vista as relações interétnicas que as comunidades estabelecem com a população do entorno das aldeias, especificamente com os donos dos armazéns e os patrões dos *Mbyá*. Estas relações estão calcadas sobre determinados padrões de troca de favores e de interdependência, sendo as bebidas alcoólicas, muitas vezes, adquiridas no sistema do ‘fiado’ - paga quando receber pelo serviço prestado; ou mesmo, sendo utilizadas como moeda para pagar o trabalho que os *Mbyá* prestam como peão nas propriedades rurais onde eles trabalham. Como era o caso do Acampamento do Pinheiro, no município de Maquiné.

É certo que ao longo do tempo o processo de alcoolização das comunidades indígenas vem ganhando novos contornos, inclusive, devido ao aumento do poder aquisitivo das comunidades indígena em função, dentre outras coisas, do incremento das políticas públicas que irrompem nas aldeias. Se no início dos anos 2000 a cachaça (*canhã*) e o vinho eram as bebidas mais consumidas; atualmente, a cerveja tem se tornado a bebida de preferência dos bebedores *Mbyá*. Da mesma forma, as transformações instituídas pelo contato ao longo da história colocaram em cena outros sujeitos sociais não-índios que passam a participar do processo de alcoolização das comunidades *Mbyá* – pesquisadores, agentes das políticas públicas (saúde e educação), amigos e colegas universitários, indigenistas e aliados da causa, etc. – contribuindo assim para dinamizar as formas de beber indígena que emergem nas zonas fronteiriças do contato interétnico¹⁶.

Embora a causa primeira do fenômeno do uso abusivo de bebidas alcoólicas refira-se ao processo de contato interétnico, o beber tem um impacto direto sobre a pessoa e sobre a organização sociocultural *Mbyá-Guarani*. Para os *Mbyá* as comunidades mais expostas aos problemas desencadeados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas são aquelas que não tem *Opy* e nem *karai*, justamente por encontrarem-se vulneráveis aos ataques espirituais e à mercê de muitos perigos: doenças, mortes, brigas e outros infortúnios. Nesses locais as “festas de branco” tornam-se práticas correntes substituindo, por vezes, as cerimônias espirituais.

A *opy*, ao fortalecer a ligação com *nhe'ë* e com *Nhanderu*, protege a pessoa das doenças e evita que a mesma se transforme em um bebedor problema (*cau*). É neste espaço que os *Mbyá* escutam conselhos do *karai* que, por meio das boas palavras, os orientam sobre a maneira segura de andar nessa terra e esclarecem sobre os perigos associados ao uso de bebidas alcoólicas. Nesse caso, para que haja *Opy* em uma aldeia se faz necessário os cuidados e a liderança do *karai* na condução de suas atividades. Se não há *karai*, não há *Opy* e, conseqüentemente, a vulnerabilidade da aldeia frente aos agravos ocasionados pelo uso abusivo de álcool é maior.

No entanto, se a falta de terras adequadas para a reprodução do *mbyá reko* contribuem para vulnerabilizar as comunidades indígenas diante dos agravos associados ao consumo do álcool, há comunidades situadas em áreas demarcadas e que possuem *karai* e até mesmo *Opy*, e que o uso abusivo de bebidas alcoólicas é intenso. Nestes casos, a prática do aconselhamento não está acontecendo, não existe conselhos “para passar para o povo, para a família! Porque a gente tem que

¹⁶ Uma reflexão sobre os contornos atuais do processo de alcoolização entre os *Mbyá-Guarani* será disponibilizada em futuras publicações sobre o tema.

pedir pra deus uma palavra, pra deixar uma palavra bonita, concentrar e sentir pra colocar uma ideia bem certa: - a gente tem que parar um pouquinho de beber, vamos lembrar nosso deus!” (J.C.)

Um dos fatores que contribui para isso remete ao processo de desvalorização que os saberes dos *karai* e dos sábios *Mbyá* vem enfrentando hoje em dia junto às gerações mais jovens. Estamos diante de um conflito de ordem geracional: por um lado, encontramos a sabedoria, a experiência e o modo de ser dos antigos; por outro, as expectativas, vontades e desejos dos jovens diante das múltiplas possibilidades proporcionadas pelo contato com o mundo, os conhecimentos e as coisas do branco. Isso faz com que, em muitas comunidades, as boas palavras dos sábios *Mbyá* não sejam mais ouvidas e nem respeitadas pelos jovens, fazendo com que os ensinamentos deixados por *Nhanderu* caiam no esquecimento gerado pela embriaguez e pela diversão das festas dos brancos.

A falta de autoridade e legitimidade de algumas lideranças para orientar o seu grupo sobre os agravos causados pelo consumo de álcool também contribui para incrementar o seu consumo no âmbito da comunidade. Isso acontece, principalmente, nos lugares em que a própria liderança bebe. Portanto, para algumas lideranças essa situação enfrentada pelas comunidades *Mbyá* se deve a “falta de organização interna das comunidades. Antigamente tinha *Opy*, havia caciques e *karai* com autoridade para organizar as comunidades. Hoje, se o cacique bebe, como vai cobrar de seus parentes para que parem de beber?” (F.B., Riozinho).

Nas comunidades em que não há *Opy* nem *karai* e, conseqüentemente, também não existem as boas palavras transmitidas através da instituição do aconselhamento, as pessoas ficam à mercê de vários perigos, dentre eles está o de tornar-se alvo fácil dos espíritos maléficos associados ao uso abusivo de bebidas alcoólicas. A não atualização do calendário ritual nas comunidades onde não há *Opy*, faz com que as pessoas esqueçam de *Nhanderu* e fiquem desprotegidas frente aos diversos males que existem nessa terra imperfeita. Aliás, esse é um dos efeitos do uso de álcool: o esquecimento das divindades e de seus ensinamentos e o conseqüente afastamento do *nhe’ë* que não gosta de apreciar as atitudes dos bebedores que deixam de observar e respeitar as instruções divinas.

Se ao beber a pessoa se desliga de *Nhanderu* e se afasta do seu *nhe’ë*, ela se vincula ao próprio espírito da bebida alcoólica que, por não ter parente, faz com que ela passe a agredir os seus familiares e parentes mais próximos. Ao se apaixonar pela experiência da embriaguez o corpo da pessoa casa com o espírito da bebida alcoólica.

Porque como você tá bebendo, quando você toma não está pensando lá em cima, porque você ama, você gosta, você se apaixona por beber. Porque essa bebida alcoólica tem espírito! Porque não quer parar? Essa bebida tem espírito, e esse espírito está casado com seu corpo. Esse é o princípio! Quando você sente tonto de tomar bebida alcoólica se sente livre, sente uma coisa de natureza (vontade de fazer sexo), sente muita coisa. Esse espírito quando casa comigo, não quero parar de beber nem um dia, parece que não vai conseguir parar! (*Kunha karai* D. Marcelina, Salto do Jacuí).

Ao esquecer-se dos deuses, a pessoa fica sujeita à influência dos espíritos maléficos: dos anha e dos mbogua. Estes espíritos aproveitam que a pessoa está sem a proteção do seu nhe'ë para influenciá-las a beber e a perder o controle sobre si própria, fazendo com que a mesma torne-se violenta e seja vítima fácil de acidentes. “A canha é o diabo! Não precisa tomar muito pra ficar bêbado, a pessoa toma um pouquinho e se o nhe'e não gosta, ele vai se afastando devagarinho, daí os mbogua vão pressionando a pessoa. É por isso que ela fica bêbada e não por causa do álcool” (J.C.).

Além de todos os elementos que contribuem na construção do fenômeno do uso abusivo de bebidas alcoólicas, não podemos esquecer das motivações individuais que levam algumas pessoas a beberem. E aqui entramos em outra dimensão complexa do fenômeno, já que essas são as mais diversas e dependem da situação de vida específica de cada pessoa que bebe. Aqui apontaremos apenas algumas das motivações mais enfatizadas pelos *Mbyá*.

A primeira dessas motivações é a própria vontade das pessoas que bebem: “(...) a gente tá tomando porque quer, ninguém tá obrigando” (J.O.). Nesse sentido, muitas lideranças afirmam que “os *Mbyá* bebem porque gostam”, bebem para ficarem alegres e terem felicidade, bebem para fazer a festa. Nesse caso, quando bebem os *Mbyá* são movidos pela busca da alegria e do prazer proporcionada pela embriaguez. Além disso, a tristeza também pode motivar a pessoa a beber para esquecer a sua dor que, geralmente, está associada a frustrações “amorosas”.

Considerações finais: a propósito da participação como estratégia epistêmica

A proposta de realização de um projeto participativo desenvolvido pelo Diagnóstico antropológico sobre a manifestação do alcoolismo objetivou cons-

truir uma nova relação epistêmica com as lideranças *Mbyá*-Guarani, respeitando as suas formas de produzir conhecimento e de organizar os seus eventos comunicativos. A participação possibilitou às lideranças se apropriarem da pesquisa transformando-a em uma estratégia de intervenção que mobilizou as comunidades para refletirem conjuntamente sobre os problemas relacionados ao consumo do álcool e a construir ações para intervir sobre o fenômeno. Desse modo, nesse contexto investigativo particular, ela constitui o dispositivo epistêmico fundamental que possibilitou, por meio do diálogo e da tradução, a emergência do modelo explicativo *Mbyá* sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Além de buscar transcender o tipo de relação de poder e de dominação sustentada pela ideologia da tutela que opera com a ideia da incapacidade relativa da pessoa indígena, ao garantir a participação indígena no projeto, procuramos criar bases para a sustentabilidade e a continuidade das ações desenvolvidas e executadas pelos próprios indígenas, responsáveis pela criação de estratégias comunitárias de enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool. A metodologia participativa permitiu às lideranças *Mbyá* orientarem a pesquisadora na forma adequada de abordar o fenômeno em pauta junto aos líderes e comunidades *Mbyá*, ao mesmo tempo propiciou um espaço adequado para a construção dialógica das ações de intervenção, pautadas nos saberes e as práticas de autoatenção já vigentes nas aldeias indígenas.

Na verdade, qualquer ação institucional para intervir sobre o fenômeno do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre indígenas, deve levar em conta os conhecimentos tradicionais destes grupos e a dimensão que tal problema ganha em sua vida cotidiana, compreendendo as interpretações simbólicas relacionadas ao fenômeno. Para que o sistema indígena de autoatenção à saúde, social e culturalmente determinado, constitua uma possibilidade eficaz na redução do consumo de álcool, as instituições governamentais responsáveis por atender à saúde indígena devem reconhecer esse saber como legítimo, respeitando e promovendo ações de articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde, fazendo valer o direito garantido legalmente a estes grupos de receberem uma atenção diferenciada à sua saúde.

Para tanto, faz-se necessário que as formas de abordagem do problema do uso abusivo de bebidas alcoólicas sejam buscadas junto às próprias comunidades indígenas, considerando as especificidades culturais que tal fenômeno adquire neste universo. As instituições governamentais devem construir estratégias conjuntamente com os indígenas para que o trabalho alcance os objetivos colocados tanto pela população indígena, quanto pelos setores públicos. Somente os grupos

indígenas podem apontar o caminho para a construção de projetos que tragam respostas efetivas para as comunidades, considerando os resultados almejados pelos mesmos.

Referências

CADOGAN, León. “**Chonó Kybwyrá: Aves y Almas en la Mitología Guarani**”. Revista de Antropologia, SP, v. 15-16, 1967-68.

_____. “**El concepto Guarani de ‘Alma’; su interpretación semantica**”. Folia Linguistica Americana, n. 1, vol. I, Ed. Keiron, 1952.

_____. “**La encarnación e la concepción: la muerte y la resurrección en la poesía sagrada “esotérica” de los Jeguaká-va Tenondé Porã-güé (Mbyá-Guarani) del Guairá, Paraguay**”. SP, Revista do Museu Paulista, n. s., vol. IV, 1950.

_____. “**Las creencias religiosas de los Mbyá-Guaraníes**”. Boletim de Filologia, V. 40, n° 42, 1949.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Identidade, Etnia e Estrutura Social**. SP, Livraria Pioneira, 1976.

CLASTRES, Helenè. **A Terra sem Mal**. SP, Brasiliense, 1978.

FERNANDES, J.A. **Selvagens bebedeiras – álcool, embriaguez e contatos culturais no Brasil Colonial (séculos XVI-XVII)**. São Paulo, Alameda, 2011.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Mba’e Achÿ: a Concepção Cosmológica da Doença entre os Mbyá-Guarani num Contexto de Relações Interétnicas**. Dissertação de Mestrado. POA, PPGAS/UFRGS, 2001.

_____. **O fazer antropológico em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no RS**. In: LANGDON, J & GARNELO, L. (orgs.). Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro, Contra Capa/ABA, 2004.

_____. **As boas palavras Mbyá-Guarani como caminho para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas**. In: SOUZA, M.L.P. (org.) Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2013.

LANGDON, Jean. **“Representação de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana”**. In: SANTOS, Ricardo & COIMBRA, Carlos (org.). Saúde e Povos Indígenas. RJ, Fiocruz, 1994.

----- **“O que Beber, Como Beber, e Quando Beber: o Contexto Sociocultural no Alcoolismo entre as Populações”**. In: Saúde, Saberes e Ética – Três Conferências sobre Antropologia da Saúde. Antropologia em Primeira Mão. Fpolis, PPGAS-UFSC, 1999.

MELIÀ, Bartomeu. **“La Terra-sin-Mal de los Guarani: Economía y Profecía”** América Indígena, Vol. XLIX, n° 3, 1989.

----- **“Los Guarani-Chiriguano: Ñande Rekó, nuestro modo de ser”**. La Paz, Cipca, 1988.

MENENDEZ, E. **Modelos de atenção dos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas**. In: MENENDEZ, E. Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo, Hucitec, 2009.

NIMUENDAJÚ, Curt. **As Lendas de Criação e Destruição do Mundo: como Fundamentos da Religião dos Apapocúva-Guarani**. São Paulo, Hucitec-Edusp, 1987.

SCHADEN, Egon. **Aspectos Fundamentais da Cultura Guarani**. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1962.

SOUZA, M.L.P. (org.) **Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2013.

Bem viver kaingang na construção de políticas públicas

Angélica Domingos Ninhpryg

Sou a Ninhpryg Kaingang, indígena mulher, estudante, mãe, e todos os descaminhos entre a aldeia e a cidade, entre a aproximação do homem branco e experimentações é que me trouxeram redescobertas sobre a vida, é aí que minha espiritualidade voltou a guerrear, através da minha ancestralidade, guerrear com meu povo, guerrear para meu povo, através da profissionalização em Serviço Social, qualificando meu potencial. Esta luz transcendeu em minha vida e a cada luta destinada a mim, mais forte aqui estava, e o inabalável só existiu através da garra e coragem que em mim repousou, creio que são os espíritos dos mais velhos, dos guerreiros que ecoaram sobre mim.

Porto Alegre, outono de 2016.

Esta epígrafe abre a escrita do meu Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e tem como temática principal a reflexão sobre a relação das políticas públicas existentes no Brasil com os Povos Indígenas, compreendidos como coletivos, procurando trazer reflexões de como ainda elas estão num desencontro no atendimento das necessidades socioculturais de vida dos indígenas. Nas tramas sociais, a existência de um passado de extermínio, imposição de vidas e ideologias não são reconhecidas, ao contrário, muitas vezes são invisíveis para a sociedade atual. Neste texto trago um recorte do meu trabalho, com a reflexão de reprodução de sociedade e Estado ainda colonizadores, que, por de trás das cortinas de uma cultura que não reflete, nem questiona a ideologia construída a partir do pensamento ocidental, faz imposições através de poder e da sociabilidade capitalista. No trabalho tive por propósito dar visibilidade ao modo de vida, principalmente ao “bem viver” como continuidade sócio-histórica da existência destes coletivos, baseado principalmente na linha do modo de vida do *jukre* -pensamento-kaingang, do qual faço parte. Busquei também a reflexão deste desencontro a partir da filosofia e pensamento indígena, na busca de disseminação e de construção de uma sociedade justa com os povos originários desta terra. A vivência, as lutas e os conhecimentos de lideranças, comunidades, *kofás*/velhos indígenas, que têm vivenciado 517 anos de luta na relação com o Estado Brasileiro é parte do contexto de busca incessante no protagonismo do reconhecimento de suas diferenças, sua refrações e garantia de vida. Desta maneira, são eles os próprios protagonistas deste

processo, que podem dizer de que maneira veem esta relação.

Este texto busca dar visibilidade ao embate destas políticas sociais, na garantia de um “bem viver kaingang”, que vai além daquilo que hoje constitucionalmente na sociedade brasileira é reconhecido como direitos sociais. Também é importante reconhecer que este trabalho e as reflexões aqui postas são meio e resultado de uma grande trajetória no curso de Serviço Social, na busca de contribuições da formação profissional para a materialização da atuação e intermédio entre a sociedade envolvente e os coletivos indígenas. Não faria sentido uma formação acadêmica se os saberes apreendidos na Universidade não fossem utilizados para defender os interesses dos indígenas, e se também não trouxéssemos e disseminássemos neste espaço acadêmico os saberes indígenas.

Pensando a profissão em Serviço Social, ao longo de sua construção, passou por várias transformações e aprimoramentos; no entanto, em relação à especificidade de diferenças, principalmente quando se refere aos coletivos indígenas, ainda há muito o que se des(construir). Já ao longo da formação em Serviço Social, parte-se da ideologia e pressupostos teóricos, de estudos, de pensadores, em sua maioria da teoria crítica, advindos de Marx, que explicam a relação do homem com a sociedade construída na base da sociedade capitalista. Ocorre que esta é uma lógica totalmente voltada a outras relações sociais, a outras visões de mundos, diferentemente da lógica ameríndia, o que na atuação profissional se tornará de difícil compreensão, já que os profissionais têm uma formação acerca da sociedade, da vida, do capitalismo e de toda exploração que é real, mas, no caso dos indígenas, também se faz necessária a compreensão da lógica do modo de vida e das culturas destes coletivos. Para isto, aqui se fará necessária uma imersão na lógica de vida ameríndia, na busca de construções de diálogo e entendimento, para que se possa refletir na execução e construir políticas públicas adequadas na garantia do bem viver destes coletivos, já que o Assistente Social é o profissional que trabalhará na execução, efetivação, construção de políticas sociais e na garantia intransigente dos direitos humanos, conforme seu código de ética (1993). Neste sentido, o texto tem a intenção de contribuir com a reflexão crítica e com a construção de formas de intervenção que possam incidir na formação desses profissionais para o entendimento da vida dos coletivos indígenas, para uma intervenção adequada e respeitosa na garantia de continuidade de existência destes coletivos.

O bem viver kaingang: um projeto contra-hegemônico

“Muny Ninhpryg, muny In ra”
“Vamos Ninhpryg, vamos para casa”

Para iniciar penso ser importante destacar que trago reflexões enquanto indígena, mulher, mãe, universitária, pertencente ao Coletivo Kaingang, e através das interrelações, seja das experiências vivenciadas desde criança na aldeia, das memórias coletivas kaingang, na relação com os pais, avós, comunidade, com a mata, animais, rios, com outros coletivos como os Guarani. Trago também reflexões oriundas das vivências na universidade a partir da relação entre colegas indígenas, com os fóg (não indígenas), também através de estudo e leituras sobre meu próprio coletivo, e conversas com os velhos, pois tudo isto me levou a compreender estes modos de vida enquanto um bem viver. Certamente as transformações evidenciadas nesta sociedade afetam este modo de vida Kaingang, pois não existe como viver numa sociedade capitalista e neoliberal sem ser afetado por ela. Por outro lado, a resistência do modo de vida indígena prevalece no tempo e espaço da contemporaneidade.

Nesta reflexão que proponho trazer aqui, para além de citações de alguns estudos antropológicos (HEURICH, 2008; BREGALDA e CHAGAS, 2008) e autores indígenas (ROSA, 2015; FREITAS, 2010; BANIWA, 2013; JOFÉJ, 2010) na busca de compreensão teórica e escrita destes modos de vidas tradicionais, também citei em meu Trabalho de Conclusão de Curso algumas aprendizagens a partir dos meus espaços de sociabilidade enquanto criança, das falas dos kofá/velhos Kaingang. E não poderia deixar de abordar também as trocas, reflexões e diálogos com o amigo fóg/não indígena Luiz Fernando Fagundes, os quais muito me fizeram compreender, refletir e fortalecer estes modos de vida pulsantes e presentes em minha vida. No Brasil, em termos culturais e linguísticos, os coletivos kaingang pertencem ao grupo Jê Meridional, que se constitui um dos mais numerosos coletivos indígenas do país. Os territórios marcados pela nossa ancestralidade carregam um valor muito significativo na produção e reprodução de nossas vidas, costumes, culturas, modos de ser e sentir. Tradicionalmente, têm seus territórios transcritos a partir das bacias hidrográficas, tendo sua centralidade e dinâmicas políticas através destes rios e matas. Habitam territórios situados na região Sul do Brasil. É nesse amplo território que se materializam as memórias, as práticas, as intervenções, a humanidade, identidade e cosmologia do Povo Kaingang, resultado de relações socioambientais, cosmológicas, mitohistóricas estabelecidas desde milhares de anos antes do presente, as quais produzem o território e tem na mobilidade sua força motriz (ROSA, 2015). Pensar minha territorialidade é, pois, pensar minha mobilidade. A mobilidade a qual me refiro é característica própria e histórica dos Kaingang, e poderia estar sendo contada por inúmeras pessoas como eu. É na mobilidade que se conforma e deforma o território, pulsam as relações de parentesco e sociopolíticas, ligam-se os diferentes grupos locais em uma região e é na mobilidade que se dá a reprodução sociocultural, através da memória dos lugares, da educação indígena e da experiência (ROSA, 2015).

Sentimo-nos partes uns dos outros, principalmente a partir da parentela extensa, por isso as várias mobilidades de um espaço para outro, ou seja, em outros coletivos kaingang. É necessário entender que, antes da espoliação dos territórios, antes das delimitações e divisões de terras, já habitam aqui os coletivos indígenas. E estas formas de produção e reprodução social atualmente ainda permanecem e se materializam. Essa mobilidade reinventa-se em meio às monoculturas, fronteiras das cidades, rodovias e projetos de desenvolvimento, extrapolando os limites das terras indígenas através das festas do dia do índio, bailes, casamentos, velórios, nascimentos, dificuldades materiais, visitas aos parentes, deslocamentos para obtenção de matéria prima para o artesanato, mobilização política, entre outros. Somam-se ainda, a estes, os deslocamentos ocasionados por desentendimentos, conflitos que resultam na saída de determinada comunidade indígena de pessoas ou grupos familiares inteiros voluntariamente, até as transferências compulsórias de pessoas ou famílias (ROSA, 2015).

Somos coletivos que temos uma relação muito forte com tudo o que está conectado conosco: os espíritos, as árvores, os animais, as pessoas. Tudo está inter-relacionado, interconectado. Tais relações sociais não envolvem somente os parentes, nem estão restritas às relações com outros grupos indígenas e tampouco às relações com os não-indígenas. As cosmologias ameríndias mobilizam uma multidão de outros mundos e relações, como, por exemplo, os mundos dos animais, das plantas e das divindades. (HEURICH, 2008). Nossos velhos nos falam que até uma planta tem espírito/alma, por isso, quando vamos à mata pegar uma erva para a cura, pedimos a permissão a ela antes de a coletarmos. E que algumas capacidades que adquirimos, nos apropriamos dos animais através do nosso contato com ele, como por exemplo, quando passamos a mão na teia de aranha, para sermos bons trançadores de cestos, ou quando, para aprender a nadar, tem que engolir a bexiga natatória do peixe. Esta relação está além do contato físico, mas é uma relação harmoniosa de crença, valores, espiritualidade que formam nossa identidade.

A relação uns com os outros é muito forte, precisamos estar juntos para estarmos bem. Isso se percebe na fala dos kofá/velhos, quando falam que ficamos doentes quando estamos sozinhos, doentes espirituais, doentes na alma. Neste sentido é que vivemos no coletivo através do parentesco extenso. Às vezes me perguntam que diferença existe entre um coletivo indígena e outro coletivo que não seja indígena, como por exemplo, um grupo denominado coletivo que existe dentro da Universidade. E uma das nossas maiores subjetividades na diferença desta dinâmica é a relação que temos com os animais, com a mata, pois a autenticidade que se dá nesta lógica é que convivemos e nossos modos de vida se dão

a partir da relação com estes outros seres, os respeitamos e dialogamos como se fossem humanos. Percebe-se isso quando, por exemplo, os kaingang trazem sua relação de parentesco entre jambre/cunhado e regré/irmão que também consideram isso a uma árvore a chamando de irmã. Isso é o que nos difere enquanto coletivos. Podemos afirmar que isto faz parte de nossa humanidade.

No mundo kaingang, as narrativas mitológicas embasam a vida e explicam nossa existência, a existência dos animais e plantas e de tudo. Na nossa cosmologia, cosmovisão somos divididos em dois grandes grupos opostos e complementares, o kamé e o kanhru, os quais marcam e determinam a vida kaingang, kamé é marca comprida, é sol e kanhru é marca redonda, é lua. Nos casamentos, kamé só pode casar com kanhru e vice-versa, é então que explica os envolvimento entre jamré/cunhado e régre/irmão, marcas iguais -irmãos, marcas opostas/cunhado. Assim tudo em nosso mundo estão ligados à ancestralidade kamé e kanhru.

Dentre estas dinâmicas mencionamos a rede de relações sociais estabelecidas desde a dimensão do “nós”, enquanto grupo familiar onde os corpos e objetos kaingang são construídos, mas também as relações estabelecidas com o “outro”, seja ele pertencente a outro grupo familiar kaingang, seja nas relações estabelecidas com outros domínios do cosmos, onde natureza e sobrenatureza se imbricam – como por exemplo, a relação estabelecida na floresta, por ocasião da coleta, quando os Kaingang pedem “licença” ao espírito/tom das plantas antes de colhê-las –, ou, ainda, a relação estabelecida com a alteridade não indígena (BREGALDA e CHAGAS, 2008). Com isto podemos dizer que não somos um grupo fechado, como muitos pensam, mas somos abertos a várias outras relações, estabelecemos e nos apropriamos de tudo que seja bom, de tudo que traz respeito, e assim seremos com eles, através do respeito.

Há sempre um otimismo entre os kaingang, sempre estamos rindo e dando gargalhadas uns com os outros, através de brincadeira a partir de histórias na oralidade. Estamos sempre reunidos conversando e ouvindo histórias de vidas dos nossos mais kofás/velhos que sempre nos alegram. É nesse sentido que, ao mesmo tempo em que nos divertimos é que se dão nossas aprendizagens através da oralidade, oralidade esta que ouvimos a partir das histórias dos kofá/velhos e kujá/ pajés. A alimentação em conjunto é fundamental para estarmos bem, felizes uns com os outros. É como se fosse um ritual. Na nossa visão não há separação das pessoas nos espaços de vivência, principalmente a de crianças. Trago aqui a relação que temos com nossas crianças, para nós elas devem estar nos espaços onde estamos, pois é a partir destes espaços de experiência que elas adquirem seu aprendizado no cotidiano. Nossas crianças vivem livres, é assim

que elas aprendem, desde a irem num lugar sozinhas na comunidade, até pegarem um facão para cortar taquara. Esta é a apropriação do nosso próprio mundo, das nossas próprias aprendizagens. Não as obrigamos a fazerem coisas que elas não queiram. Podemos perceber sua presença em reuniões da comunidade, rodas de chimarrão dos velhos, bailes e festas nas comunidades. Estes também fazem parte dos espaços de sociabilidade, o envolvimento de todas as gerações faz parte dos processos de socialização e transmissão de conhecimentos presentes na educação kaingang. (BREGALDA E CHAGAS, 2008). Com relação a isto posso trazer um pouco de minha experiência quando criança, pois a partir disso se pode vislumbrar um pouco deste modo de vida na relação com as crianças. Sou pertencente da Terra Indígena Votouro, e a partir deste território, onde também viveram meus ancestrais, é que se deram minhas primeiras aprendizagens, ao que me faça lembrar, os 7 anos de idade, sempre estive com minha mãe, pai e irmãs vendendo artesanato em outras cidades da região sul do país.

O preparo dos artesanatos também sempre presenciava na ajuda à minha mãe, e também na busca pela taquara que era quando meu pai também estava presente. Nestas ocasiões também ajudava meu pai a cortar as taquaras, não que ia ajudá-los mesmo, mas praticava aquilo, e não porque eles pediam para fazer, mas porque os observava e queria fazer a mesma coisa, e eles nunca diziam que eu não poderia fazer aquilo, só diziam para ter cuidado. Lembro que quando saíamos no interior dos capões de mata para coletar taquara, lugares onde quase não iam pessoas, no retorno meu pai chamava meu nome indígena, e convidava para ir embora, segundo meu pai e os mais velhos, era para meu espírito não ficar na floresta, pois além de ter espíritos bons na mata, também havia os ruins. Então ele chamava: “muny Ninhpryg, muny in ra”, que significa “vamos Ninhpryg, vamos para casa”. Isso era a mesma coisa quando íamos nadar no rio, pois diziam que as águas poderiam levar nosso espírito, e poderíamos adoecer e até mesmo vir a falecer, então chamavam para que nosso espírito voltasse com nosso corpo.

Aí pode-se notar uma das relações que temos com a natureza e sobrenatureza, é um mundo muito complexo, e só quem queira mesmo se aproximar e conhecer-nos, para que a compreensão comece a surgir. Ao nos mobilizarmos para a cidade, íamos até a rodoviária de Erechim/RS. Levávamos a carga de balaios de taquara, ficávamos esperando o horário do ônibus. Nestes momentos aproveitávamos para descansar e ficávamos nas sombras das árvores, no gramado, meus pais descansando e eu e minhas irmãs brincando. Logo fazíamos uma fogueira no chão e assávamos carcaça de frango para comer com pão. Lembro-me da fumaça que fazíamos lá e o incômodo que gerava aos não indígenas por isto, mas ficávamos bem e felizes assim. Quando chegávamos à cidade de Florianópolis/

SC, nos lugares que tinham praia, nos instalávamos algumas vezes embaixo da ponte, levávamos cobertores e colchonetes para nos aquecermos. As paisagens perto desta ponte eram lindas, tinham plantas e um enorme gramado, que era o espaço onde brincávamos. Quando íamos nestas cidades distantes, era sempre em grupos grandes, com outros parentes, como por exemplo, a família de minha tia, ou avós. Nestes espaços fazíamos a alimentação no coletivo, com a velha fogueira presente na noite, pois durante o dia saíamos vender o artesanato. Lembro-me de alguns moradores de rua que ali estavam, e que dividíamos com eles algumas alimentações, e que os mesmos faziam assim, nos davam alguns doces. Foi nesse espaço-tempo que se deram as minhas aprendizagens de vida, íamos vender artesanatos junto com meus pais, e a minha tia, seu marido e primos iam para outros bairros. Muitas vezes quando passávamos perto da praia meu pai nos levava nadar, enquanto minha mãe ia oferecer o artesanato nas casas próximas. E brincávamos muito. Na noite, enquanto minha mãe cozinhava, brincávamos no gramado com as plantas. Da minha memória não fugiu até hoje a planta que fechava quando encostávamos nela, conhecida como “Maria Dormideira”. Adorava brincar com ela, isto se refletia muita na minha mente, pois imediatamente lembrava os dizeres de meus avós de que as plantas tinham espírito e eram consideradas tão importantes quanto nós.

Em todos os momentos em que acompanhava estes processos, em nenhum momento me sentia ruim, era daquela maneira que estava bom e feliz com meus parentes. Esta dinâmica de vida se materializa na diferença entre as subjetividades de um não indígena, quando, por exemplo, pensadores dizem que o trabalho objetiva o homem, que o trabalho é central na vida do homem. Não que para os indígenas o trabalho não tenha sentido, mas são valores diferentes dos impostos pela sociedade capitalista, que compra a força de trabalho e a energia dos trabalhadores. Só para diferenciar, quem nos objetiva é o outro, a relação uns com os outros, seja os animais, a floresta, os espíritos advindos delas ou as pessoas e não somente a necessidade de produção material, mas de produção de saberes e valores. Segundo Freitas (2010), o trabalho é sabedoria, é garantia de inserção no espaço sociocultural e é reconhecimento do pertencimento individual e coletivo.

Ressalto aqui a importância do artesanato na relação com os kaingang, desde a matéria de coleta, até sua produção. Nas reflexões de Bregalda e Chagas (2008, p.52), o artesanato é contemporaneamente uma atividade produtiva dos Kaingang, que os permite “atualizar uma série de relações sociais, culturais, cosmológicas, no fortalecimento de um modelo de organização que procura dar sustentabilidade ao grupo familiar, valorizando a perspectiva de mobilidade espacial”. Nestas andanças quando saímos viajando para venda do artesanato, só

lembro de um momento que me senti mal, e acho relevante relatar aqui. Em uma dessas viagens em que estávamos quase no final das vendas, uma assistente social nos abordou, porque estávamos embaixo da ponte. Ela imediatamente mandou que meus pais se retirassem daquele espaço, pois senão eu e minhas irmãs iríamos parar no abrigo. Como não tínhamos um lugar de imediato, fomos para o abrigo mesmo. Até hoje lembro que foi um momento muito difícil separar de minha mãe e pai, mas como estávamos no final de venda meus pais resolveram deixar o resto dos artesanatos com minha tia, e irmos embora pra casa no Votouro, pois como minha tia tinha ainda bem mais artesanatos, ela iria ficar e procurar algum lugar para alugar temporariamente. Estas memórias me são fortes até hoje, pois lembro de minha mãe - já falecida - e as nossas vivências quando crianças no aprendizado de vida e resistência kaingang. Nossa resistência nas formas como o capitalismo explora, e nas nossas reinvenções para seguirmos adiante. Para mim, tudo estava bem, mesmo diante de uma certa vulnerabilidade social à qual os fóg/não indígenas dizem estarmos expostos.

Para isto, refletindo o que foi trazido, podemos pensar a partir da noção de indígenas crianças, e não de crianças indígenas, pois coloca em contrapartida primeiramente os modos de vida culturais e de sociabilidade indígena, e não o contrário, como nos aponta a Nota Técnica nº 001/2016-SAPIDE/SMDH (2016), escrita pelo Assessor técnico Luiz Fernando Caldas Fagundes: Entende a temática em tela, e adere à inversão de termos, de crianças indígenas para indígenas crianças, que se trata de construção para reforçar a identidade cultural das referidas crianças, posicionando-as num jogo semântico estruturado para reforçar a primazia do caráter étnico-cultural sobre o aspecto geracional, não para desprivilegiar o último em detrimento do primeiro, mas para enfatizar a constatação da baixa receptividade da diversidade cultural das crianças nos Direitos Humanos (FAGUNDES, 2016).

Nesta lógica, pensamos os direitos culturais e étnicos, os quais os coletivos indígenas possuem, tendo-os como sendo indissociáveis dos princípios dos direitos humanos. Por outro lado, estar debaixo daquela ponte era uma situação de passagem, de mobilidade, de rito para venda do artesanato Kaingang que marca nossa cultura e resistência nestes objetos construídos coletivamente. Desde a coleta até o manejo, as formas como são trançados até a sua venda nos espaços da cidade, marcam as nossas relações imbricadas em uma conformidade de ações que nos caracterizam enquanto coletivos.

Pensar sobre a complexidade das práticas que envolvem a atividade do artesanato implica em levar em conta a noção de “Mr□rJykre - A cultura do cipó” introduzida no estudo de Freitas (2005). Conforme a autora, este concei-

to se define a partir dos diferentes espaços ocupados nos circuitos de manejo de coleta, fabricação e comercialização artesanal, articulados a partir de redes de parentesco. O Mr□rJykre refere, pois, “todo um sistema de sociabilidade e socialidade relacionado ao domínio de um território específico eco-geográfico e simbólico” (FREITAS, apud BREGALDA; CHAGAS, 2005). Trazemos esta passagem de Freitas, extraída do texto de Bregalda e Chagas (2008) para ilustrar o quanto nossas relações, sejam elas de apropriação com a natureza, desde o ir para mata, até a coleta do cipó ou taquara, desde o seu preparo, início de trança, até a confecção do artesanato, são intrinsecamente uma relação espiritual que nos dá sentido à vida, à nossa existência. Isto se difere da forma mecânica com que na sociedade envolvente estão alienados a produzirem. Entretanto, para os nossos modos de vida, ficamos em situação de vulnerabilidade social quando somos separados uns dos outros, quando terminam com a nossa mata e animais, envenenam a terra e águas, ameaças constantes da sociedade capitalista que impõe normas e regras para o convívio. É então que relacionamos esta reflexão sobre os modos de bem viver indígena com a construção de uma sociedade justa e que atenda aos reais interesses dos coletivos indígenas e não de minorias da classe dominante. É na sociedade capitalista, que vivenciamos disputas, sejam elas em conjunto como macro, ou de cada categoria como os indígenas, contra aqueles que excluem, exploram, discriminam e que detém financeiramente e, muitas vezes, politicamente o poder.

Neste sentido, os coletivos indígenas, nas suas lutas, principalmente a luta pelos direitos originários e a sua resistência, podem se destacar como movimentos contra-hegemônicos, que contestam e resistem contra a ideologia dominante pautadas no neoliberalismo e na ótica de exploração do capital. O bem viver kaingang pode ser considerado um movimento contra-hegemônico, pois estes modos de vida, modos de existência, vão contra a ordem neoliberal competitiva, que viola os direitos humanos, que discrimina coletivos indígenas, quilombolas, mulheres, entre tantos outros. Neste sentido, a partir de sua resistência, podemos perceber que os coletivos indígenas também somam junto com outros movimentos sociais na luta contra a desigualdade social, desrespeito e privações de direitos. Seria uma ingenuidade negar a existência desta sociedade excludente, e que de certo modo nos envolve como um todo, mas é preciso reconhecer que os direitos indígenas não são reconhecidos e tampouco essas políticas públicas são formuladas com a ativa participação destes coletivos.

Políticas Sociais: os direitos sociais e os direitos indígenas

“Uma boa política é aquela que se multiplica os possíveis. Nesse

sentido é necessário que nos livremos das amarras do referencial identitário, o qual nos empurra a pensar que sabemos o que é melhor para o outro” Viveiros de Castro

A ideia nessa parte do trabalho é trazer a compreensão sobre a política social “como processo contraditório, caso se queira que a mesma tenha serventia prática para as classes que vivem da remuneração de seu trabalho ou, na falta disso, da teimosia em sobreviver de qualquer jeito” (PEREIRA, 2009), como nas situações dos coletivos indígenas que tentam sobreviver em uma sociedade que tendenciosamente lhes exclui de vários processos, principalmente os de formulação e reflexão de políticas públicas, como se não fossem sujeitos de direitos. São então as políticas sociais e, neste caso, as políticas indigenistas que irão garantir os direitos indígenas.

Para se reconhecerem constitucionalmente os direitos dos coletivos indígenas e chegar ao que chamamos hoje de direitos indígenas, vivenciamos vários processos desde a colonização até os dias de hoje. Consideramos importante refletir acerca da concepção de direitos sociais para que possamos chegar no entendimento sobre o que chamamos de direitos indígenas. E com a Constituição Federal de 1988, conforme o artigo 231, que os coletivos indígenas passam a ter o direito a serem diferentes, desmantelando assim o assimilacionismo e integracionismo ao qual estes estavam submetidos: “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” .

Também é importante destacar a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre Povos Indígenas e Tribais. O Decreto nº 5.051 de 19 de abril de 2004 aplica-se a povos em países independentes que são considerados indígenas pelo fato de seus habitantes descenderem de povos. A Convenção aplica-se a povos em países da mesma região geográfica que viviam no país na época da conquista ou no período da colonização e de conservarem suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas. Essa convenção reconhece as aspirações dos povos indígenas a sua livre determinação, ao controle de suas instituições e maneiras de viver, à gestão de formas adequadas de geração de renda que propiciem desenvolvimento econômico com o mínimo de erosão cultural e à manutenção e ao fortalecimento de suas identidades, línguas e religiões no âmbito dos Estados em que preservação do patrimônio cultural dos Povos Indígenas, como também a necessidade de protagonismo e de sua participação como sujeitos que são em tais processos (JOFÉJ, 2010, apud Kaingang, 2006, p. 129).

É relevante ressaltar um de seus artigos, que garante o direito à consulta prévia, à participação. Isto quer dizer que qualquer ação que de certa forma afetará suas vidas deve ser consultada aos coletivos, como forma de garantir seu protagonismo e autonomia: “Os povos interessados deverão ter o direito de escolher suas próprias prioridades no que diz respeito ao processo de desenvolvimento, na medida em que ele afete as suas vidas, crenças, instituições e bem-estar espiritual, bem como as terras que ocupam ou utilizam de alguma forma, e de controlar, na medida do possível, o seu próprio desenvolvimento econômico, social e cultural. Além disso, esses povos deverão participar da formulação, aplicação e avaliação dos planos e programas de desenvolvimento nacional e regional suscetíveis de afetá-los diretamente”.

Ainda é importante trazer outros documentos internacionais dos quais o Estado Brasileiro é signatário, que são a Convenção sobre a Proteção e a Promoção da Diversidade das Expressões Culturais, ratificado pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo 485/2006, e a Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural (2002) que traz em seu artigo 4º: A defesa da diversidade cultural é um imperativo ético, inseparável do respeito à dignidade humana. Ela implica o compromisso de respeitar os direitos humanos e as liberdades fundamentais, em particular os direitos das pessoas que pertencem a minorias e os dos povos autóctones. Ninguém pode invocar a diversidade cultural para violar os direitos humanos garantidos pelo direito internacional, nem para limitar seu alcance (UNESCO, 2002) .

Neste sentido, toma-se essas legislações como primordiais para o trabalho de diferentes profissões no âmbito das políticas sociais com os coletivos indígenas, especialmente os/as assistentes sociais. Somente assim é possível pensarmos as políticas públicas com estes coletivos como algo construído com estes sujeitos de direitos, e ainda tornando possível a defesa de suas culturas como sendo indissociáveis à sua condição e dignidade humana, para que assim estes programas e projetos possam realmente atender as necessidades indígenas.

Com relação às políticas sociais voltadas a coletivos indígenas, aqui se fará uma breve reflexão sobre a política de saúde indígena, a qual também podemos relacionar com as outras políticas sociais e indigenistas, é importante ressaltar que a garantia do direito à terra, à territorialidade, à educação, à assistência social diferenciadas, nos modos de vida indígena são indissociáveis à garantia de saúde indígena, todas estão imbricadas e uma corresponde a garantia da outra, calcadas na garantia do bem viver indígena.

A política de saúde para os coletivos indígenas somente em 1991 passa a ser responsabilidade do Ministério da Saúde, pela Medida Provisória n.º 1.911-8;

e em 1999, dez anos depois, sem uma política específica e diferenciada, com a lei 9.836, conhecida como Lei Arouca, cria-se o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Em 2002, a Portaria nº 254 institui a Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Em sequência, no ano de 2010, o Decreto Nº 7135, de 29 de março, cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Com isto, a configuração em que se estabelece o alcance da saúde voltada para os coletivos indígenas requer a adoção de um modelo complementar específico e diferenciado de organização dos serviços de saúde. Segundo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no artigo 19: Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (Lei Nº 9.836/1999).

É possível vislumbrar que a PNASPI foi se constituindo a partir de uma trajetória voltada às legislações que seguiram a garantia dos direitos indígenas e da saúde, desta forma ela se diferencia em buscar um maior entendimento aos coletivos indígenas, trazendo a articulação com sistemas tradicionais em saúde, a busca pela territorialidade conforme os coletivos indígenas como forma de instituir os Distritos Sanitários Especiais. No entanto, com inúmeros atravessamentos em sua lógica de atuação, por vezes seguindo as diretrizes do SUS, em outras tentando compreender a lógica diferenciada.

Apesar dos avanços com a PNASPI e posteriormente com a criação da SESAI, são inúmeros os desafios enfrentados para sua efetivação. Dentre eles, a compreensão da saúde indígena como sendo parte integrante do SUS, ou seja, apesar de seu modelo de atenção diferenciada, ela é SUS. Outras dificuldades são o acesso às especialidades e a alta complexidade, na prestação de atendimento à saúde indígena, não compreendem a necessidade da atenção diferenciada, já que estão calcadas exclusivamente na lógica biomédica. Isso muitas vezes é decorrente da formação profissional em saúde, que não contempla para atuação em contexto intercultural (PMPA, 2015).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) estão divididos estrategicamente por critérios territoriais dos povos indígenas, distribuição tradicional demográfica que não está necessariamente ligada aos limites municipais e estaduais onde se encontram as terras indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Pólos base e as Casas de Saúde Indígena (Casais). Coordenados pela SESAI, deverão ser definidos e organizados em discus-

são com lideranças indígenas, universidades, instituições governamentais e não governamentais que oferecem serviços às comunidades indígenas, antropólogos, além de estados e municípios. Cada distrito organizará uma rede de atenção básica dentro das áreas indígenas, articuladas ao SUS, cabendo também articulação aos estados e municípios para eficaz funcionamento dos distritos. Sua definição também levará em conta as relações sociais dos diferentes povos.

Convém aqui trazer o quanto se contradiz a forma de atendimento, pois percebe-se que uma grande parcela de indígenas, que não está nas comunidades, não tem a garantia de uma política diferenciada, o que contradiz a constituição no que se refere à autodeterminação dos indígenas e não à determinação do local onde vivem. Com relação às responsabilidades dos entes federados, cabe à União com seus recursos financiar o Subsistema de saúde indígena, através do Ministério da Saúde, tendo complementariedade dos Estados, Municípios, organizações não governamentais, entidades privadas.

Porém, segundo Martins, o que se observou ao longo dos primeiros anos de implantação do Subsistema de Saúde Indígena não foi a atuação complementar, mas a transferência praticamente integral das atividades de execução das ações de atenção à saúde indígena por parte da Funasa para organizações não governamentais, o que consubstancia não apenas violação das normas mencionadas, relativas às transferências ao setor privado, burla à norma constitucional que determina a prévia realização de concursos públicos para contratação de pessoal, como cria rotineiramente sérias barreiras e comprometimento da regular continuidade e eficiência das ações de atenção à saúde indígena. Além dessas terceirizações através dos convênios, também foi possível perceber através de leituras e conversa em um encontro na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com a Coordenadoria de Saúde dos Povos Indígenas que a transferência de ações da então agora SESAI para os municípios vem crescendo nos últimos tempos, porém há uma certa dificuldade destes municípios em realizar o atendimento diferenciado, pela falta de capacitações dos profissionais para atuação no contexto intercultural. Outra grande dificuldade nos processos de atendimentos à saúde, é não considerar medicina tradicional, a não aceitação dos rituais e práticas dos kujá/pajés, dos saberes voltados às ervas medicinais, desconsiderando os modos em que se dão as práticas culturais de cura.

Também há um certo desconhecimento por parte dos municípios sobre quais atribuições complementares seriam estas que a PNASPI estabelece, pois a lei que institui a política não explícita e muitas vezes acaba sendo somente o fato de ser a porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde, mesmo sem um atendimento

específico e diferenciado. É necessário reconhecer quem são os cidadãos usuários indígenas, quais são suas características, quais refrações da questão social estão sendo objeto de atendimento, como eles organizam seu modo de vida e de resistência [...é preciso buscar conhecê-los de forma que a proposta de trabalho venha ao encontro de suas formas de resistência e busque romper com tudo que os aniquila e os subjuga]. (COUTO, 2009). Com base neste entendimento é que destacamos a importância de reconhecermos as especificidades indígenas, o que requer muita paciência, diálogo e compreensão. Esta apropriação que se dá no âmbito do atendimento das diferentes políticas sociais aos coletivos indígenas, onde se inserem os assistentes sociais, que são extremamente importantes na busca pela concretude da intersectorialidade em que se imbricam os direitos destes coletivos.

É necessário compreender que, para além dos direitos coletivos, que competem muitas vezes somente à União, também todos os entes federados (municípios e Estado) são responsáveis pelas garantias de direitos aos coletivos indígenas. E isto é um dos desafios, pois a maioria dos municípios nos quais vivem os coletivos indígenas muitas vezes não cumprem suas responsabilidades na garantia de direitos a esse segmento, como se os indígenas não fossem parte daquele município, passando a responsabilidade somente para os entes federados. No caso da saúde, a aproximação e vínculo com esses coletivos é processual e gradativo, requer uma certa habilidade e paciência, e até mesmo vivência com estes coletivos, e claro muito estudo para conhecimento, para além daquilo que vimos em sala de aula, pois na formação acadêmica não se tem nenhuma disciplina, nem mesmo, em eletivas, que trate sobre este segmento populacional.

A experiência de vida acadêmica e a aprendizagem significativa

Ao ocupar o espaço da universidade, estamos também nos reafirmando, e lutando para que estes espaços também possam compreender, dialogar e respeitar nosso movimento, além de pautarmos em sala de aula a questão indígena e dialogar com os conhecimentos de cada área do conhecimento com o jukre/pensamento kaingang. Muitas vezes pensei e até mesmo hoje ouço alguns parentes dizendo: “tenho o desejo de adquirir conhecimento aqui e depois voltar para minha aldeia e aplicar este conhecimento na minha comunidade”. Ou até mesmo: “tenho o desejo de ser alguém na vida”. Quando na verdade é uma via dupla de estratégias, pois os conhecimentos tradicionais são tão importantes, ou até mais quanto estes que a universidade nos transmite. Na verdade, nos apropriamos destes conhecimentos na defesa de nosso povo, e como ser alguém na vida? Se você já é, enquanto kaingang, com toda uma trajetória, histórias e memórias de resistência. Passei a refletir tudo isso no decorrer desta caminhada. Ingressei pelo

sistema de cotas, pelo Processo Seletivo Específico Indígena no ano de 2010, quando também ingressava a primeira turma de Serviço Social da UFRGS. Isto foi muito importante, pois ali também se construía uma autoimagem e identidade do curso. Foram muitas as dificuldades para chegar até aqui, mas a cada dificuldade encontrada, mais a resistência pulsava. Aqui relatarei brevemente algumas situações, que foram significativas para construção da vida pessoal e profissional que são partes de minha memória. Sendo que estes sentimentos podem ser sentidos ou pensados por vários kaingang, talvez num espaço ou tempo diferente.

No início foi muito difícil, um novo espaço, totalmente diferente ao meu ambiente, a separação da família, dos parentes, mas com o tempo mesmo com os mesmos sentimentos até hoje, isto foi amenizando. Foi uma longa caminhada que percorri no curso de Serviço Social, alguns momentos bons, outros ruins, mas permaneci com muita resistência, e quanto mais era posta a situações que colocavam em dúvida meu modo de vida, seja nas imposições e interrelações com os fóg/não indígena, mais forte pulsavam os modos de ser, fazer e aprender, mais se prevalecia enquanto kaingang. Foram muitos os caminhos, processos, e muitas alteridades, outras pessoas que não só as kaingang se envolveram e contribuíram neste processo.

Um dos mais lindos acontecimentos que permeou minha vida na luta dentro da universidade foi a gravidez e nascimento de minha filha Nayane Ga kre. Este momento anunciava mais uma vida kaingang enquanto resistência de um povo, mas também a dura luta dentro da universidade, para que a mesma compreendesse que este não era um momento em que estava vulnerável socialmente, mas que me fortaleceria mais ainda na luta pelo reconhecimento dos modos de vida kaingang. Pois ali evidenciava minha vida enquanto kaingang, mulher, estudante e agora mãe. Ali se contrapunha a lógica em que a sociedade capitalista e competitiva nos impõe de que primeiro temos que estudar, trabalhar, ter uma carreira para depois pensarmos na possibilidade de ser mãe, quando para nós este é um processo natural, e tão mais que isto, nos ressignifica, enquanto família kaingang, enquanto mulher que luta por direitos não só de uma categoria, mas de um povo.

É perceptível toda esta teia, que neste caso foi construída coletivamente, pela memória do povo kaingang, pelas alteridades vivenciadas e pela resistência de vivências e lógicas de vida mesmo que em outros tempos e espaços, muitas das situações que vivenciei, me fizeram refletir o quanto meus caminhos se refizeram a partir da lógica kaingang. E claro o curso de Serviço Social também me proporcionou olhares diferentes, e, através das alteridades, pode-se construir

esta trajetória, que continuará permeando a luta no movimento pelos direitos dos coletivos indígenas. Alteridade aqui entendida a partir da antropologia como sendo o conceito que define a existência do indivíduo a partir da relação com o outro. A alteridade é a diferença entre o indivíduo dentro da sociedade e o indivíduo como unidade. Esses dois conceitos só podem existir em função um do outro. Nenhum indivíduo pode existir senão a partir da visão e do contato com o outro. Não pode haver indivíduo se não houver uma relação estabelecida entre ele e outro ou outros (a coletividade).

Algumas ações no curso de Serviço Social contribuíram muito para que pudesse permanecer na universidade, pois as portas para desistirmos da universidade são muitas. Uma das ações foi no primeiro semestre do curso o seminário “o que é ser índio?”. A ideia partiu de alguns colegas, pois tinha muita dificuldade em me relacionar com os mesmos, afinal estava em um espaço diferente do meu e por ser a única indígena neste meio. A partir disto falei sobre como era ser kaingang dentro de minha comunidade e no espaço da universidade. E minha monitora que era uma antropóloga, naquele momento mestranda, pesquisadora dos kaingang, também falou sobre os coletivos kaingang no Rio Grande do Sul. Para mim foi de suma importância, pois ali as pessoas abriam espaço para dialogar com as alteridades.

Também outra ação que para mim foi muito significativa, foi a chamada de uma reunião da Comissão de Graduação do Curso de Serviço Social – a Comgradsso, quando estava quase perto do nascimento de Gakre, em 2011, para dialogar como faria com as aulas e a universidade dali para frente. Esta proximidade que se deu a partir do diálogo, sensibilidade e compreensão do outro foi relevante para vida pessoal e acadêmica. A partir do momento em que, enquanto kaingang, tenho abertura nos outros, também terei abertura para com outras alteridades. Em sala de aula, era exatamente assim, vários assuntos permeados de conhecimentos, mas enquanto indígena, só me sentia bem em falar sobre temas relacionados aos coletivos indígenas, e ainda quando os professores perguntavam ou pediam minha opinião para falar.

Nesta lógica, nós kaingang somos ensinados muito a ouvir mais do que falar, esta é a maneira como somos ensinados a partir da oralidade. Isto não quer dizer que não há diálogos e brincadeiras em nossos ensinamentos, muito pelo contrário, é a partir também destes diálogos, a partir de histórias engraçadas, que se dão nossas sociabilidades. Outro fato importante para afirmação de minha identidade neste espaço foi a construção da “Oca”, como espaço de vivências para os coletivos indígenas no ano de 2010. Ao reforçarmos a reivindicação de espaço de Centro Acadêmico no curso de Serviço Social, pois ali também compunha a luta

pelo espaço do curso de Serviço Social na universidade, neste mesmo movimento junto com minha turma pensamos em realizar este espaço em conjunto com os estudantes indígenas da UFRGS. Para isto nos reunimos em vários momentos para pensarmos coletivamente com o restante dos estudantes indígenas. Com isto também foi necessário um diálogo com a CAPEIN (Comissão de Acesso e Permanência Indígena), a qual autorizou a construção como um espaço simbólico de espaço tradicional dos estudantes indígenas. Foi então na semana acadêmica integrada nos cursos de Serviço Social, Psicologia e Fonoaudiologia, que passamos a construir a OCA no espaço ao lado do Instituto de Psicologia. Foi preciso vários esforços para sua construção, pois nós estudantes indígenas não tínhamos condições financeiras para pagar fretes para transporte dos materiais coletados da mata, e mesmo foi uma troca valiosíssima, ao mostrarmos aos colegas não indígenas que ali estavam como se fazia aquela casa tradicional, bem mais que isso, foi o reviver, e poder voltar depois de muito tempo para a mata e tirar a taquara, as folhas do coqueiro e o capim, pois ali fortalecia minha identidade e dos demais colegas indígenas. No entanto, esta oca também foi um ato de correlações de força, ao nos autorizarem sua imediata retirada após o término da semana acadêmica. Estrategicamente utilizamos aquele espaço da semana para colocarmos nossa identidade na universidade. Tivemos vários problemas, pois queriam que a tirássemos a todo modo, mas resistimos.

Neste contexto também é que pude organizar junto a outros indígenas a Primeira Semana dos Povos Indígenas na UFRGS, que foi muito importante para o fortalecimento dos estudantes indígenas. Entretanto, o que nos surpreendeu foi que nesta semana nos foi solicitado para retirar a OCA. Na ocasião entendíamos que isto poderia ser feito por um projeto de extensão que desse a continuidade, mas como um projeto de extensão eleva tempo a mecanismos da burocrática universidade, não foi possível fazê-lo a tempo, chegando assim as férias. Quando retornamos às aulas, a oca já havia sido derrubada, isto desmotivou muito os estudantes, de forma que nem o projeto de extensão foi levado adiante.

Também a possibilidade de presença de minha filha em espaços frequentados em sala de aula, foi muito importante nesta trajetória, na materialidade de vida, enquanto espaços de sociabilidade kaingang. Nestes tempos também, lembro-me da venda de artesanato, atividade a qual também passei a fazer, mesmo estudando, pois naquele tempo a bolsa e benefícios da UFRGS não eram suficientes para manter minha família. Nestes espaços da praça da alfândega e brique da redenção, em Porto Alegre, onde acontecem feiras de venda de artesanatos indígenas, ali estava com ela, e seus espaços de sociabilidade também se davam ali com seus avós paternos e outras crianças kaingang.

Outra dificuldade, e talvez uma das mais difíceis, é a moradia. Um dos auxílios aos estudantes indígenas é a moradia estudantil, benefício este acessado por outros estudantes também de baixa renda. No caso dos estudantes indígenas não é necessário passar por uma avaliação socioeconômica, no entanto não se permite a entrada de crianças junto às suas mães, o que dificulta também a permanência.

Outra experiência bem recente é o Grupo de Acolhimento indígena – GAI, e sua constituição no ano de 2015: O GAI é constituído por estudantes indígenas do Curso de Serviço Social como uma estratégia de criação de um espaço coletivo de diálogo permanente sobre as necessidades sociais que emergem das experiências vivenciadas por estes coletivos na UFRGS, tais como: dificuldades de diálogo com monitorias ou tutorias, dificuldades no processo de ensino e aprendizagem referentes à leitura e interpretação de textos, sistematização de conhecimentos, relacionamento em sala de aula, instrumentos de avaliação não diferenciados, entre outros (GAIN, 2016). E um dos mais importantes, que viemos vivenciando através do GAI é o fortalecimento de nossas potencialidades e protagonismos dentro da universidade e fora dela. Sendo este espaço propício à disseminação e propagação do respeito e diálogo com os modos de vida indígena em outros espaços que não o curso de Serviço Social. Através da demanda dos estudantes indígenas, percebeu-se a importância e resultado do trabalho coletivo e não individualizado, proposta de trabalho que subsidia o Grupo.

Outro fato importante que me ocorre compartilhar é a participação dos II e III Encontros Nacionais de Estudantes Indígenas – ENEI, respectivamente 2014 em Campo Grande/MS e 2015 em Florianópolis/SC, os quais fortaleceram os processos de produção acadêmica na temática indígena, para apresentação em Grupo de Trabalhos dos mesmos. Minha intenção com este relato é poder dar significado a todas estas experiências vivenciadas na UFRGS neste processo de formação que dão sentido a muito do que sou hoje. Foram tantos processos, e junto com eles as imensas dificuldades, que não caberiam descrever todas aqui, mas afirmo que foram significativas para fortalecimento da luta para nosso reconhecimento como coletivos de diferenças dentro e fora da universidade.

Ainda, mesmo que trazendo grande parte desta trajetória de formação em serviço social, ainda são muitos os caminhos a serem percorridos, principalmente agora como profissional, pois requer atuação profissional, no compromisso ético de desconstrução do que se atenua nas formas de desvencilhar os “nós” que a colonização deixou nas relações entre Estado e Coletivos Indígenas, através de políticas e projetos que pouco dialogaram com as epistemologias ameríndias (ROSA, 2016), tornando assim possíveis as proposições da ação profissional enquanto kaingang assistente social. Estes processos de qualificação já são um grande passo, contudo acredito que ainda serão muitas as aprendizagens daqui para frente.

Pude trazer grandes reflexões sobre os modos de vida kaingang, aqui reconhecidos como um bem viver, trazidas a partir da vivência individual kaingang, e coletiva, através das memórias kaingang e relações estabelecidas em diferentes espaços nesta contraditória sociedade capitalista. No entanto, é necessário dizer que é impossível trazer toda a imensidão que são estes modos de vida, pois não caberia ou descreveria em palavras tantas significações sobre estas vidas, e ainda temos uma longa caminhada que se seguirá, seja como kaingang, mulher, mãe, profissional Assistente Social, militante do movimento indígena e de tantos outros papéis que nos são dados a partir de nossas sociabilidades.

Seguirei, neste sentido, buscando, inquietando, problematizando, e pedindo através da espiritualidade que nossa ancestralidade nos guie e dê forças, e creio que terei muitas das respostas. Somente quando chegar a uma fase mais madura de minha vida: a velhice, pois assim já passarei por várias experiências sempre através do nosso Jukre/pensamento kaingang, terei conhecimentos o bastante os quais a vida me dará, enquanto kaingang, pois somos eternos aprendizes.

Este processo fortaleceu e muito minha vida, trazendo ressignificações grandiosas para continuar a história de meu povo, no reconhecimento das epistemologias ameríndias. Lembro-me quando recém me aproximava do Serviço Social, do objeto de trabalho, dos espaços sócioocupacionais do assistente social, das inquietações, e do processo de reconhecimento e emancipação do que trazia junto comigo que era o nosso Jukre/pensamento kaingang.

Gostaria de trazer nesta parte uma vivência muito recente, que foi a apresentação do Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, quando apresentei as pretensões do TCC I. Nas contribuições, críticas, sugestões e apontamentos que os professores do curso fazem ao assistirem à apresentação, um dos professores problematiza: há espaço para o Serviço Social no mundo kaingang? Achei um ótimo questionamento, e que bom se todas as profissões e profissionais pudessem fazer esta pergunta tão singela, pedindo se há espaço no mundo kaingang, para elas/ eles. Propositamente deixei para compor aqui esta problematização, após todas as reflexões, colocações e destaques sobre os modos de vida kaingang, pois lendo todo este trabalho, creio que os leitores já devem ter uma resposta para esta pergunta. Sim, não? Os coletivos indígenas têm uma relação muito aberta com os outros, como foi trazido em várias partes deste trabalho, e com certeza o Serviço Social, sendo uma profissão interventiva, que busca a defesa dos direitos humanos através dos profissionais assistentes sociais, com certeza há espaço, desde que seja de forma respeitosa, dialógica, simétrica e singela. Reconhecendo que estes são coletivos protagonistas e sujeitos de direitos, pois enquanto profissão, temos

que aprender e contribuir muito para a defesa e garantia de um bem viver indígena.

Creio que este trabalho contribuirá e muito para os profissionais, requerendo assim uma intervenção que considere o outro com todas as suas diferenças, um sujeito de direitos, protagonista, ou seja, que participem das construções das propostas para o atendimento de suas necessidades sociais. Desta forma, podem ser mais propositivas, na garantia do bem viver destes coletivos. Também os modos de vida expressos pelo bem viver, destacados neste texto, devem ser considerados como primordiais para reflexão das políticas sociais aos coletivos indígenas no país. Como vimos, essas políticas são contraditórias. Advindas do pensamento ocidental, principalmente na lógica capitalista de exploração do trabalho, entram em conflito com o modo de vida dos coletivos indígenas. Difícil é concluir uma etapa, mas é necessário, pois assim continuaremos com a postura ética, a caminhada que seguem as trajetórias kaingang, assim como os assistentes sociais, contribuindo em outros espaços na luta pelo reconhecimento, e disseminação do conhecimento indígena.

Referências

BANIWA, Gerssem. **Educação Escolar Indígena no Brasil: Avanços, Limites e novas perspectivas**. 36ª Reunião Nacional da ANPEd – 29 de setembro a 02 de outubro de 2013, Goiânia-GO.

PORTO ALEGRE. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, Edição especial, Saúde dos Povos Indígenas em Porto Alegre**, nº 57. 2015.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. 2002.

BREGALDA, Damiana, CHAGAS, Miriam de Fátima. **A diversidade no artesanato kaingang: um passaporte na cidade?** In: Povos Indígenas na Bacia Hidrográfica do Lago Guaíba. Núcleo de Políticas Públicas para os Povos Indígenas. Coordenação de Direitos Humanos. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana. Porto Alegre. 2008.

UNESCO. **CONVENÇÃO n° 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT / Organização Internacional do Trabalho**. Brasília: **CONVENÇÃO sobre a proteção e promoção da Diversidade das Expressões Culturais**. Texto oficial ratificado pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo 485/2006.

DOMINGOS, Angélica. **Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social**.

Departamento de Serviço Social. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

FAGUNDES, Luiz Fernando Caldas, Secretaria Municipal de Direitos Humanos - Secretaria Adjunta dos Povos Indígenas e Direitos Específicos. **Nota Técnica nº 001/2016 - SAPIDE/SMDH** - Porto Alegre, 20 de janeiro de 2016.

FREITAS, Maria Inês. **Educação de Jovens e Adultos: subsídios para construção de curso de técnicas agrícolas kaingang.** BERGAMASCHI, Maria Aparecida (Org). Pensando a Educação Kaingang. Pelotas: Editora Universitária UFPEL, 2010.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. Disponível em <http://www.funai.gov.br/index.php/a-funai>. Acesso em: Novembro de 2015.


GAIN. GRUPO DE ACOLHIMENTO AOS ESTUDANTES INDÍGENAS- O GAIIn: **relato de uma experiência no Curso de Serviço Social da UFRGS.** In: 15º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Olinda, 2016.

HEURICH, Guilherme Orlandi. **O primado da relação: aliança, diferença e movimento nas perspectivas indígenas.** In: Povos Indígenas na Bacia Hidrográfica do Lago Guaíba. Núcleo de Políticas Públicas para os Povos Indígenas. Coordenação de Direitos Humanos. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2008.

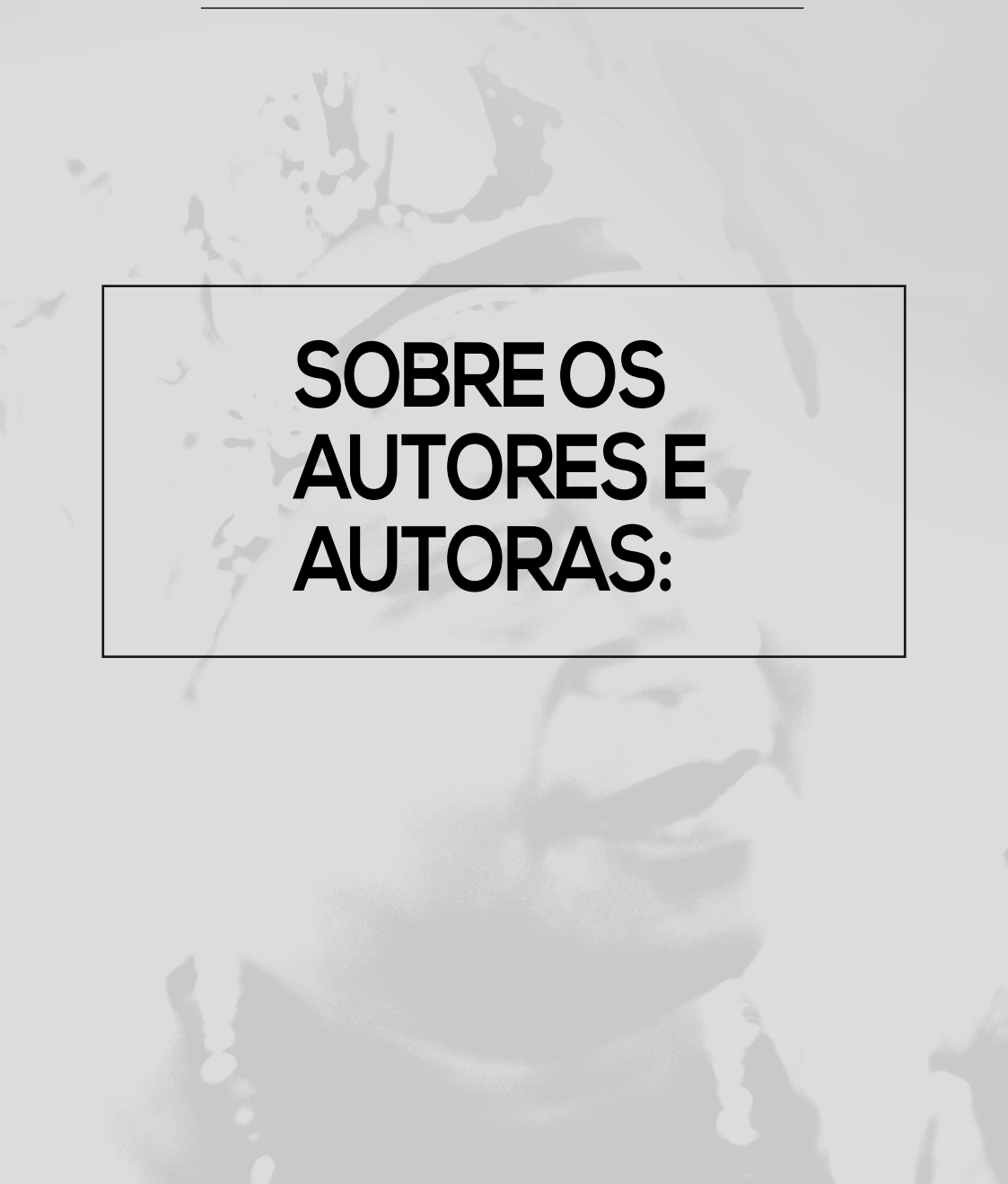
JÓFEJ, Lucia Fernanda. **Povos Indígenas e o Direito à Educação no Brasil.** In: BERGAMASCHI, Maria Aparecida (Org). Pensando a educação Kaingang. Pelotas: Editora Universitária UFPEL, 2010. LEI No 9.836, de 23 de setembro de 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm> Acesso em: abril de 2016.

Pereira, Potyara. A. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In: Ivanete Boschetti, Elaine Behring, Silvana dos Santos e Regina Mito (Org) Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 87-108.

ROSA, Douglas Jacinto. **Gestão Socioambiental e territorial de terras Indígenas sob uma perspectiva Kiangang: um ensaio (auto) etnográfico em Re Kuju - Campo do Meio - Bacia Hidrográfica do Alto Uruguai, atual estado do Rio Grande do Sul.** P. 27; UFP-Matinhos, PR, 2015.



Série Atenção Básica e Educação na Saúde - Ed.15



**SOBRE OS
AUTORES E
AUTORAS:**

Daniel Canavese: Mestre em Saúde Coletiva pela UFRJ e Doutor em Ciências da Saúde/ Faculdade de Medicina da USP. Coordenador do Curso de Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS. Contato: daniel.canavese@gmail.com

Elaine Oliveira Soares: Coordenadora das Ações Específicas de Equidade em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Contato: elaineos@sms.prefpoa.com.br

Fernanda Bairros: Graduada em Nutrição, Mestre em Saúde Coletiva e Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Adjunta do Departamento de Apoio e Orientação Profissional (DAOP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Contato: fernandabairros@gmail.com

Maurício Polidoro: Geógrafo, Doutor em Geografia e Professor Adjunto do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS- Campus Restinga, Porto Alegre). Contato: mauricio.polidoro@gmail.com

Rosa Maris Rosado: Assessora Técnica das Ações Específicas de Equidade em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Contato: rmrosado@sms.prefpoa.com.br

Adriana Leal da Rocha: Técnica em Enfermagem. Funcionária do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). Contato: adrianaaleal@sms.prefpoa.com.br

Aline Silva Gomes Xavier: Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Bolsista FAPESB. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudo sobre Desigualdade em Saúde (NUDES). Contato: asgx80@gmail.com.br

Ana Maria B Bandeira: Odontóloga, Instituto de Atenção à Saúde - HESFA, UFRJ. Contato: anabandhesfa@gmail.com

Ana Maria Rigo Silva: Departamento de Saúde Coletiva/UEL. Contato: arigosilva@gmail.com

Angélica Domingos *Ninhpryg*: Formada em Serviço Social, pela UFRGS, militante indígena kaingang. Contato: gelidomingos@hotmail.com

Carla Beatriz do Nascimento: Auxiliar em Enfermagem/UBS Chácara da Fumaça - SMSPOA. Contato: carlabnasc@gmail.com

Catharinne da Silva Souza Rodrigues: Graduanda em enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Bolsista de Iniciação Científica do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES). Contato: cathiuefs@gmail.com

Catia Simone Saraiva Calage: Agente comunitária de Saúde pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). Contato: catia_calage@hotmail.com

Cecilia Izidoro Pinto: Professora Associada, Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN - UFRJ. Contato: ceciliaizidoro@uol.com.br

Cibele Ribeiro Flores: Agente Comunitária de Saúde/USF Estrada dos Alpes - SMS/POA. Contato: cibele8209@hotmail.com

Cibelle Santos de Oliveira: Rede Mulheres Negras-PR, advogada. Contato: cibelleoliveiraadv@gmail.com

Cristina Aguller Carmo: Técnica administrativa. SMS/POA. Contato: cristina.carmo@sms.prefpoa.com.br

Débora Rosa Otunola. Técnica em enfermagem. Contato: deboradaro-sa.rosa@gmail.com

Déborah Aline de Matos Lacerda: Residente em Saúde Coletiva/UFRGS, USF Estrada dos Alpes- SMS/POA. Contato: deborah.mlacerda@gmail.com

Edna Maria de Araújo: Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora e coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES). Contato: ednakam@gmail.com

Estevão da Fontoura Haeser: Mestrando em Informática na Educação, especialista em Pedagogia da Arte, formado em Artes Plásticas. Professor do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS). Contato: estevao.haeser@osorio.ifrs.edu.br

Evanilda Souza de Santana Carvalho: Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdade em Saúde – NUDES/UEFS. Contato: evasscarvalho@yahoo.com.br

Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo: Enfermeira/ USF Estrada dos Alpes- SMS/POA. Contato: fabiana.minuzzo@sms.prefpoa.com.br

Gabriela Caroline Liborio Domingos: Graduanda em Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Contato: (43) 98413-0407

Guaracy Bomfim Vianna (*in memorian*): Sociólogo, Promotor em Saúde da População Negra, Coordenador da Vigilância Equipe de Vigilância da População Animal, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.

Guilherme de Souza Muller: Analista de Políticas e Sistemas de Saúde, Coordenação Estadual de Saúde Indígena, SES/RS. Contato: guisouzamuller@gmail.com

Janine Cunha- Nina Fola: Socióloga e Cantora. Contato: ninafola@gmail.com

Jeane Isabel Fogaça Barbosa: ACS US Tijuca/ SMS POA. Contato: jeane.barbosa@outlook.com

Jéssica Camila de Sousa Rosa: Analista de Políticas e Sistemas de Saúde, Coordenação Estadual de Saúde Indígena, SES/RS. Contato: jessica-rosa@saude.rs.gov.br

Jorge Luís de Souza Riscado: Orientador, Psicólogo, Docente, Doutor da Universidade Federal de Alagoas – UFAL Contato: jorgeluisriscado@hotmail.com

Kamila Guimarães Schneider: Mestra em Antropologia. Residente em Ciências sociais, ênfase vigilância em saúde pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Contato: kamila.schneider@sms.prefpoa.com.br

Karina Rejane da Silva Ellias: Agente Comunitária de Saúde/USF Estrada dos Alpes - SMS/POA. Contato: quilombodosalpes@gmail.com

Karolinne Campos Padilha Amaral: Agente Comunitária de Saúde/USF Estrada dos Alpes - SMS/POA. Contato: karolbampi29@gmail.com

Kátia Peres Farias: Oba Toyeb. Enfermeira. Contato: katia.toyebi@gmail.com

Kelly Cristina do Nascimento: Enfermeira, Docente, Especialista Faculdade Maurício de Nassau – NASSAU. Contato: kcn.auditora@gmail.com

Luana Rosado Emil- Oyá Gbemi: Antropóloga, doutoranda em antropologia social / UFRGS. Contato: luluremil@gmail.com

Lúcia Mariaci Ribeiro Martins: Psicóloga Especialista em Psicologia Jurídica, Integrante do Núcleo de Estudos Contemporâneos/GT-Negros- Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais- Centro de Ciências Sociais e Humanas. Contato: psilumart@gmail.com

Luciane Ouriques Ferreira: Doutora em Antropologia Social, Bolsista PDJ/CNPQ no PPGAS/UFSC e pesquisadora do INCT Brasil Plural. Contato: lu.ouriquesf@gmail.com

Márcia Pereira Alves dos Santos: Ministério da Saúde (MS) e CROFAL/ UFRJ/MS. Contato: dramarciaalves@gmail.com

Mardini Rafaela Silva Pereira: Graduanda em enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Bolsista de Iniciação Científica do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES). Contato: mardindirafaela@gmail.com

Marlene Cezini: Odontóloga, Faculdade de Odontologia - CROFAL/UFRJ/MS. Contato: marleneceziniz@gmail.com

Michely Ribeiro da Silva: Rede Mulheres Negras-PR, psicóloga. Contato: michelyrs@gmail.com

Mirella Giongo: Professora auxiliar, Faculdade de Odontologia, UFRJ. Contato: mirellagiongo@gmail.com

Monique França da Silva: Médica graduada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Residente de Medicina de Família e Comunidade da SMS – RJ. Membro do Coletivo NegreX. Contato: moniquefds.uerj@gmail.com

Paulo Ivo C. de Araújo: Médico, Hematologista Pediátrico, Chefe do Ambulatório de Pediatria em Doença Falciforme - Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - IPPMG. UFRJ. Contato: picortez@gbl.com.br

Pedro Gomes Almeida de Souza: Acadêmico de Medicina da Universidade Federal Fluminense. Membro do Coletivo NegreX. Contato: pga-souza@id.uff.br

Rosália Bartmeyer Gair: Departamento de Saúde Coletiva/UEL. Contato: (43) 3371-2398.

Silvana Bárbara Gonçalves da Silva: Rede Mulheres Negras - PR; Designer de Produto e Mestrado em Engenharia de Produção. Contato: silvana.bgsilva@gmail.com

Silvia Lúcia Ferreira: Pós-doutora pela Universidad Autónoma de Barcelona. Professora do Departamento de Enfermagem Comunitária. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo FFCH/NEIM/ da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do GEM e do NEIM- Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher. Contato: silviaf100@gmail.com

Sílvia Maria Ferreira Guimarães: Universidade de Brasília-Departamento de Antropologia. Contato: silviag@unb.br

Simone Sá Britto Garcia: Formada em Terapia Ocupacional e Auxiliar de enfermagem. Funcionária pública da prefeitura de Porto alegre, alocado na Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS). Contato: simonesbg2sms.prefpoa.com.br

Solange Aparecida Duarte: Rede Mulheres Negras-PR, graduação em Matemática, mestre em Mestrado: Desenvolvimento Territorial Sustentável na linha de Políticas Públicas. Contato: redemnegraspr@gmail.com

Valdivia Gonçalves Lucas: ACS US Tijuca/ SMS POA. Contato: valdivia.lucas@imesf.prefpoa.com.br

Wladithe Organ de Carvalho: Departamento de Saúde Coletiva/UEL Contato: (43) 3371-2398.

Zakiya Carr Johnson: Senior Director, Development and Strategic Partnerships. PAHO Foundation- USA. Contato: mamaza09@gmail.com.

Colaboração especial na organização do livro: Andressa Moraes, Camila Melo, Deborah Lacerda, Priscila Cruz, Solange Brito, Taís Martins da Silva.

Pareceristas, avaliadores e revisores dos manuscritos: Daniel Canavese, Fernanda Bairros, Maurício Polidoro, Sara Jane Escouto, Rosa Maris Rosado, Ana Carla Vidal, Silvia Edith, Evelise Tarouco da Rocha, Leila Dias e Caroline Weber

Séries:

- Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
- Atenção Básica e Educação na Saúde
- Cadernos da Saúde Coletiva
- Clássicos da Saúde Coletiva
- Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
- Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
- Arte Popular, Cultura e Poesia
- Saúde & Amazônia
- Branco Vivo
- Vivências em Educação na Saúde
- Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
- Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Periódicos:

Saúde em Redes

CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA - ABEN-
FISIO



www.redeunida.org.br

ISBN 978-856665980-1



9

788566

659801